

Das Fremde im Eigenen: Identität und Leben mit fremden Organen

Manzeschke, Arne

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Manzeschke, A. (2007). Das Fremde im Eigenen: Identität und Leben mit fremden Organen. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 31(2/3), 127-155. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-287474>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Arne Manzeschke

Das Fremde im Eigenen Identität und Leben mit fremden Organen

Die Transplantationschirurgie hat innerhalb weniger Jahrzehnte unser Verständnis vom Menschen, von seiner Integrität und Identität nachhaltig verändert. Grundbegriffe unserer Kultur wie Leben, Tod, Gesundheit, Autonomie, Person, Menschenwürde, Gemeinschaft, Solidarität sind lebenspraktisch und ethisch unsicher geworden. Der Beitrag untersucht, inwiefern das kulturhermeneutische Konzept der Transdifferenz einen Zugewinn in der Analyse der Phänomene, Strukturen und Konstruktionen bedeutet, um der Frage nach dem Menschen und seinem technisch-kulturellen Schaffen neue Einsichten und Ausblicke zu verschaffen.

Schlüsselbegriffe: Anthropologie, Hirntod, Identität, Organtransplantation, Transdifferenz

Die Transformation des Menschen und des Menschlichen

Die Transplantationschirurgie hat innerhalb weniger Jahrzehnte unser Verständnis vom Menschen, von seiner Integrität und Identität nachhaltig verändert. Mit Recht vermerkt Johannes Reiter: »Zudem sind durch die Transplantationsmedizin etliche Grundbegriffe der europäischen und christlichen Kultur wie Leben, Tod, Gesundheit, Autonomie, Person, Menschenwürde, Gemeinschaft, Solidarität lebenspraktisch und ethisch unsicher geworden« (Reiter, 2005, S. 108). Mit der Unsicherheit der Begriffe geht auch eine Unsicherheit in der Wissenschaft vom Menschen und seiner Praxis als Anwendung dieses Wissens einher. Das gilt unabhängig davon, ob man im Streit um Ziele und Möglichkeiten der Anthropologie eher einer philosophischen, einer kulturalistischen oder historischen Position zuneigt (vgl. grundsätzlich Marquard, 1971; Wulf, 2004). Kategorien wie die des ›Natürlichen‹, des ›Gesunden‹ oder des ›Normalen‹ werden zusehends fragwürdig angesichts eines menschlichen Körpers, der durch Prothesen verschiedenster Art rekonstruiert, therapiert und optimiert wird. Gleichwohl entheben uns diese medizinisch-technisch-

pharmazeutischen Möglichkeiten nicht der Frage danach, *was der Mensch ist*, wie Körper, Geist, Seele, Leib, Bewusstsein und Identität zu ihm und zueinander gehören. Die Frage nach dem Menschsein zwischen Natürlichem und Künstlichem, zwischen Eigenem und Fremden, zwischen *Vervollkommnung und Unverbesserlichkeit* (Kamper & Wulf, 1994) stellt sich nach wie vor – und zwar in einem fundamentalen Sinne. Es ist nicht nur von theoretischem, strukturell-deskriptivem Interesse, was der Mensch sei, sondern auch von normativ-praktischem Interesse, sofern es um die ›Bestimmung des Menschen‹ und des ›Menschlichen‹ in der doppelten Bedeutung und Bewegung von Bestimmtsein und Sich-Bestimmen geht (vgl. Fahrenbach, 1973, bes. S. 909).

Mit dem System der Transplantationsmedizin verändern Menschen die Bestimmung des Menschen; die des Einzelnen wie auch die des Menschlichen im Zusammenleben der Menschen. In dem Maße wie der Körper als Identitätsmarker gilt (vgl. Horatschek, 2001), muss die Veränderung der Körper durch Organtausch als – im Wortsinn – einschneidende Veränderung der Identität begriffen und thematisiert werden. Um solche Veränderungen wahrzunehmen, bedarf es eines hermeneutischen Konzeptes, das nicht nur Differenzen zwischen erhobenen Beobachtungsdaten registriert, sondern diese Daten auf einen Referenzrahmen bezieht, der ihre Beurteilung ermöglicht. Da die mit dem Transplantationssystem verbundenen Veränderungen auch als problematische, den Menschen und das Menschliche gefährdende erlebt werden, liegt es einmal mehr nahe, die normative Basis dieses Referenzrahmens zu reflektieren. Eine solchermaßen kulturhermeneutisch orientierte Ethik und Anthropologie folgt einer These Hans-Georg Gadamer, der eine Potenzierung der anthropologischen Reflexion gefordert hat, mit dem Ziel, die Humanität zu befördern. Er zielt angesichts der Theoretisierung der Lebenswelten und der zunehmenden Komplexität gesellschaftlicher Praktiken auf eine Beförderung der Humanität *mit den* und *gegen die* selbst geschaffenen technischen und administrativen Zwänge (vgl. Gadamer, 1972).

In diesem Beitrag gehe ich der Frage nach, ob und wie weit das Konzept der Transdifferenz (vgl. Allolio-Näcke, Kalscheuer & Manzeschke, 2005) ein taugliches kulturhermeneutisches Instrumentarium bietet, um

der Frage nach dem Menschen und seinem technisch-kulturellen Schaffen neue Einsichten und Ausblicke zu verschaffen.

Das Transplantationssystem als soziales System

Menschen von ihrer Krankheit zu heilen oder wenigstens ihre Schmerzen und Leiden zu lindern, ist Anspruch der Medizin seit ihren frühesten Formen. Lange haftete dem medizinischen Gewerbe eine »priesterliche Funktion« (Lenzen, 1997, S. 885) an, lagen Heil und Heilung auf einer Sinn- und Interpretationslinie. Eine konsequent dualistische Scheidung zwischen Körper und Seele war im christlichen Abendland bei allen Unterscheidungen und tendenziellen Abwertungen des Körpers als dem Vorläufigen und Nachrangigen gegenüber dem Wesenhaften der Seele nie gegeben (vgl. Zander, 1999, S. 614). Erst die Cartesianische Unterscheidung zwischen *res cogitans* und *res extensa* erlaubte es, den Körper als seelenlos zu betrachten und ihn konsequent dem naturwissenschaftlichen Zugriff preiszugeben, der nach eigenem Selbstverständnis einer *inquiry*, Inquisition der Natur dienen sollte, damit diese ihre Geheimnisse offenbarte (vgl. Gloy, 1995, bes. S. 179ff.). Die Transplantationsmedizin steht in der Tradition dieses naturwissenschaftlichen Zugriffs auf den Körper – und ist dabei sehr erfolgreich. Der menschliche Körper wird in seinen Einzelteilen unter den medizinisch-technischen Bedingungen der Transplantationsmedizin und ihrer Deutungsmacht über Leben und Tod zu einem praktisch vollständig verwertbaren Materiallager, das in anderen Körpern als Ersatzteile Verwendung finden kann. Der Zugriff auf den *Körper als Material* ist erst in dem Moment möglich geworden, in dem einerseits die medizinisch-technischen Möglichkeiten zur Transplantation und die Überwindung der immunologischen Schranken gegeben waren sowie andererseits der Todeszeitpunkt definitiv vorverlegt werden konnte, weil nur »lebende Organe« eine Gewähr bieten, als Ersatzteil in anderen Körpern zu fungieren. Es kann mittlerweile tendenziell alles körperliche Material eines Menschen ex- und transplantiert werden, das heißt nahezu alle Organe (Herz, Lunge, Leber, Niere, Milz, Pankreas), Darm, Knorpel, Knöchel und Röhrenknochen, Haut, Hornhaut, Kno-

chenmark. Die Fortschritte in der Transplantationschirurgie erlauben seit kurzem auch die Transplantation von Händen und Gesichtern – ein Vorgang, der wohl wegen der offensichtlichen Veränderung des Äußeren als besonders spektakulär und als besonders problematisch gilt.

