

Gefördert durch die Hanns-Lilje-Stiftung

**„Volenti non fit iniuria?
Selbstbestimmung und Nichtschädigung bei fremdnützigen Eingriffen
in der Medizin“**

Tagungskonzept

Datum: 7.-8. November 2025

Ort: Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft (FEST), Heidelberg

Leitung:

Prof. Dr. theol. Michael Coors
Universität Zürich
Theologische und Religionswissenschaftliche Fakultät
Institut für Sozialethik
Email: michael.coors@uzh.ch
<https://www.ethik.uzh.ch/>

Ruth Denkhaus Mag. Theol.
Wissenschaftliche Referentin
Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum
Email: ruth.denkhaus@evlka.de
www.zfg-hannover

Prof. Dr. iur. A. Katarina Weilert LL.M.
Wissenschaftliche Referentin im Arbeitsbereich „Religion, Recht und Kultur“
Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. (FEST)
Email: katarina.weilert@fest-heidelberg.de
<https://www.fest-heidelberg.de/>

Fragestellung und wissenschaftlicher Hintergrund

Medizinische Eingriffe dienen in der Regel unmittelbar dem Wohl der jeweiligen Person. Sie werden nur durchgeführt, wenn das Risiko-Nutzen-Verhältnis für die Betroffenen selbst positiv ausfällt. Es gibt jedoch prominente Ausnahmen: Bei der Lebendorganspende werden gesunden Personen Organe oder Teile davon entnommen und auf eine erkrankte Person übertragen, und bei Arzneimittelstudien werden neue Wirkstoffe zunächst an gesunden Freiwilligen auf Sicherheit und Verträglichkeit getestet, ehe die Wirksamkeit an Patient*innen überprüft wird. Beide Praxisfelder sind streng reguliert und schon seit langem Gegenstand intensiver medizinethischer und -rechtlicher Diskussionen. Die Grundsatzfrage, unter welchen Umständen fremdnützige medizinische Eingriffe überhaupt ethisch vertretbar sind, ist dagegen bisher eher selten systematisch erörtert worden. Es besteht zwar Konsens, dass die informierte Einwilligung der Spender*innen bzw. Proband*innen eine notwendige Voraussetzung für fremdnützige Eingriffe darstellt.¹ Welche normative Relevanz die informierte Einwilligung genau hat und ob sie – im Sinne der *Maxime* „*volenti non fit iniuria*“ – ausreichend ist, um die ärztliche Pflicht der Nichtschädigung (*primum non nocere*) außer Kraft zu setzen, ist jedoch unklar bzw. strittig.

Hier setzt die Tagung an, indem sie die ethischen und rechtlichen Diskurse zur Lebendorganspende und zur Forschung mit gesunden Proband*innen zusammenführt und mit grundsätzlicheren Diskussionen zur normativen Relevanz der Einwilligung sowie zur Sonderstellung des menschlichen Körpers und der Bedeutung von Eingriffen in die Körpersphäre (bzw. die Sphäre des Leibes) aus Rechtswissenschaften, Philosophie und Theologie verbindet.

Das deutsche Recht schreibt der Einwilligung grundsätzlich rechtfertigende Wirkung zu. Dies gilt auch für Körperverletzungen, die nach § 228 StGB im Normalfall nicht rechtswidrig sind, wenn der Betroffene einwilligt. Die rechtfertigende Wirkung der Einwilligung gilt allerdings nicht uneingeschränkt: Im Strafrecht werden ihr durch den Verweis auf die guten Sitten Grenzen gesetzt (§ 228 StGB). In den medizinrechtlichen Spezialgesetzen zur Lebendorganspende und zur Arzneimittelforschung gelten weiterhin über die Einwilligung hinaus Vorgaben zur Unentgeltlichkeit², zur angemessenen Aufklärung, zur Minimierung der mit fremdnützigen Eingriffen verbundenen Risiken und (im Fall der Lebendspende nicht regenerierungsfähiger Organe) zur Beschränkung des Empfängerkreises³. Vor allem im Blick auf § 228 StGB stellt sich die Frage,

¹ Grundsätzlich setzen alle medizinischen Eingriffe (also nicht nur fremdnützige Eingriffe) die informierte Einwilligung der betroffenen Person voraus. Bei Heileingriffen kann im Fall vorübergehender oder dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit jedoch u.U. auf die mutmaßliche Einwilligung oder auf die Einwilligung eines rechtlichen Stellvertreters zurückgegriffen werden. Bei fremdnützigen Eingriffen ist dies jedoch nicht (bzw. nur in sehr engen Grenzen) der Fall.

