

Gewalt des Todes - Bemächtigung des Lebens: die Transplantationsmedizin und die Bestimmung des Todes

Manzei, Alexandra

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Manzei, A. (2000). Gewalt des Todes - Bemächtigung des Lebens: die Transplantationsmedizin und die Bestimmung des Todes. *Sozialwissenschaftliche Informationen*, 29(2), 88-95. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:ssoar-311671>

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>

Gewalt des Todes – Bemächtigung des Lebens

Die Transplantationsmedizin und die Bestimmung des Todes

Ausgangspunkt dieser kritischen Reflektionen über die Grenzen im Kampf moderner „Life Sciences“ gegen die Gewalt des Todes ist die Beobachtung, wie die technisch-medizinischen Möglichkeiten den ethischen Diskursen und Normierungen vorausseilen. Ausgehend vom Beispiel des „Hirntodes“ wird gezeigt, wie neue Existenzweisen „zwischen Leben und Tod“ geschaffen worden sind, deren moralische, rechtliche und sozialpolitische Verarbeitung durch die gesellschaftlichen Akteure noch kaum geleistet worden ist. Der Beitrag wird zu einem kritischen Plädoyer gegen unbefragte normative Setzungen von „Gesundheit“ als letztem Wert und erinnert gegenüber den Einschränkungen einer technisch-medizinischen Rationalität an die prekäre Möglichkeit, im Umgang mit dem eigenen Tod die letzte Chance wahrzunehmen, das eigene Leben zu gestalten. (G. H.)

Ob in populärwissenschaftlichen oder medizinischen Texten, in der Regel ist der erste Satz einer jeden Auseinandersetzung mit der Transplantationsmedizin ihrer moralischen Legitimation gewidmet. Was dann folgt, muss nicht unbedingt in direktem Bezug zum therapeutischen Nutzen stehen. Vielmehr lässt sich heute nahezu jede Forschung, die im weitesten Sinne medizinischen Interessen dient, durch das ‚Organmangel-Argument‘ oder die Feststellung, ‚Gesundheit sei unser höchstes gesellschaftliches Gut‘, rechtfertigen (vgl. Beck-Gernsheim 1995, Schneider 1999, S. 143).

Ein zentrales Problem, welches die Transplantationsmedizin seit ihrer Entstehung am Ende des 19. Jahrhunderts veranlasst, sich systematisch gesellschaftlich und moralisch zu legitimieren, sind die sozialen und medizinischen Grenzüberschreitungen. Heute ebenso wie vor hundert Jahren stellen die medizinisch-technischen Möglichkeiten der Organtransplantation alltagsweltliche und medizinische Vorstellungen von Leben und Sterben, Krankheit und Gesundheit in Frage. Sie führen damit zu einem veränderten gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit und Tod. Einige der heute noch relevanten Fragen der Transplantationsmedizin, wie die nach der Herkunft der Transplantate, der Erprobung neuer Therapiemethoden an Mensch und Tier und der Einwilligung von Spendern

und Empfängern waren bereits in den 1920er Jahren Gegenstand gesellschaftlicher Auseinandersetzungen (vgl. Schlich 1998, S. 1999 ff).

Grenzüberschreitungen, wie beispielsweise die Verschiebung von Anfang und Ende des Lebens, sind es jedoch nicht allein, die die Praxis der Transplantationsmedizin einem starken gesellschaftlichen Legitimationsdruck aussetzen. Vielmehr verändert die Anwendung neuer Technologien in der Medizin den sozialen Umgang mit Krankheit und Tod, lange bevor diese Praxis gesellschaftlich legitimiert wird. Ein Beispiel für dieses gesellschaftsverändernde Potenzial der Medizin ist die Institutionalisierung des Hirntodes als Tod des Menschen und als Voraussetzung der Organentnahme im Transplantationsgesetz von 1997.

Die Modernisierung des Todes

Seit 1997 gibt es in Deutschland eine bundesweit einheitliche gesetzliche Regelung „über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen“, das *Transplantationsgesetz (TPG)*.

Mit der Verabschiedung des TPG wurde eine Todesvorstellung legalisiert, die das Leben des Menschen an der Funktionsfähigkeit seines Gehirns ausrichtet. In § 3 werden Menschen als tot definiert, deren Gehirnfunktionen nach dem Stand medizinischer Wissen-

schaft nicht mehr messbar sind, während ihr Körper warm und durchblutet ist, die Glieder beweglich sind, das Herz schlägt und die Atmung mit Hilfe maschineller Unterstützung aufrechterhalten wird. Dieser Zustand wird als *Hirntod* bezeichnet und gilt als medizinische und rechtliche Voraussetzung zur Organentnahme.