Die gängigste Praxis in Deutschland ist die Transplantation von Organen ›Hirntoter‹. Den geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien nach ist ein Spender ›hirntot‹, wenn er in einem tiefen Koma liegt, aus dem er nicht erweckbar ist (vgl. Nagel & Schmidt, 1996, S. 20f.; Angstwurm, 2003), das heißt aufgrund zweier Elektroenzephalogramme (EEG) als irreversibel bewusstlos gilt und verschiedene Reflexprüfungen ergeben, dass vom Hirnstamm keine Reaktionen mehr ausgehen (vgl. zum Prozedere Baureithel & Bergmann, 1999, S. 78-87). In dem Fall, dass die Organe nicht verwendbar sind oder keine Einwilligung zur Organspende vorliegt, werden nach dieser Hirntoddiagnostik die Beatmungsgeräte abgeschaltet und der Sterbeprozess schreitet voran. Sollte ein Organspendeausweis oder ein Einverständnis von den Angehörigen (die den mutmaßlichen Willen des Sterbenden repräsentieren und in den letzten zwei Jahren eine nähere Beziehung zu ihm gehabt haben) zur Entnahme der verwertbaren Organe vorliegen, dann werden die maschinelle Unterstützung der Herz-Kreislauffunktionen sowie die Nährstoffzufuhr fortgesetzt und damit (mindestens) die Organe künstlich im ›Leben‹ gehalten. Die Organtransplantation ist dann Erfolg versprechend, wenn die Organe nur sehr kurz von der Durchblutung abgetrennt sind. Um einen geeigneten Empfänger für die Organe zu finden, bedarf es Zeit für die Recherche, die Abgleichung von physiologischen Merkmalen sowie den Organtransport an den Ort des Empfängers – ein logistisch ungemein aufwändiges Unterfangen (vgl. bes. Braun, 1996, S. 142ff.). Für diese Zeit, die zwischen wenigen Stunden, ein oder zwei Tagen, im Extremfall aber auch Wochen dauern kann (vgl. Kalitzkus, 2003, S. 134), werden die ›hirntoten‹ Menschen ›im Leben‹ gehalten.

Der *Status der Organspender* ist damit definatorisch gefasst: sie werden ›hirntot‹ diagnostiziert. Aber Außenstehende, insbesondere Angehörige erfahren sie als lebendig: Der ›Hirntote‹ hat einen warmen Körper, er atmet (bzw. wird beatmet), er sieht aus als ob er schläft. Typische

Anzeichen des Todes, wie Auskühlung des Körpers, Atemstillstand, Versteifung der Gliedmaßen, Totenflecken auf der Haut sowie die Entpersonalisierung der Gesichtszüge sind beim ›Hirntoten‹ gerade nicht zu beobachten. Entsprechend fällt es Angehörigen schwer, gegen den Eindruck eines lebenden Organismus den (Hirn)Tod zu akzeptieren und einer Organentnahme zuzustimmen. Auch für das ärztliche und pflegerische Personal, die mit den ›lebenden Toten‹ umgehen müssen, ist diese ambivalente Wahrnehmung nicht einfach zu verarbeiten (vgl. Striebel & Link, 1991). Der Sterbeprozess ist für die Angehörigen ein besonders heikler Moment. Sie werden praktisch zeitgleich mit der Nachricht des Todes konfrontiert, der zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht eingetreten ist, und um Einwilligung zur Organspende gebeten – sofern der Sterbende das nicht bereits eindeutig zu Lebzeiten dokumentiert hatte. Die Zustimmung zur Organspende lässt einen ›natürlichen‹ Sterbeprozess nicht zu, Angehörigen ist es unmöglich, den Übergang vom Leben zum Tod sinnlich zu erfahren und zu begleiten. Das hinterlässt nicht selten Gefühle der Überforderung, der Schuld und Scham, gemischt mit der Hoffnung, durch die Zustimmung anderen Leiden zu ersparen und so dem konkreten Tod noch einen abstrakten Sinn zu verleihen (vgl. KAO, o.J.; Kalitzkus, 2003, S. 146f.).

Auf der *Seite der Organempfänger* ist die Bereitschaft, sich auf eine Transplantation einzulassen, darin begründet, dass der erwartete Zustand erstrebenswerter erscheint, als die extreme Belastung ihrer gegenwärtigen Krankheit. Diese verlangt ihnen entweder einen sehr disziplinierten und belastenden Lebensstil ab (z. B. Dialysepatienten), oder ihre Krankheit würde ohne Abhilfe durch ein neues Organ unweigerlich zum Tode führen. Allerdings ist mit einer Transplantation nicht alles gut. Es bleiben Risiken, das Organ kann ›nicht anspringen‹ und wieder abgestoßen werden. Organtransplantierte bleiben chronisch Kranke, die sich einem strengen Regime aus Medikation und medizinischer Kontrolle unterziehen müssen. In Deutschland haben sie einen Schwerbehindertenausweis. Problematisch am aktuellen Transplantationsdiskurs ist seine *Normalisierungstendenz* zu suggerieren, dass vor der Transplantation die Menschen krank und todgeweiht sind, nach der Transplantation aber

lebend, gesund, normal. So sehr das Erste stimmt, so problematisch ist das Zweite. Kalitzkus spricht von einer »neue[n] bzw. zusätzliche[n] Identität« (2003, S. 191), die nicht mit den Attributen »normal« oder »gesund« versehen werden kann.

Diese grobe Skizze vermag lediglich anzudeuten, dass im Rahmen der Organtransplantation Uneindeutigkeiten, Irritationen oder Grenzüberschreitungen auftreten, welche überkommene Gewissheiten durchkreuzen und auf der Ebene des Wahrnehmens, Urteilens und Handelns die alten Kategorien, Vorstellungen und Praktiken überholt erscheinen lassen. Allein das zu konstatieren, vermag kaum zu befriedigen. Vielmehr ist weiter zu fragen, wie sich diese Uneindeutigkeiten, Irritationen und Grenzüberschreitungen konzeptionell fassen lassen. Hier bietet sich das Konzept der Transdifferenz zur genaueren Analyse an.

Die Transplantation und die Transdifferenz

Das Transdifferenzkonzept thematisiert inter- und intrakulturelle Verständigungsprozesse auf der Subjekt- und der Gruppen-Ebene. Über Phänomene der kulturellen Differenz hinaus artikuliert es solche der uneindeutigen Identitäten aufgrund von Mehrfachzugehörigkeiten, Grenzüberschreitungen und Überlagerungen sowie die sich daraus ergebenden hermeneutischen Probleme (vgl. Lösch, 2005).

Das Konzept der Transdifferenz beruht auf der prinzipiellen Anerkennung der binären Differenzsetzung in der kulturellen Kommunikation und ihrer Orientierungskraft, ohne jedoch die in der Differenzsetzung unterdrückten Transdifferenzen auszublenden. Transdifferenz bezeichnet dabei Strukturen oder Prozesse, die Momente der Unsicherheit oder der Unentscheidbarkeit beinhalten. Die Stärke des Konzepts besteht vor allem darin, darauf aufmerksam zu machen, dass Phänomene nicht in einer dichotomen Konstruktion aufgehen, sondern hier noch weitere Momente im Spiel sind, die sich weder dem einen noch dem anderen Pol eindeutig zuweisen lassen, die aber für die Rekonstruktion von Wirklichkeit entscheidend sind.

Im Folgenden will ich auf oben bereits beschriebene Phänomene zu- greifen und fragen, was das Konzept der Transdifferenz hier an heuristi- schem oder analytischem *surplus* liefert über das hinaus, was ethnologi- sche, soziologische oder medizinethische Analysen bereits zu Tage geför- dert haben. Dabei beziehe ich mich in einem ersten Schritt auf das Mo- ment der Uneindeutigkeit im Status der Hirntoten und der Organe Em- pfangenden. In einem zweiten Schritt gehe ich auf die soziale Dimension der Organweitergabe und den zugrunde liegenden Diskurs über Leben, Tod, Körper und Lebenssinn ein. In einem dritten Schritt frage ich nach Transdifferenz in Bezug auf den medizinisch-industriellen Komplex, der das System der Organtransplantation steuert, und nach den Effekten, die dieses System für die Kultur(en) des Lebens und Sterbens generiert.

Transdifferenz und der Status hirntoter Menschen

Historisch gesehen ist das Hirntodkriterium (HTK) in dem Moment rele- vant geworden, als es durch Herz-Kreislaufmaschinen möglich wurde, einen Menschen ›am Leben‹ zu erhalten, auch wenn die Hirnfunktionen schon erloschen waren. Hier diente das HTK zuallererst dem Therapie- abbruch (vgl. Münk, 2002; Rixen, 1999, S. 358), d. h. dem ›Abschalten der Maschinen‹, damit ein Mensch sterben kann. Erst in zweiter Linie wurde es relevant für die Organtransplantationen, die in den späten 1950er Jahren noch eher experimentell und seit der ersten Herztransplantation Barnards 1967 zielstrebig therapeutisch eingesetzt wurden.

Das HTK verschiebt die überkommene Grenze zwischen Leben und Tod – eine Grenze, die nicht dauerhaft vorgegeben, sondern »aufgegeben« ist (Rixen, 1999, S. 360). Diese Grenzziehung zwischen Leben und Tod ist ein konstruktivistischer Akt, der den gesellschaftlichen Möglichkeiten und kulturellen Vorstellungen Rechnung tragen muss. Mit dem HTK wird der Gesellschaft wissenschaftliche Sicherheit als Basis ihrer Unterscheidung zwischen Leben und Tod vermittelt. Diese Unterscheidung ist von eminenter Wichtigkeit, denn dem Lebenden kommen andere Rechte zu als einem Toten.