² Unentgeltlichkeit im engeren Sinne wird allerdings nur bei der Organspende verlangt. Für klinische Studien gilt lediglich, dass kein „undue inducement, including that of a financial nature“, auf potenzielle Teilnehmer*innen ausgeübt werden darf (CTR Art. 28(1h)). In der Praxis werden für die Teilnahme an aufwändigeren Studien Summen von z.T. mehreren Tausend Euro gezahlt. Die Frage, welche Form von finanzieller Vergütung in diesem Bereich angemessen ist, ist in Deutschland – anders als z.B. in den USA (vgl. u.a. N. Dickert, Christine C. Grady (2008): Incentives for Research Participants, in: Ezekiel J. Emanuel et al. (Hg.): *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*, Oxford, New York: Oxford University Press, 386–396; Roberto Abadie et al. (2025): Pursuing Fair and Just Compensation for Research Participants: An Open Letter to the Research Ethics Community, in: *American Journal of Bioethics* 25 (7), S. 3–7) – bisher noch kaum diskutiert worden.

³ Diese Beschränkung (auf „Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen“, TPG §8 Abs. 1 Satz 2) soll nach einem aktuellen Gesetzentwurf des BMG allerdings aufgehoben werden; vgl. „Aktualität und praktische Relevanz“.

was genau hier geschützt werden soll und warum. Die Norm ist in der Rechtswissenschaft umstritten, weil mit dem Rekurs auf „die guten Sitten“ eine außerrechtliche Generalklausel im Strafrecht Raum erhalten hat. Befürworter verweisen darauf, dass mit dem Bezug auf die guten Sitten „tiefverwurzelte Kulturnormen“ und „gesellschaftliche Wertanschauungen“ einen Schutz erführen, was dem sozialen Frieden diene.⁴ Dann ginge es also nicht nur um den Individualschutz, sondern um allgemeine Interessen unserer Gesellschaft. Nur was macht die „guten Sitten“ am Ende aus, wer bestimmt darüber? Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sieht sie im „Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“⁵. Kann eine solche Rechtsprechung unter den Bedingungen heutiger diffundierender Vorstellungen über „Normalität“ und Sittlichkeit noch tragen?

In der Philosophie und der philosophisch geprägten Medizinethik gibt es schon seit längerem eine intensive Diskussion über die normative Relevanz der Einwilligung.⁶ Gemeinsam ist den verschiedenen Positionen dabei der Grundgedanke, dass eine Einwilligung unter bestimmten Bedingungen „moralisch transformativ“ ist, d.h. die Rechte und Pflichten der Beteiligten verändert: Indem ich in eine Handlung einwillige, die ansonsten moralisch falsch wäre, erlaube ich anderen Personen, so zu handeln, i.e. ich entbinde sie von der Pflicht, nicht so zu handeln. Konsens besteht auch darüber, dass nur gültige Einwilligungen moralisch transformativ sind und dass gültige Einwilligungen neben der grundsätzlichen Einwilligungsfähigkeit des*der Betroffenen ein Mindestmaß an Verständnis und Freiwilligkeit voraussetzen.⁷ Kontrovers diskutiert wird einerseits die Frage, welche Anforderungen an gültige Einwilligungen, insbesondere an die Verständnisbedingung und die Freiwilligkeitsbedingung zu stellen sind,⁸ und zum anderen die Frage, wie weit die moralisch transformative Kraft gültiger Einwilligungen reicht, vor allem im Blick auf Nichtschädigungspflichten.⁹ Kann ich andere – im Sinne der *Maxime* „*volenti non fit iniuria*“ – durch meine gültige Einwilligung nach Belieben von solchen Pflichten entbinden? Darf mich jemand also beliebig hohen Risiken aussetzen oder mich beliebig schwer schädigen, sofern ich verstehe, worum es geht, und freiwillig darin einwillige? Oder sind Nichtschädigungspflichten bis zu einem gewissen Grad „einwilligungsresistent“? Und spielt es dabei eine Rolle, ob die (potenziell) schädigende Handlung, in die ich einwillige, Dritten zugutekommt?

In der Medizinethik werden diese beiden Fragen bislang überwiegend verneint und speziell bei fremdnützigen medizinischen Eingriffen wie der Lebendorganspende oder der klinischen Forschung mit gesunden Proband*innen daran festgehalten, dass die Risiken und Belastungen für die Spender*innen bzw. Proband*innen bestimmte Schwellen nicht überschreiten dürfen.¹⁰

⁴ Den Meinungsstand darstellend: Hans-Ullrich Paeffgen, Benno Zabel (2023): Vorbemerkungen zu §§32ff. In: Urs Kindhäuser et al. (Hg.): *Strafgesetzbuch*. 6. Auflage, Baden-Baden: Nomos, Rn. 33.