Der Moment im biologischen Prozeß der abnehmenden Stoffwechselprozesse, der Tod und nicht mehr Leben sein *soll*, muß aktiv bestimmt werden, und zwar unter Rückgriff auf Wertungen, genauer: *grundrechtliche* Wertungen, denn es geht um die Gewährung oder den Entzug der Basis aller Freiheitsausübung, das Leben (Rixen, 1999, S. 361).

Der Tod muss genau bestimmt werden, damit in der Unterscheidung von ihm das Leben geschützt und geachtet werden kann. Im Fall der für die Transplantation zu ›Hirntoten‹ definierten Menschen tritt das Moment der Transdifferenz in dem hervor, was Beobachter als eine ›bizarre Situation‹ oder ein Paradoxon bezeichnen: Die gängigen Kategorien ›lebend‹ oder ›tot‹ passen nicht mehr zu den so attribuierten Phänomenen bzw. zu den so bezeichneten Menschen. Wie zu kleine Schachteln vermögen sie ihren Gegenstand nicht mehr zu fassen, der amorph und sperrig zugleich über die Ränder der Schachtel hinausragt und signalisiert: Da ist noch mehr und anderes, das sich so nicht beschreiben, bezeichnen und fassen lässt. Hier scheint Transdifferenz auf, und das darin Artikulierte verhält sich different zur Differenz. In der Theoriesprache der Transdifferenz heißt das: »All processes of constructing and marking difference necessarily produce transdifference [...] Not surprisingly, transdifference, understood as by-product of any process of identity formation is usually suppressed by the articulation of identities« (Breinig & Lösch, 2002, S. 25).

Das HTK kann für sich die Dignität wissenschaftlicher Erkenntnis verbuchen. Es produziert eine Sicherheit in der Unterscheidung von Leben und Tod, die zwar höchst abstrakt ist und weder alltagsweltlich noch physiologisch nachvollzogen werden kann, aber für die soziale Praxis maßgeblich wird: Hirntote sind Tote im Sinne des Gesetzes. Sie können definitionsgemäß durch den massiven Eingriff in ihren Körper zum Zweck der Explantation nicht mehr verletzt und nicht mehr getötet werden. Die ärztliche Tätigkeit, die sonst nur mit Einverständnis der Patienten und in Heilungsabsicht erfolgen darf, kann hier in zerstörerischer Absicht gegen den (Körper des) ›Hirntoten‹ gewandt werden – mit der Begründung, einem Dritten dadurch helfen zu können. Das ist jedoch eine

für das ärztliche Ethos ganz ungewöhnliche Begründung: ein ärztlicher Eingriff schädigender Art ist nur im Rahmen der Organtransplantation – das gilt auch für Lebendspenden – gesetzlich erlaubt.

Transdifferente Effekte stellen sich nicht hinsichtlich des formalen Status eines Hirntoten ein, sondern in besonderem Maße während der Explantation: Wie tot ist jemand, wenn Zweifel an der Schmerzempfindlichkeit der zu explantierenden Körper – oder sind es doch noch Personen – aufkommen? Die körperlichen Reaktionen während der Explantation wie Kreislaufschwankungen, Schweißausbruch, Hormonausstoß, Hautrötungen und spinale Reflexe, also unwillkürliche Bewegungen bei den tiefen Einschnitten in den Körper, lassen vermuten, dass hier Schmerzreaktionen ablaufen (vgl. Baureithel & Bergmann, 1999, S. 148-162; Bergmann, 2004, S. 283ff.; Manzei, 2003, S. 175ff.; Hauser-Schäublin et al., 2001, S. 200). Medizinisch behilft man sich damit, dass den ›Hirntoten‹ für die Explantation Narkosemittel und Muskelrelaxantien wie bei normalen Operationen verabreicht werden – nicht zuletzt, um die Transplantationsteams vor der beunruhigenden Erfahrung zu schützen, dass der ›Tote‹ sich bewegt und reagiert wie ein Lebender. Die emotionale Verstörung, die diese Erfahrung vor allem bei Anästhesisten und Pflegepersonal auslöst, die die gesamte Explantation über anwesend sind, ist im ›offiziellen‹ Diskurs um die Organspende kaum Thema. Diese irritierenden Effekte werden um der Effizienz des Transplantationssystems willen hingenommen und unterdrückt.

Zugleich unterläuft die Organtransplantation die kulturelle Praxis der Sterbebegleitung und des Abschieds von den Toten. Der Tod kann sinnlich nicht mehr erfahren werden; die Begleitung der Passage aus dem Leben in den Tod muss um der medizinischen Effizienz willen auf den für die Angehörigen unzugänglichen Ort des Operationssaals verschoben und dort missachtet werden. Für die Angehörigen ist diese Erfahrung häufig mit Überforderung, Scham, Schuld, Ohnmacht und Versagen verbunden. Auch der Umgang mit dem Leichnam, von dem nach Multiorganentnahmen wenig mehr als eine »Hauthülle« bleibt (vgl. Bergmann, 2004, S. 296), verstärkt bei ihnen häufig den Eindruck, dass die Pietät und die Würde des Toten – entgegen den Vorgaben für die Trans-

plantationsmedizin (vgl. § 6 TPG; Nagel & Schmidt, 1996, S. 35) – nicht gewahrt und so mindestens ein individueller Tabubruch begangen wurde.

Die Explantation reduziert den ›Hirntoten‹ auf eine »biotechnische Gestalt« (vgl. Lindemann, 2002, S. 164). Die ›menschliche Gestalt‹ geht jedoch darüber hinaus und fordert ihre Beachtung in kulturellen Praktiken. Diese werden durch die Definitionsmacht und die Erfordernisse des Transplantationssystems zunehmend überformt. Der Körper wird ausgenommen, zerteilt, verteilt – und die dem Sterben abgenommenen Organe führen ein ›Eigenleben‹ in verschiedenen Körpern für eine verschieden lange Dauer. Es ist meines Erachtens noch nicht ausgemacht, was die ›Entgrenzung des Körpers‹ und die ›Zirkulation der Organe‹ zwischen den Lebenden und den Toten für die soziale Gestalt eines Gemeinwesens bedeutet. Ebenso wenig ist klar, was die möglicherweise äußerst schmerzhafteste Zerteilung der Körper für den Sterbeprozess und die Ablösung der Seele vom Körper bedeutet (vgl. Kalitzkus, 2003, S. 76ff.).

Die Gestalt des ›Wiedergängers‹ oder ›Nachzehrers‹ (vgl. Scharfe, 2003) ist nicht nur eine historische Kategorie volkskundlicher Forschung, sondern eine erstaunlich aktuelle, wenngleich in der Diskussion um die Transplantationschirurgie zumeist beschwiegene Figur. Sie steht für die unheimliche und offene Grenze zwischen den Lebenden und den Toten, für den unheimlichen und nicht kontrollierbaren Einfluss der Toten auf die Lebenden – und das in einem hochrationalen, hocheffizienten Transplantationssystem, das genau diese ganzen irrationalen Momente und Formen der Ineffizienz außen vor halten will.

Transdifferenz und der Status transplantierten Menschen

Auch der Organempfänger ist in seiner Körperlichkeit Entgrenzungen ausgesetzt. Immer wieder berichten Organtransplantierte von Fremdheitserfahrungen; sie haben körperlich und psychisch das Gefühl, dass etwas Fremdes in ihnen ist, dass sie sich selbst anders erfahren, an sich selbst neue Gefühle, Bedürfnisse und Aufmerksamkeiten bemerken, die sie bis dato nicht kannten. Das hat einerseits leicht erklärliche Gründe: so werden Organe wie Nieren oder Leber unter der Bauchdecke einge-

pflanzt, also nicht am ›normalen‹ Ort. Daraus ergeben sich Körpererfahrungen, die tatsächlich ›anders‹ sind: das fremde Organ scheint bei Bewegungen herumzurutschen. Auch haben die Immunsuppressiva, Medikamente, welche die Abstoßung der Organe verhindern, zum Teil schwere Nebenwirkungen wie starke Gewichtszunahme (das typische ›Mondgesicht‹), starker Haarwuchs bei beiden Geschlechtern, Kribbeln und Taubheitsgefühle in den Extremitäten. Darüber hinaus verändert sich bei manchen Transplantierten das Körperschema, d. h. das Empfinden für den eigenen Körper im Raum und im Verhältnis zu anderen Körpern. Auch verändert sich bei Herztransplantierten die psychophysiologische Konstitution: Die psychische Erregung des Herzens und seine physische Reaktion treten zeitlich auseinander oder entkoppeln sich völlig wegen der unterbrochenen Nerven – den Transplantierten ›regt nichts mehr auf‹ (vgl. Kalitzkus, 2003, S. 195f.).

Weiter zeigen sich bei ihnen psychische Phänomene wie Schuldgefühle gegenüber dem Spender, von dessen Tod sie profitierten, oder verstärkte sexuelle Begierden und Verfolgungsphantasien. Manche Transplantierte spüren eine besondere Verbundenheit mit dem für sie in der Regel unbekanntem Spender, wobei Transplantation über die Geschlechts Grenzen hinweg noch einmal zu ganz eigenen Erfahrungen hinsichtlich der eigenen geschlechtlichen Identität und dem Verständnis für das andere Geschlecht zu bringen scheinen.

Es kann bei den Transplantierten zu einer Desintegration des Körpers kommen, die bis zu einer Bedrohung des Selbst reichen kann (vgl. Kalitzkus, 2003, S. 210). Nicht nur die Immunsuppressiva, sondern auch der emotionale Druck (Schuld- und Schamgefühle, Fremdheitserfahrungen) können Depressionen hervorrufen. Um einer Desintegration entgegen zu wirken, müssen sie große Anstrengungen unternehmen. So gibt es zahlreiche Formen der Abgrenzung gegenüber der Außenwelt, die ihre durch Immunsuppression herabgesetzten ›Außengrenzen‹ zu überschwemmen droht.

Dem Tod ein Schnippchen zu schlagen, ist also nicht einfach ein Gewinn an Lebensjahren oder Lebensqualität; sondern es ist auch eine sehr unheimliche Erfahrung, wie ein Organtransplantierte berichtet:

[V]iele denken oder fühlen es: Vor mir steht einer, der sich sein Leben geborgt hat. Einer der lebt, obwohl er eigentlich tot zu sein hat. Wie haben denn die Verwandten des Lazarus reagiert, als sie langsam die Hände, mit denen sie sich die Nase zugehalten hatten, wieder sinken ließen? Nur mit Freude? Wenn ich mich richtig an den Text der Bibel erinnere, waren sie mehrheitlich verwirrt bis ärgerlich. Ich bin ein Störenfried. Auf alle Fälle ein Wiedergänger. Das ist, so denke ich für andere einerseits mit der Hoffnung verbunden, dem Tod selber ein Schnippchen schlagen zu können, andererseits unheimlich (zit. nach Kalitzkus, 2003, S. 256).

Das Konzept der Transdifferenz ermöglicht es, Orte der Unsicherheit und Unbestimmbarkeit genauer in Augenschein zu nehmen und hierbei als relevant für die Bearbeitung von Wirklichkeit zu erachten. So ist der transplantierte Mensch mit dem fremden Organ auf eine Weise noch derselbe, wie der, der sich vor der Transplantation betrachtet hat. Er hat noch denselben Namen, ist sich äußerlich weitgehend gleich geblieben – was in unserer Kultur bisher allerdings nicht für die Transplantation von äußeren ›Organen‹ wie Händen oder Gesicht gilt. Er beansprucht mit gutem Recht, noch auf dieselbe Identität wie vor seiner Operation angesprochen zu werden. Zugleich ist er aber nicht mehr derselbe. Das gilt hinsichtlich seines Status als gesunder oder kranker Mensch, das gilt hinsichtlich der immunologischen Außengrenzen und seiner körperlich-organischen Identität. Die Dichotomie ›krank – gesund‹ trifft nicht, was sich realiter auf der Skala der Identitäten abspielt.

Aus ›transdifferenter Perspektive‹ trägt der Binarismus ›gesund‹ und ›krank‹ dazu bei, die Identitätsbildung der Organtransplantierten zu erschweren. Allerdings spielt hier der gesellschaftliche Druck eine gewichtige Rolle. Das betrifft die Erwartung an die Kranken, doch nun wieder ›gesund‹ oder ›normal‹ zu werden, wie auch die Produktion von gesellschaftlichen Hoffnungen und Mythen, wie etwa die, dem Organtransplantierten werde ein ›neues Leben geschenkt‹. Das Konzept der Transdifferenz indiziert nicht nur die Unschärfe, welche die Differenz ›gesund vs. krank‹ aufweist, sondern leistet eine Verortung dieser Differenzset-

zung in einem gesellschaftlichen Diskurs und befragt ihn auf seine Wissens- und Machtkonstellationen (vgl. Alolio-Näcke & Kalscheuer, 2005, S. 446): Was gibt es im Transplantationsdiskurs zu wissen? Mit welcher Macht wird welches Wissen zu einer Wahrheit? Welchem Wissen gegenüber ist dieser Diskurs mit Macht ignorant? Das Konzept der Transdifferenz fokussiert diesen Gegendiskurs und macht auf die Ausschließungsmechanismen aufmerksam. Es liefert eine Kritik der Macht und des machtvollen Wissens.

Die soziale Dimension der Organtransplantation

Unter den Bedingungen der Globalisierung überrascht es nicht, die Gewinnung und Vergabe von Organen als eine Ware unter anderen zu verstehen, die wie an einem Markt unter der Maßgabe von Angebot und Nachfrage gehandelt wird. Anders als auf dem ›Weltmarkt‹ beruht das Eurotransplant-System auf einer freiwilligen und nicht entgelteten Spende. Doch auch hier schillert das Organ in seinem Status zwischen Gabe und Ware (vgl. Hauser-Schäublin et al., 2001, S. 222ff.). Die altruistische Gabe ist nicht freizuhalten von ökonomischen Interessen, die im System immer im Spiel sind. Ein altruistischer und ein ökonomischer Diskurs verschränken sich hier. Die Schwierigkeit, sie zu entwirren und nach ihrer Bedeutung für den Einzelnen und die Gesellschaft zu fragen, resultiert nicht zuletzt daraus, dass ein nachmetaphysisches Nutzenkalkül kaum mehr Anhalt bietet für Fragen nach dem Sinn von Schmerz, Leid und Tod.

Die Medizin-Zivilisation [...] verwandelt den Schmerz in eine technische Frage und beraubt das Leiden seiner wesentlich persönlichen Bedeutung. Die Menschen verlernen es, das Leiden als unvermeidlichen Teil ihrer bewußten Auseinandersetzung mit der Realität zu akzeptieren, und sie lernen, jeden Schmerz als Zeichen ihres Bedürfnisses nach Schonung und Rücksichtnahme zu deuten. [...] Die medizinische Zivilisation macht daraus [sc. Schmerz, Schwäche und Tod] Forderungen des Individuums an das Wirtschaftssystem, Probleme, die verwaltet oder wegproduziert werden können (Illich, 1995, S. 94).

Solche Argumente mögen zynisch klingen angesichts der täglich erfahrbaren Schmerzen und Tode, die auf Organschwäche zurückzuführen sind. Aber diese eben nur als Dysfunktionalität zu verstehen, die ökonomisch-technisch behebbar wäre, unterschläge die kulturelle, symbolische Dimension menschlichen Lebens. Den Austausch der Organe von einem zum anderen als effiziente Weiterverwendung von Ressourcen zu qualifizieren, die ansonsten ungenutzt verschwendet würden, unterschätzt die symbolische Dimension des Tausches im Angesicht des Todes. Die bei Transplantierten festgestellten Schuldgefühle mögen gesellschaftlich induziert sein, aber darin entsprechen sie einer allgemeinen ökonomischen Intuition, dass eine Gabe eine Gegengabe erfordert bzw. ohne Gegengabe zu einer Verschuldung des Beschenkten führt (vgl. Mauss, 1999). Das Wesen der Gabe ist es, dass sie soziale Beziehungen konstituiert. In der Zirkulation der Gaben und der Reziprozität zwischen Gebenden und Empfangenden versichern sich diese ihrer Sozialität und konstituieren sie zugleich. Der Gaben- bzw. Warentausch, der im Transplantationssystem stattfindet, ist in seiner Struktur mehr als doppeldeutig: Dort, wo ein Organ gegen Geld gegeben wird, liegen zumeist Formen der Abhängigkeit und der Ausbeutung der Spendenden vor (vgl. Scheper-Hughes, 2002). Dort, wo ein Organ gespendet wird, ist der Beschenkte nicht frei von Beschämung und Schuld, für die er keinen Adressaten findet, da im Eurotransplant-System die Spender anonym bleiben.

Die Organspende konstituiert eine soziale Beziehung zwischen Personen, die keine soziale Beziehung mehr unterhalten können, weil die gebende Seite tot ist. Und doch bleiben die Verstorbenen präsent, denn sie ›leben weiter‹ in ihren Organen, die nun in anderen Menschen ›funktionieren‹. Die Anwesenheit der Abwesenden: der Toten, und die Sinngebung für das Sinnlose: der Tod, unterlaufen die eingeübten Grenzen. Sie erweitern den Möglichkeitsraum der Praktiken und Deutungen und vergrößern zugleich die Unsicherheit. Unsicher wird die Unterscheidung zwischen Lebenden und Toten: Ist der Tote (ganz) tot, wenn seine Organe noch leben? Stirbt er erst, wenn auch sie sterben (ganz)? Lebt der Transplantierte ein ›neues‹ Leben oder lebt er sein altes Leben weiter? (vgl. Kalitzkus, 2003, 173ff.).