⁵ Vgl. BGHSt 4, 24 (32) = 22.1.1953 – 4 StR 373/52, NJW 1953, 473; 4, 88 (91) = 22.1.1953 – 4 StR 373/52 NJW 1953, 912; 49, 34 ff. = 11.12.2003 – 3 StR 120/03 NJW 2004, 1054 (1055/6).

⁶ Vgl. u.a. Franklin G. Miller, Alan Wertheimer, Alan (Hg.) (2010): *The Ethics of Consent. Theory and Practice*, New York, Oxford: Oxford University Press 2010; Andreas Müller, Peter Schaber (Hg.) (2018): *The Routledge Handbook of the Ethics of Consent*. Boca Raton, FL: Routledge.

⁷ Vgl. Emma C. Bullock (2018): Valid Consent, in: Andreas Müller und Peter Schaber (Hg.): *The Routledge Handbook of the Ethics of Consent*. Boca Raton, FL: Routledge, 85–94.

⁸ Vgl. speziell im Blick auf medizinische Eingriffe u.a. Johann S. Ach, Bettina Schöne-Seifert (Hg.) (2024): *Informed Consent in der Medizin. Begründung, Voraussetzungen, Kontroversen*, Paderborn: Brill Mentis; Maximilian Kiener (2023): *Voluntary Consent. Theory and Practice*, New York, London: Routledge.

⁹ Vgl. u.a. Vera Bergelson (2010): Consent to Harm, in: Franklin G. Miller und Alan Wertheimer (Hg.): *The Ethics of Consent. Theory and Practice*, New York, Oxford: Oxford University Press, 163–192; Peter Schaber (2020): The Volenti Maxim. In: *The Journal of Ethics* 24(1), 79–89

¹⁰ Vgl. im Blick auf die Lebendorganspende u.a. Nicola Jane Williams (2018): On Harm Thresholds and Living Organ Donation. Must the Living Donor Benefit, on Balance, from His Donation? in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 21 (1), 11–22 und im Blick auf die klinische Forschung mit gesunden Proband*innen Aaron Eli Segler,

Dies entspricht auch dem weit verbreiteten Vier-Prinzipien-Ansatz von Beauchamp und Childress, der dem Prinzip der Autonomie (und dem daraus abgeleiteten Erfordernis des *informed consent*) keinen pauschalen Vorrang vor anderen Prinzipien wie dem Nichtschädigungsprinzip einräumt.¹¹ Sowohl die Höhe als auch die Begründung solcher Schwellen zulässiger Risiken und Belastungen sind jedoch umstritten.¹² Eine entscheidende Frage ist dabei sicherlich, ob in medizinischen Kontexten auf Grund des Vertrauensverhältnisses, das Ärzt*innen (und das System insgesamt) genießen, und der spezifischen Vulnerabilität im Arzt-Patienten-Verhältnis besondere Anforderungen an das Aussetzen von Nichtschädigungspflichten gelten¹³ bzw. – anders formuliert – ob hier ein weiterreichender Paternalismus gerechtfertigt ist als in anderen Bereichen.¹⁴

Den medizinethischen, philosophischen und rechtlichen Fragen nach der Verhältnisbestimmung von Selbstbestimmungsrechten und Schutzpflichten im Kontext der Medizin entspricht in der theologischen Diskussion die Frage nach der Verhältnisbestimmung zweier zentraler moralischer Normen des christlichen Ethos: dem Gebot der Nächstenliebe und der Freiheit eines Christenmenschen. Das christliche Liebesethos führte schon in der Antike erwachsen zur Ausbildung erster Institutionen des Helfens, gerade auch für kranke Personen, das für die Geschichte des Christentums prägend wurde.¹⁵ Dabei gab es im Christentum aber immer auch bereits von den biblischen Schriften ausgehend einen Freiheitsimpuls, der z.E. in der Reformation aufgegriffen wurde, und der dann insbesondere im neuzeitlichen liberalen Protestantismus unter Aufnahme der Betonung des autonomen moralischen Subjekts in der Aufklärungsphilosophie zu der Auffassung führte, „dass evangelische Lebensführung eine Lebensführung aus Freiheit darstellt“.¹⁶ Andere Positionen der evangelischen Ethik betonen hingegen stärker ein dialektisches Verhältnis von Freiheit und Nächstenliebe¹⁷ bzw. zielen auf eine Vermittlung von Freiheit und Nächstenliebe in im Begriff der Verantwortung.¹⁸ Dass es dabei nicht nur um abstrakte und theoretische Diskussionen geht, zeigt sich exemplarisch an den Positionierungen der evangelischen Kirchen zum Thema Organspende: Hier kann auf der einen

David S. Wendler (2024): The Normative Power of Consent and Limits on Research Risks, in: *Ethical Theory and Moral Practice* 27 (4), 555–570.