So eröffnet die Transdifferenz einen Blick auf das *Heterotope* im Diskurs (vgl. Keitel & Allolio-Näcke, 2005, bes. 108-112) – und das gilt in diesem Fall im doppelten Sinn des Wortes. *Heterotop* bezeichnet in der Medizin das an atypischer Stelle vorkommende Gewebe oder die von dort ausgehende Stimulation bestimmter Prozesse. Transplantierte Organe wie Nieren oder Leber werden *heterotop*, das heißt in der Regel unter der Bauchdecke eingepflanzt, also nicht am regulären Ort. *Heterotopien* bezeichnen außerdem nach Michel Foucault

wirkliche Orte, wirksame Orte, die in die Einrichtung der Gesellschaft hineingezeichnet sind, sozusagen Gegenplatzierungen oder Widerlager, tatsächlich realisierte Utopien, in denen die wirklichen Plätze innerhalb der Kultur gleichzeitig repräsentiert, bestritten und gewendet sind, gewissermaßen Orte außerhalb aller Orte, wiewohl sie tatsächlich geortet werden können (2002, S. 39).

Foucault nannte in dieser vor Architekten gehaltenen Vorlesung Bordelle, Gärten, Friedhöfe und Kolonien als Beispiele für *Heterotopien*. Mir scheint, dass auch die Organtransplantation ein *Heterotop* bildet: einmal als Ort, an dem ein Organ ›falsch‹ und doch ›richtig‹ liegt und so auf die Überwindung des individuellen Körpers und seiner von Verfall und Dysfunktionalität gezeichneten Organe verweist. Zum anderen als ein gesellschaftlicher Ort, an dem ein Gegenbild gezeichnet wird zu Tod und Leiden – ein Ort der wirksam und wirklich ist und zugleich doch seine Bestreitung erfährt. Im Konzept der Transdifferenz lassen sich die Unschärfen der Differenzen nicht nur erweitern, sondern auf einen gesellschaftlichen Diskurs beziehen und – wie hier im Begriff der Heterotopie angedeutet – auf seine Makrophysik hin befragen.

Die heftigen Kontroversen um das HTK und die rechtliche Zustimmungsförm zur Organfreigabe deuten darauf hin, dass mit der Transplantationsmedizin zentrale Aspekte der individuellen Leiblichkeit wie des gesellschaftlichen Zusammenlebens in rechtlicher, moralischer, politischer und epistemologischer Hinsicht berührt werden – und damit überkommene Intuitionen in Frage gestellt und Aussagen über den Menschen oder das Menschsein unsicher werden. Für sich genommen ist die Be-

stimmung ›hirntot‹ eine soziale Konvention (vgl. Klein, 1995, S. 12), die wie andere auch Ergebnis gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse ist. Mehr als andere aber verweist sie auf die ›Paradoxien der Moderne‹, in die wir uns im Zuge gesellschaftlicher Modernisierung im Allgemeinen und des medizinisch-technischen Fortschritts im Besonderen hineinmanövrieren: Um den einen Menschen das Leben zu verlängern, müssen wir den Tod anderer zeitlich früher ansetzen und zugleich ihr Sterben verlängern. Diese Konvention versucht nicht Sicherheit über den Todeszeitpunkt im Interesse des Sterbenden zu gewinnen, sondern um hierdurch Dritte zu begünstigen – was ethisch nicht zu rechtfertigen ist.

Der Differenzsetzung ›hirntot‹ (= tot) und ›lebend‹ liegt eine diskursive Strategie zugrunde. Sie bietet auf der Handlungsebene neue Möglichkeiten, den Gewinn ›lebender Organe‹ von definitiv Toten und damit die Chance, vom Tode Bedrohte dem Leben bzw. einem qualifizierten Verständnis von Leben wieder anzunähern. Dieser Schritt wird in den öffentlichen Darstellungen als großer Fortschritt, als Gewinn für den Einzelnen und sogar als volkswirtschaftlichen Gewinn durch die Rekonstruktion der Produktivkraft oder die geminderten Gesundheitskosten reklamiert (vgl. Breyer et al., 2006, S. 227).¹ Baudrillard vermutet ganz andere Motive:

Alles Prozeduren, die einer Zurückdrängung des Todes und einer Aufdrängung des Lebens entsprechen – zu welchem Zweck? Dem von Wissenschaft und Medizin? Das wäre wissenschaftliche Paranoia ohne Verhältnis zu irgendeinem menschlichen Zweck. Dem des Profits? Nein: die Gesellschaft verschleudert hier gigantische Summen. Diese ›heroische Therapie‹ charakterisiert sich durch wachsende Kosten und ›schwindenden Nutzen‹: man fabriziert unproduktive Überlebende. Wenn die Sozialversicherung noch als ›etwas analysiert werden kann, das die Arbeitskraft zum Vorteils des Kapitals wieder herstellt‹, ist dieses Argument hier sinnlos (1982, S. 276).

Das Ganze diene der Kontrolle des Todes, seiner ökonomischen Verwertung angesichts und wegen des Unwertes, den der Tod darstellt. Kulturhermeneutisch ist es interessant zu beobachten, wie innerhalb von etwa

vierzig Jahren das intuitiv völlig unerschwingliche HTK zum vorherrschenden Paradigma für den Umgang mit dem Tod reüssiert und wie andererseits diese Vorstellung immer wieder unterlaufen und durchkreuzt wird – in der Praxis wesentlich von Professionellen im Transplantationssystem (vgl. Baureithel & Bergmann, 1999, bes. S. 107ff.) und von Menschen, die sich selbst oder für ihre Angehörigen einer Transplantation verweigern. Davon ist in den Verlautbarungen der Protagonisten der Organtransplantation allenfalls *ex negativo* zu hören: dass die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung erhöht werden müsse, um den Tod auf der Warteliste zu vermeiden. Bemerkenswert ist insgesamt das minimal kritische Potenzial, dass Religion und Philosophie dem utilitaristischen Paradigma entgegenzusetzen haben.

In the West, theological and philosophical reservations gave way rather readily to the demands of advanced medicine and biotechnology. Donald Joralemon has noted wryly that organ transplantation seems to be protected by a massive dose of cultural denial, an ideological equivalent to the cyclosporine which prevents the individual body's rejection of a strange organ. This dose of denial is needed to overcome the social body's resistance to the alien idea of transplantation and the new kinds of bodies and publics that it requires (Scheper-Hughes, 2002, S. 274).

Diese ›Dosis der Verleugnung‹ hat wohl ihre wesentliche Ursache in der Verleugnung des Todes und in der Reduktion des Leidens auf einen technisch beherrschbaren Schmerz.

Wir werden die so fest gefügte Struktur unserer Gesellschaft nicht verstehen, wenn wir sie nicht als vielgestaltigen Exorzismus aller Formen des bösen Todes erkennen. Unsere großen Institutionen bieten ein gigantisches Verteidigungsprogramm auf, mittels dessen wir im Namen der ›Humanität‹ gegen todbringende Kräfte und Klassen Krieg führen. Dies ist ein totaler Krieg (Illich, 1995, S. 145).

Der Tod ist in unserem biomedizinischen System ein Indiz für das Versagen der medizinischen Kunst; es ist ein rational nicht hinnehmbarer Stör-

fall. Wenn er nicht überwunden werden kann, so soll dem Tod doch zumindest ein Sinn beigelegt werden. Dieser liege in der Organspende, die anderen Menschen immerhin das Weiterleben ermögliche – so die Befürworter der Organtransplantation: »Sinn gibt die Organspende, weil sie eine für andere wertvolle Leistung ist. Sie ist ein Akt der Solidarität mit bedürftigen Kranken, sie rettet Leben« (Breyer et al., 2006, S. 160). Es wäre ehrlicher davon zu sprechen, dass die Organspende Leben verlängern und den Transplantierten viele Jahre eines weitgehend unbeschwerteren Lebens bescheren *kann*.

Transdifferenz vermag diese gleichzeitige Gegensätzlichkeit in der kulturellen Praxis systematisch zu erfassen. Allerdings ist sie nicht die einzige – und sie kann es auch nur auf der Grundlage einer Kenntnis der Fachdiskurse, in diesem Fall der Medizin, der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie und sofern sie sich methodisch bei benachbarten Wissenschaften bedient: der Ethnologie, aus der *Werkzeugkiste der Cultural Studies* (vgl. Göttlich, Mikos & Winter, 2001), der Kulturwissenschaften oder der Soziologie. Diese kommen in der Analyse zu weitgehend ähnlichen Ergebnissen (vgl. Kalitzkus, 2003; Manzei, 2003; Wiebelfanderl, 2003; Hauser-Schäublin et al., 2001).

Damit ist noch einmal die Ebene der Analyse gesellschaftlicher Konstruktionen von Wahrheit und ihrer inneren Differenzierung angesprochen. Die Transplantationsmedizin basiert auf einem biomedizinisch-naturwissenschaftlichen Diskurs über den menschlichen Körper, der ein diametral anderes Verständnis und andere Praktiken erfordert, als es der alltagsweltliche an den Intuitionen und traditioneller symbolischer Kommunikation orientierte Diskurs tut. Es ist wichtig zu sehen, dass mehr oder minder alle Beteiligten von beiden Diskursen betroffen sind. So rationalisieren Organempfänger die klinische Prozedur sowie ihre anschließende lebenslange medizinische Kontrolle, um in diesem Programm überhaupt verbleiben zu können. Zugleich machen viele sich aber auch Gedanken über Fremdempfinden, sie sprechen von Ekel hinsichtlich des fremden Stückes Fleisch im eigenen Körper, empfinden Angst, Scham und Schuld oder beladen das fremde Objekt mit entsprechenden Projektionen. Auch die Angehörigen der Organspender verweisen in den Unter-

suchungen darauf, dass beide Momente sie durchziehen: biomedizinisch rationalisierende Argumentationen, wie die, dass der Tod des Organ-spenders durch die Spende noch einen Sinn erhält, dass sie anderen Menschen vergleichbare Trennungsschmerzen ersparen könnten. Aber auch sie sind getragen von Gedanken, wie dem, dass ihre Angehörigen in fremden Menschen nun noch weiter leben. Sie haben Angst, über den Angehörigen unangemessen verfügt zu haben, oder sie haben durch die medizinische Prozedur von dem Toten nicht angemessen Abschied nehmen können und machen sich selbst Vorwürfe oder überlegen, ob die Organentnahme den Verstorbenen nicht in einem Maße verstümmelt haben könnte, die für das Weiterleben seiner Seele problematisch sein könnte (vgl. KAO, o.J.).

Manzei sieht hier mehrere Diskurse und warnt davor, den politischen Diskurs zur Transplantationsmedizin zu schnell durch Moralisierung zu überspielen (Manzei, 2003, S. 259f.). Sie fordert eine kritische Auseinandersetzung mit der Technologie auf drei Ebenen: 1) Wissensanalyse, 2) Gesellschaftsanalyse, 3) Konzeptanalyse. Zur Recht betont sie, dass die Technologie der Transplantationsmedizin den Bios zur Voraussetzung habe, den sie selbst nicht schaffen könne: »Die Transplantationsmedizin kann die leib-körperliche Existenz des Menschen erhalten, herstellen kann sie sie nicht« (ebd., S. 260). Die Nicht-Identität von Mensch und Biomacht sei die Grenze und der Ausgangspunkt für eine Kritik (ebd., S. 261). Hier lässt sich aus ›transdifferenter Perspektive‹ anknüpfen: Allolio-Näcke und Kalscheuer haben in ihrem Ausblick auf eine Kulturtheorie der Transdifferenz gefordert, dass diese sich auch dem nähern müsse, »was im Sein des Erkennbaren existiert« (2005, S. 446). Die hier implizierte (schwache) Ontologie, die jenseits der sozialen Konstruktionen nach den Bedingungen der Möglichkeit einer leib-körperlichen Existenz fragt, schließt den Raum für eine Ethik auf, die das kulturell Bestimmte und Konstruierte als normativ freilegt und kritisierbar und begründungspflichtig macht. Zu Recht macht Manzei darauf aufmerksam, dass das Bild vom Menschen, welches wir phänomenologisch vom Menschen erheben immer schon durch unsere kulturellen Normen präformiert ist; es gibt keine kontextfreie, medizinisch neutrale Deutung, sondern immer nur

kulturelle, kontextbezogene Deutungen der menschlichen Existenz. – Es ist für mich eine offene Frage, wie weit eine Kulturtheorie der Transdifferenz sich Fragen des Normativen öffnen muss; ob dies nicht sogar zwingend erforderlich ist, wenn sie Ernst macht mit der kulturell-normativen Präformierung aller Deskription und Heuristik.

Transdifferenz und der Transplantationsdiskurs

Der Transplantationsdiskurs ist dominiert von positiven, erfolgreichen Bildern derer, die mit den ›geschenkten‹ Organen ein ›neues‹ Leben beginnen. Die Aufklärungsbroschüren der Verbände betonen den Aspekt der Normalität, die gravierenden Nebenfolgen werden weitgehend verschwiegen (vgl. Kalitzkus, 2003, S. 96). Der Tod des einen wird in neues Leben des anderen überführt; das übertragene Organ wird zu einer *Metapher des Lebens*. Die Transplantationsmedizin lässt sich als kulturelle Metapher für den Umgang mit Leben und Tod begreifen (vgl. Konersmann, 2004). Im Fall der Transplantationsmedizin lässt sich der kulturelle Wandel in einem überschaubaren Zeitraum von kaum fünfzig Jahren sehr gut überblicken. Der Wandel im Verständnis von Leben, Tod, Körper und Leib des Menschen verweist auf den temporalen Aspekt des Geschehens. Es ist nicht einfach so, dass eine kulturelle Einstellung einem mechanischen Schalter gleich von dem Zustand X auf den Zustand Y umgelegt würde. Vielmehr verändern sich die Strukturen in der Gesellschaft (in diesem Falle die Gesetze zur Transplantation und Organspende) und die Handlungen der Menschen in diesen Strukturen in einem komplizierten Wechselverhältnis. Anthony Giddens hat mit seiner Theorie der Strukturierung einen theoretischen Ansatz bereitgestellt, um dieses Wechselverhältnis zu konzeptualisieren (vgl. Giddens, 1992). Margaret Archer hat Giddens Ansatz um den temporalen Aspekt wesentlich erweitert und erlaubt mit ihrem morphogenetischen Ansatz einer *Realist Social Theory* die Komplexität sozialen Wandels zu beschreiben (Archer, 1995; vgl. Allolio-Näcke & Kalscheuer, 2005, S. 447f.). Ihr Ansatz beschreibt das Wechselspiel zwischen Struktur und Handlung in einem oder mehreren Zyklen und erklärt so, wie Strukturen auf das Handeln einwirken und

gleichzeitig Handlungen die Strukturen verändern. Hierbei kommen die verschiedenen Akteure mit ihren verschiedenen Zielen und sie leitenden (kulturellen) Vorstellungen in den Blick. Die Zeit integriert sie, indem sie den sozialen Wandel als Prozess über verschiedene Intervalle (1. Ausgangsbedingungen, 2. Soziale Interaktion, 3. Strukturelle Weiterentwicklung oder Reproduktion) analysiert und das Ergebnis der sozialen Interaktion als *Morphogenese*, also systemverändernde Prozesse bzw. als *Morphostase*, also systemstabilisierende Prozesse versteht. Dieses Ergebnis ist dann wiederum struktureller Ausgangspunkt für einen neuen Zyklus sozialer Interaktion (vgl. Archer, 1995, bes. S. 157ff.).

In der Debatte um das Konzept der Transdifferenz hat der *temporale Index* von Anbeginn an eine wichtige Rolle gespielt. Wie es Klaus Lösch programmatisch formuliert hat: »Transdifferenz [...] bezeichnet Situationen, in denen die überkommenen Differenzkonstruktionen auf der Basis der binären Ordnungslogik gleichsam ins Schwimmen geraten und in ihrer Gültigkeit *temporär* suspendiert werden; ohne dass sie damit endgültig dekonstruiert würden« (2005, S. 27). Im temporal Aufscheinenden wird das Transdifferente erkennbar, während im »Normalfall« die Orientierung über die binären Oppositionen praktiziert wird.

Bezogen auf die Debatte um die Transplantationsmedizin liegt es nahe, den eindeutig uneindeutigen Status des »Hirntoten« als ein transdifferentes Moment zu identifizieren. Die einfache Alternative »lebend« oder »tot« wird aufgebrochen und es scheint ein Drittes und Uneindeutiges auf, nämlich ein »lebender Toter« oder ein »toter Lebender«, der sich den gängigen Ordnungsmustern entzieht. Keine Frage, dieser Zwischenzustand ist nur möglich durch die heutige Medizintechnik – und deshalb fordert diese Technik dann auch kulturelle Konzepte, um das Uneindeutige wieder zu vereindeutigen und bearbeiten zu können. Doch lässt sich das Uneindeutige, Transdifferente, das sich zum Beispiel im »kulturellen Unbehagen« an der Praxis im Umgang mit »Hirntoten« manifestiert, nicht mehr aus der Welt schaffen. Was hier ausgeschlossen werden soll, nämlich der Zweifel am Tod des Toten, lässt sich aus transdifferenter Perspektive nicht mehr ausschließen: »Die ausgeschlossenen Möglichkeiten können niemals *ausgelöscht* werden, sondern lediglich mit der gewählten Mög-

lichkeit *überschrieben* werden. Das Unterdrückte bleibt damit im Sinne eines Palimpsests präsent und die ausgeschlossenen Alternativen könnten rekonstruiert und reartikuliert werden« (Lösch, 2005, S. 30).