¹¹ Tom L. Beauchamp, James F. Childress (2019): *Principles of Biomedical Ethics*. 8. Auflage, New York, Oxford: Oxford University Press, Kap. 4.

¹² Vgl. ebd. sowie u.a. C. Thiessen et al. (2015): Development of a Donor-Centered Approach to Risk Assessment: Rebalancing Nonmaleficence and Autonomy, in: *American Journal of Transplantation* 15 (9), 2314–2323; Nir Eyal (2020): Is There an Ethical Upper Limit on Risks to Study Participants? In: *Public Health Ethics* 13 (2), 143–156; Alison C. Weightman et al. (2023): Respecting living kidney donor autonomy: an argument for liberalising living kidney donor acceptance criteria, in: *Monash Bioethics Review* 41 (2), 156–173 und konkret im Blick auf die risikoregulierenden Normen des deutschen Transplantationsgesetzes Ulrich Schroth (2012): Spenderautonomie und Schadensvermeidung. In: *Medizinrecht* 30 (9), S. 570–576.

¹³ Vgl. dazu u.a. Monika Bobbert (2019): Schutz der Versuchsperson in der medizinischen Forschung. Elf Forderungen aus ethischer Sicht zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Ethikkommissionen, in: Monika Bobbert und Gregor Scherzinger (Hg.): *Gute Begutachtung? Ethische Perspektiven der Evaluation von Ethikkommissionen zur medizinischen Forschung am Menschen*. Wiesbaden: Springer VS, 147–185.

¹⁴ Vgl. Govert den Hartogh (2013): Is Consent of the Donor Enough to Justify the Removal of Living Organs? in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 22 (1), 45–54; Lynn A. Jansen, Steven Wall (2018): Reconsidering paternalism in clinical research, in: *Bioethics* 32 (1), 50–58.

¹⁵ Vgl. Garry B. Ferngren (2009): *Medicine & Health Care in Early Christianity*, Baltimore: Johns Hopkins University Press; Michael Coors (2022): Nächstenliebe und professionelle Pflege, in: Kathrin Kürsten et al. (Hg.): *Gerontologie Kompakt*, Bern, 29–41.

¹⁶ Reiner Anselm (2015): Politische Ethik, in: Wolfgang Huber et al. (Hg.): *Handbuch der Evangelischen Ethik*, München: Beck, 195–263, 238, vgl. auch Trutz Rendtorff (2011), *Ethik. Grundelemente, Methodologie und Konkrektionen einer ethischen Theologie*, Tübingen: Mohr Siebeck, 64f.

¹⁷ Z.B. Ulrich Körtner (2018): Liebe, Freiheit und Verantwortung. Grundzüge einer evangelischen Ethik, in: Michael Roth, Marcus Held (Hg.): *Was ist theologische Ethik*, Berlin/Boston: de Gruyter, 93–111.

¹⁸ Vgl. Florian Höhne (2024): *Verantwortung in der evangelischen Ethik. Begriff – Imagination – Soziale Praxis*, Berlin/Boston: de Gruyter.

Seite in den Vordergrund gestellt werden, dass es sich bei der Organspende um einen Akt der Nächstenliebe handelt,¹⁹ andererseits betont werden, dass es eine freie Entscheidung ist und dass niemand verpflichtet sei, Organs zu spenden.²⁰ Was wiegt stärker, die Orientierung an der Freiheit oder die moralische Verpflichtung zu helfen? Und hebt die freie Entscheidung zu helfen, gegebenenfalls die Pflicht anderer, Personen vor Schaden zu schützen auf? So führt das Thema der Tagung mitten hinein auch in grundlegende Fragen der theologischen Ethik.

Im Hintergrund der skizzierten Debatten stehen dabei zumindest implizit auch anthropologische Annahmen, z.B. zum normativen Status des menschlichen Körpers oder zu Sinn und Grenzen der Entgegensetzung von eigenem Wohl und fremdem Wohl. Dies wird z.B. sichtbar, wenn es um die Frage einer finanziellen Entlohnung für den körperlichen Selbsteinsatz oder um den psychischen Nutzen (etwa durch die Verbesserung des Gesundheitszustandes einer nahestehenden Person oder auch das „gute Gefühl“, einem anderen Menschen geholfen zu haben) einer Organ- oder Gewebespende geht. Dabei zeigt sich auch, inwiefern konkrete normative Fragen von umfassenderen, ggf. weltanschaulich oder religiös geprägten Menschenbildern abhängen, die ebenfalls Gegenstand theologischer Debatten sind²¹.