Kalitzkus (2003, S. 62ff.) betont, dass der Streit um den Hirntod von beiden Seiten, den alltagsweltlich und den biomedizinisch Argumentierenden, als ein Streit um *die* Wirklichkeit geführt werde; beide Seiten vergrößern darüber, dass es sich hierbei um eine kulturelle Konzeption handle. Allerdings hat eine solche Konzeption weit reichende praktische Implikationen. Welchen Status hat dieser lebende Tote? Kann vom Tod eines Teils des menschlichen Organismus, nämlich des Hirns, auf den Tod der ganzen Person geschlossen werden (vgl. Römelt, 1997; Türk, 1997)? Ist das Hirn das Hauptorgan, das alle wesentlichen Lebensfunktionen und Identitätsmerkmale komprimiert repräsentiert (vgl. Hagner, 2000)? Erlaubt schon ein Teilhirntod (Ausfall der Großhirnrinde) einen Rückschluss auf den Tod des Menschen und damit eine Organentnahme – wie etwa in den USA (vgl. Zaner, 1988)?

Es existieren etwa 30 verschiedene HTK. Kulturelle Einstellungen bestimmen das Wahrnehmen, Urteilen und Handeln in einer solchen Situation, was die wissenschaftliche Objektivität angesichts der faktischen Praktiken wenn nicht völlig konterkariert, so doch empfindlich einschränkt auf das Maß einer diskursiven Strategie oder eines pragmatischen Arrangements.

Aus transdifferenter Perspektive lässt sich eine solche diskursive Strategie als ein Effekt in der gesellschaftlichen Produktion von Wahrheit durch Unterscheidungen verstehen: Die Deutungshoheit der Medizin, die vorgibt, angeben zu können, wann ein Mensch tot ist, resultiert aus einer gesellschaftlichen Arbeits- und Machtteilung. Damit werden oberflächlich betrachtet Distinktionsgewinne und Handlungsoptionen verbucht, die aber keineswegs einhellig geteilt werden, sondern eben erst transdifferente Zustände produzieren.

Es mag sein, dass unsere Gesellschaft eines Tages ihre kulturellen Vorbehalte gegenüber einer materialen Weiterverwertung von Körpern hirntoter Menschen völlig aufgeben wird, dass der Hirntod als ›normaler‹ und ›richtiger‹ Tod gelten wird und die heute noch üblichen Pietäts-

vorstellungen gegenüber einem Leichnam als antiquiert und überwunden angesehen werden. Dann, aber auch erst dann wäre das Transdifferente, Uneindeutige obsolet. In der Zwischenzeit bleibt das ausgeschlossene Dritte mindestens untergründig präsent und stellt für den um Eindeutigkeit bemühten Diskurs beständig eine Bedrohung dar.

Die Theorie Archers bietet in Kombination mit dem Konzept der Transdifferenz ein sehr brauchbares Instrumentarium, um den sozialen Wandel zu beschreiben. Archers Theorie bietet einen Rahmen, um die Mikrophysik des sozialen Wandels genauer in den Blick zu nehmen. Im Phänomen der Transdifferenz wird diese Mikrophysik noch einmal kleinteiliger und präziser erfasst. Es geht nicht allein darum, ob und wie sich ein bestimmter medizinisch-technischer Kreis mit seiner Deutung von Tod, Körper, Organ durchsetzt. Es geht ebenso darum, welche kulturellen Muster wie überschrieben werden – und trotzdem das nunmehr Unterdrückte, z. B. dass ein Toter noch nicht tot ist, solange sein Herz noch schlägt, aus der kulturellen Praxis und dem kulturellen Gedächtnis nicht völlig verbannt werden kann. Kulturhermeneutisch interessant ist es nun, wie dieser ›Zwischenraum‹ an der verschobenen Grenze gefüllt wird. Es handelt sich um eine Grenze im metaphorischen Sinne, die ebenso wie territoriale Grenzen eine zweifache Bedeutung hat: Grenze als Barriere, Grenze als Berührungs- und Begegnungszone (vgl. Burke, 2005, bes. S. 171-174). Eine Grenze im Sinne einer Barriere ist die Unterscheidung von tot und lebend in dem Sinne, dass in einer Gemeinschaft unterschieden werden muss zwischen denen, die als Lebende noch Mitglieder dieser Gemeinschaft sind, und denen, die als Tote nicht mehr dazu gehören, gleichwohl aber noch gewisse Rechte oder Verehrung genießen. Diese Grenze ist notwendig für die Ordnung einer Gesellschaft. Gleichzeitig ist diese Grenze verschiebbar, wie das Beispiel der Hirntoddiagnostik zeigt. Aber auch die verschobene Grenze ist immer noch eine Grenze, die nicht beliebig überschritten werden kann. Die im Transplantationsgesetz verankerten Bestimmungen lassen keinen Zweifel daran, dass diese Grenze gilt und nur unter Wahrung dieser Grenze das Zusammenleben in der Gemeinschaft funktionieren kann. Andernfalls wäre unklar, ob eine Organentnahme nicht doch eine Körperverletzung oder sogar ein Tötungs-

delikt darstellt. Unsicher wäre dann auch, welche Menschen noch zu den Lebenden zu zählen sind und welche Ansprüche ihnen oder ihren Angehörigen daraus erwachsen. Eine Grenze ist aber auch eine Kontaktzone, in der verschiedene kulturelle Konzepte aufeinander stoßen und sich neue Konzepte aushandeln lassen. Wieweit es sich dabei um annähernd symmetrische Konstellationen handelt oder eher um einen hegemonialen Diskurs, der eine marginalisierte Position im Schlepptau mit sich führt, ist dann eine notwendige weitere Frage. Das Konzept der Transdifferenz bietet gerade für asymmetrische Konstellationen (vgl. Allolio-Näcke & Kalscheuer, 2005, S. 449) überaus nützliche *Bausteine für eine Kulturtheorie der Transdifferenz*, die als solche noch zu formulieren ist.

Ausblick

Der skizzenhafte Überblick über den aktuellen Diskurs der Transplantationsmedizin und seine kulturhermeneutische Analyse hat gezeigt, dass das Konzept der Transdifferenz durchaus leistungsfähig ist, in den beschriebenen Phänomenen weitere hilfreiche Differenzierungen einzuführen, die Differenzen der Differenzen gleichsam zu Tage zu fördern und so in der Re- und Dekonstruktion des Diskurses und seiner Begriffe wie etwa ›Mangel, Bedarf, Spende, Gabe, Leben, Tod, Angebot, Nachfrage‹ (vgl. Scheper-Hughes, 2002, S. 282) den Blick auf das Neue und Andere zu weiten. Zugleich bleibt diese erweiterte Perspektive, in der nun gerade auch die befremdlichen und problematischen Aspekte des kulturellen Wandels erkennbar werden, allerdings blind, sofern sie keinen Begriff von Normativität entwickelt oder diesen von anderen Theorien entlehnt. Wie will sie sonst das, was sie vorgibt zu beobachten, tatsächlich beobachten?

Weiterhin wird eine Kulturtheorie der Transdifferenz nicht ohne eine ›Werkzeugkiste‹ sozialwissenschaftlicher Werkzeuge und Methoden auskommen. Gerade dort, wo sie die sozialen Phänomene vor Ort und Stelle beobachten und beschreiben und nicht nur aus der Literatur re- und dekonstruieren will, wird sie auf eine Zusammenarbeit mit Ethnologie, Soziologie, aber auch der Medizin oder den technischen Wissenschaften nicht verzichten können. Das hier vorgeführte Material ist ohne das Kon-

zept der Transdifferenz in den Blick gekommen; allerdings bietet dieses die Chance, solche Phänomene nicht auf paradoxe Formulierungen zu reduzieren oder sie parataktisch zu addieren. Die Transdifferenz macht ›das Ganze‹ als ein dynamisches und prekäres Ereignis konzeptualisierbar – ohne damit schon alles gesagt haben zu wollen. Aber das wird dann immerhin klar gesagt und bietet die Ausgangsbasis für weitere Fragen – in diesem Fall für die ganz fundamentale Frage, was denn der Mensch ist und nicht nur sein will.

► Anmerkungen

- 1 Es ist interessant, dass zum volkswirtschaftlichen Nutzen und Kosten der Organspende keine Evaluationen vorliegen.

► Literatur

Allolio-Näcke, Lars, Kalscheuer, Britta & Manzeschke Arne (Hrsg.). (2005). *Differenzen anders denken. Bausteine zu einer Kulturtheorie der Transdifferenz*. Frankfurt am Main: Campus.

Allolio-Näcke, Lars & Kalscheuer, Britta (2005). Bausteine zu einer Kulturtheorie der Transdifferenz – Resümee und Ausblick. In Lars Allolio-Näcke, Britta Kalscheuer & Arne Manzeschke (Hrsg.), *Differenzen anders denken. Bausteine zu einer Kulturtheorie der Transdifferenz* (S. 443-453). Frankfurt am Main: Campus.

Angstwurm, Heinz (2003). Tod und sichere Todesfeststellung vor der Organtransplantation. In Fuat S. Oduncu, Ulrich Schroth & Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.), *Transplantation. Organgewinnung und -allokation* (S. 28-35). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Archer, Margaret (1995). *Realist Social Theory: The morphogenetic approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baudrillard, Jean (1982). *Der symbolische Tausch und der Tod*. München: Matthes & Seitz.

Baureithel, Ulrike & Bergmann, Anna (1999). *Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende*. Stuttgart: Klett-Cotta

Bergmann, Anna (2004). *Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod*. Berlin: Aufbau.

- Braun, Ingo (1996). Das Netzkombinat. Zur Struktur und Dynamik im Transplantationswesen. In Bernward Joerges (Hrsg.), *Körper-Technik. Aufsätze zur Organtransplantation* (S. 139-182). Berlin: Edition Sigma.
- Breinig, Helmbrecht & Klaus Lösch (2002). Introduction: Difference and Transdifference. In Helmbrecht Breinig, Jürgen Gebhardt & Klaus Lösch (Eds.), *Multiculturalism in Contemporary Societies: Perspectives on Difference and Transdifference* (p. 11-36). Erlangen: Universitätsbund. (= Erlanger Forschungen: Reihe A, Geisteswissenschaften, Bd. 101).
- Breyer, Friedrich, Daele, Wolfgang von, Engelhard, Margret, Gubernatis, Gundolf, Kliemt, Hartmut, Kopetzki, Christian, Schlitt, Hans Jürgen & Taupitz Jochen (2006). *Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?* Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Burke, Peter (2005). *Was ist Kulturgeschichte?* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Helmut Fahrenbach (1973). Art. »Mensch« In Hermann Krings, Hans Michael Baumgartner & Christoph Wild (Hrsg.), *Handbuch philosophischer Grundbegriffe, Bd. 4* (S. 888-912). München: Kösel.
- Foucault, Michel (2002). Andere Räume. In Karlheinz Barck, Peter Gente, Heidi Paris & Stefan Richter (Hrsg.), *Aisthesis. Wahrnehmung heute oder Perspektiven einer anderen Ästhetik* (S. 34-46). Leipzig: Reclam.
- Gadamer, Hans-Georg (1972). Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie. In ders. & Paul Vogler (Hrsg.), *Neue Anthropologie. Bd.1: Biologische Anthropologie Erster Teil* (S. IX-XXXVII). Stuttgart/München: Thiemé/dtv.
- Giddens, Anthony (1992). *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt am Main: Campus
- Gloy, Karen (1995). *Die Geschichte des wissenschaftlichen Denkens. Die Geschichte der Natur*. München: C. H. Beck.
- Göttlich, Udo, Mikos, Lothar & Winter, Rainer (Hrsg.). (2001). *Die Werkzeugkiste der Cultural Studies. Perspektive, Anschlüsse und Interventionen*. Bielefeld: transcript.
- Hagner, Michael (2000). *Homo cerebralis – Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn*. Frankfurt am Main/Leipzig: Insel.
- Hauser-Schäublin, Brigitta, Kalitzkus, Vera, Petersen, Imme & Schröder Iris (2001). *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt am Main: Campus.
- Horatschek, Annegreth (2001). Art. »Körper/Leib«. In Metzler *Lexikon Literatur- und Kulturtheorie. Ansätze – Personen – Grundbegriffe* (S. 312f.). Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler.

- Illich, Ivan (1995). *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München: C. H. Beck
- Kalitzkus, Vera (2003). *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie*. Frankfurt am Main: Campus.
- Kamper, Dietmar & Wulf, Christoph (1994). Einleitung: Zum Spannungsfeld von Vervollkommnung und Unverbesserlichkeit. In dies. (Hrsg.), *Anthropologie nach dem Tode des Menschen. Vervollkommnung und Unverbesserlichkeit* (S. 7-12). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- KAO (= Kritische Aufklärung über Organtransplantation) (o. J.). *Organspende – die verschwiegene Seite. Eltern, die ihre Kinder zur Organentnahme freigegeben haben, berichten*.
- Keitel, Christoph & Allolio-Näcke, Lars (2005). Erfahrungen der Transdifferenz. In Lars Allolio-Näcke, Britta Kalscheuer & Arne Manzeschke (Hrsg.), *Differenzen anders denken. Bausteine zu einer Kulturtheorie der Transdifferenz* (S. 104-117). Frankfurt am Main: Campus.
- Klein, Martin (1995). Hirntod: Vollständiger und irreversibler Verlust aller Hirnfunktionen? *Ethik in der Medizin*, 7, 6-15.
- Konersmann, Ralf (2004). Kultur als Metapher. In ders. (Hrsg.), *Kulturphilosophie* (S. 327-354). Leipzig: Reclam.
- Lenzen, Dieter (1997). Art. »Krankheit und Gesundheit«. In: Christoph Wulf (Hrsg.), *Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie* (S. 885-891). Weinheim: Beltz.
- Lindemann, Gesa (2002). *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*. München: Fink.
- Lösch, Klaus (2005). Begriff und Phänomen der Transdifferenz: Zur Infragestellung binärer Differenzkonstrukte. In Lars Allolio-Näcke, Britta Kalscheuer & Arne Manzeschke (Hrsg.), *Differenzen anders denken. Bausteine zu einer Kulturtheorie der Transdifferenz* (S. 26-49). Frankfurt am Main: Campus.
- Manzei, Alexandra (2003). *Körper – Technik – Grenzen. Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin*. Münster/Hamburg/London: LIT.
- Marquard, Odo (1971). Art. »Anthropologie«. In Joachim Ritter & Karlfried Gründer (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 1* (S. 362-374). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Mauss, Marcel (1999). *Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Münk, Hans J. (2002). Das Gehirntodkriterium (HTK) in der theologisch-ethischen Diskussion um die Transplantationsmedizin (TPM) – Forschungsbericht zur Rezeption des HTK in der deutschsprachigen theologischen Ethik. In, ders. (Hrsg.),

- Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext* (S. 105-173). Freiburg/Schweiz: Paulus.
- Nagel, Eckhard & Schmidt, Petra (1996). *Transplantation. Leben durch fremde Organe*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Reiter, Johannes (2005). Vom partialen Selbstmord zur Liebestat. Moraltheologische Erwägungen zur Organlebendspende. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 10, 87-113.
- Rixen, Stephan (1999). Ist die Hirntodkonzeption mit der Ethik des Grundgesetzes vereinbar? Anmerkungen zum offenen Menschenbild des Grundgesetzes. In Eve-Marie Engels (Hrsg.), *Biologie und Ethik* (S. 346-378). Stuttgart: Reclam.
- Römelt, Josef (1997). Hirntod und Organspende. Ethische Probleme der Transplantationsmedizin. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 43 (1), 3-16.
- Scharfe, Martin (2003). Wiedergänger. Die Lebenden sterben, die Toten leben – Anmerkungen zu einer flüssigen Kultur-Grenze. In Johanna Rolshoven (Hrsg.), *Hexen, Wiedergänger, Sans-Papier. Kulturtheoretische Reflexionen zu den Rändern des sozialen Raums* (S. 66-90). Marburg: Jonas.
- Scheper-Hughes, Nancy (2002). The Global Traffic in Human Organs. In Jonathan Xavier Inda & Renato Rosaldo (Eds.), *The Anthropology of Globalization. A Reader* (S. 270-308). Oxford: Blackwell.
- Striebel, Hans-Walter & Link, Jürgen (Hrsg.). (1991). *Ich pflege Tote. Die andere Seite der Transplantationsmedizin*. Basel/Baunatal: Recom.
- Türk, Hans Joachim (1997). Der Hirntod in philosophischer Sicht. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 43 (1), 17-29.
- Wiebel-Fanderl, Oliva (2003). *Herztransplantation als erzählte Erfahrung. Der Mensch zwischen kulturellen Traditionen und medizinisch-technischem Fortschritt*. Münster/Hamburg/London: LIT.
- Wulf, Christoph (2004): *Anthropologie. Geschichte – Kultur – Philosophie*. Reinbek: Rowohlt.
- Zaner, Richard (1988). *Death: Beyond whole-brain criteria*. Dordrecht: Kluwer.
- Zander, Helmut (1999). *Geschichte der Seelenwanderung in Europa. Alternative religiöse Traditionen von der Antike bis heute*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.