Aktualität und praktische Relevanz

Die Lebendorganspende und die klinische Forschung mit gesunden Proband*innen sind – wie bereits erwähnt – schon lange etabliert und streng reguliert (Transplantationsgesetz (TPG), Clinical Trials Regulation (CTR), Arzneimittelgesetz (AMG) etc.). Diese Regelungen sind jedoch einerseits im Fluss: So müssen Anträge auf die Durchführung klinischer Studien, bei denen neue Arzneimittel erstmalig am Menschen (i.d.R. an gesunden Proband*innen) geprüft werden, seit dem 1. Juli 2025 von einer neu eingerichteten „Spezialisierten Ethik-Kommission für besondere Verfahren“ bewertet werden (AMG §41c). Es ist damit zu rechnen, dass in diesem Zusammenhang auch neu über die Kriterien zur Bewertung solcher Anträge (bzw. über die Interpretation der gesetzlich vorgegebenen Kriterien) diskutiert wird. Gleichzeitig ist der Arbeitskreis medizinischer Ethik-Kommissionen der Bundesrepublik Deutschland e.V. durch die letzte Novelle des Arzneimittelgesetzes ermächtigt worden, (verbindliche) Richtlinien u.a. zur Anwendung der gesetzlichen Vorgaben für die Einwilligung nach Aufklärung zu erlassen (AMG §41d).

Andererseits werden an verschiedenen Stellen Ausweitungen der bisherigen Praxis diskutiert oder sind sogar konkret geplant. Dies betrifft z.B. die so genannte Überkreuzlebendniere spende, für die in Deutschland ein nationales Programm aufgebaut werden soll, und die nichtgerichtete altruistische Lebendniere spende, die in diesem Zuge legalisiert werden soll (Referentenentwurf des BMG vom 8. Juli 2025²²). Auch die in der letzten Legislaturperiode angestoßene Diskussion über eine Legalisierung der Eizellspende und der Leihmutterchaft wird vermutlich früher oder später wieder aufgegriffen werden – zusammen mit der im Abschlussbericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin deziidiert aufgeworfenen (und von den Verfasser*innen positiv beantworteten) Frage, ob

¹⁹ Vgl. DBK/EKD (1990): Organtransplantation. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Würzburg.

²⁰ Vgl. ELKB (2014): Leben und Sterben im Herrn. Handreichung zur Organspende und Organtransplantation der Evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern, München: ELKB.

²¹ Vgl. Hans-Martin Rieger: Art. Leib/Körper (Vers. 1.0), in: Onlinelexikon Systematische Theologie (SysLex), <https://syslex-online.de/articles/leib-koerper-version-1-0>.

²² Online unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/lebendorganspende-reform.html>.

entsprechende Formen des körperlichen Einsatzes für andere nicht finanziell entlohnt werden sollten.²³

Insgesamt ist das Thema der Tagung damit nicht nur grundsätzlich bedeutsam, sondern auch von hoher Aktualität und praktischer Relevanz.

Beitrag zum Dialog zwischen Kirche/Theologie und anderen gesellschaftlichen Bereichen

Die christlichen Kirchen zählen in Deutschland nach wie vor durch Diakonie und Caritas zu den größten und wichtigsten Trägern von Einrichtungen des Gesundheitswesens, und werden auch darum als wichtige gesellschaftliche Akteure in ethischen Debatten über das Gesundheitswesen wahrgenommen. Die Frage, wie Schutzpflichten und Freiheitsrechte mit Blick auf die dargestellten spezifischen Fragen der Medizinethik zueinander ins Verhältnis zu setzen sind, berührt grundlegende Fragen sowohl des christlichen Ethos, philosophischer und angewandter Ethik sowie des deutschen Rechtssystems. Darum zielt die Tagung darauf ab, die unterschiedlichen Perspektiven von Theologie, Philosophie, Medizinethik und Rechtswissenschaft miteinander ins Gespräch zu bringen, und trägt damit dazu bei, den Dialog zwischen Kirche/Theologie und den gesellschaftlichen Bereichen des Rechts, der Medizin & Pflege, sowie der Philosophie zu fördern.

²³ Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (2024): Bericht, 592–601. Online unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kom-rSF/Abschlussbericht_Kom-rSF.pdf.