Diese ausschließlich am Ausfall der Gehirnfunktionen orientierte Todesvorstellung lässt sich durch sinnliche Wahrnehmung nicht mehr feststellen und kann nur durch Mediziner diagnostiziert werden. Damit wird ein Umgang mit dem Tod in Frage gestellt, der seit der Begründung der Medizin als Erfahrungswissenschaft durch *Hippokrates* (ca. 460–370 v. Chr.) und *Claudius Galenus von Pergamon* (129–199 n. Chr.) in der abendländischen Tradition Gültigkeit besaß. Als Merkmale des Todes galten die für jeden Menschen sinnlich wahrnehmbare Leichenstarre, die Kälte des Körpers, die fehlende Atmung und das nicht mehr vorhandenen Schlägen des Herzens (vgl. Ariés 1991).

Entscheidend ist nun, dass so genannte Hirntote, also Menschen mit ‚abgestorbenem‘ Gehirn und lebendigem Körper nicht existierten, bevor in den 50er und 60er Jahren die technologisch-pharmazeutischen Möglichkeiten entwickelt wurden, um Menschen nach einem Herz- und Atemstillstand zu reanimieren und künstlich zu beatmen. Folge der Reanimation war und ist allerdings häufig, dass das auf Sauerstoffmangel sehr empfindlich reagierende Gehirn nicht mehr wiederbelebt werden kann, während die Herz-Kreislauffunktion und die inneren Organe wieder ‚in Gang kommen‘. Zunächst wurde dieser Zustand jedoch keineswegs mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt, sondern als irreversibles Koma (*coma dépassé*) bezeichnet (vgl. Hoff/In der Schmitzen 1994, Manzei 1997, S. 17 ff.).

Das heißt, durch einen bestimmten Stand der technischen Entwicklung in der Medizin wurden ‚Existenzweisen menschlichen Lebens‘ geschaffen, die es zuvor nicht gab. Damit wurden die Grenzen des Lebens verschoben und alltagsweltliche Vorstellungen von Sterben und Tod in Frage gestellt.

In den folgenden Jahren etablierte sich der Hirntod in Form einer ärztlichen standes-

rechtlichen Regelung als medizinische Voraussetzung der Organentnahme und wurde zu einer wesentlichen Voraussetzung der Transplantationsmedizin. Erst 25 Jahre nach dieser Entwicklung kam es anlässlich der Schwangerschaft einer hirntoten Patientin zu einer bundesweiten öffentlichen Auseinandersetzung und später zu einer gesetzlichen Regelung der Organspende (vgl. Archiv für Sozialpolitik 1993, Manzei 1997).

Die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen ernsthaft in Frage zu stellen, hätte zugleich die Praxis der Organtransplantation grundsätzlich in Frage gestellt. Folglich wurde diese Regelung im TPG von 1997 übernommen und die bestehende transplantationsmedizinische Praxis legalisiert.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass das gesellschaftsverändernde Potenzial moderner Medizin *soziale Entscheidungs- und Handlungsprozesse* beeinflusst, lange bevor eine politische oder moralische Auseinandersetzung über die Möglichkeiten und Grenzen der Medizin stattgefunden hat. Anstatt sich auf der politischen Ebene kritisch mit dem Für und Wider des medizinisch-technischen ‚Fortschritts‘ auseinander zu setzen, hinkt die gesellschaftliche Diskussion seinen Folgen hinterher und legitimiert ex post die bestehende Praxis. Ulrich Beck hat dieses Machtpotenzial der modernen Medizin bereits 1986 als „Subpolitik der Medizin“ bezeichnet (Beck 1986, S. 329 ff.).

Strategien der Konfliktvermeidung

Es sind also nicht allein die Grenzüberschreitungen der Transplantationsmedizin, die einen hohen Legitimationsdruck erzeugen. Denn offensichtlich versetzt nicht jede Grenzüberschiebung der Organspende die Medizin unter den Druck, sich rechtfertigen zu müssen, und umgekehrt erfolgt nicht jede Legitimation aufgrund der Überschreitung sozialer und medizinischer Grenzen.

Es fragt sich also, welche weiteren Gründe existieren, die die Transplantationsmedizin einem starken Rechtfertigungsdruck aussetzen. Ein entscheidender Grund liegt wohl darin, dass die Transplantationsmedizin in

ihrer Praxis sowohl medizinisch als auch organisatorisch wesentlich auf die Mitwirkung *nicht medizinischer Akteure* angewiesen ist. Um diese zu erreichen, muss sie sich nach außen konfliktfrei und vertrauenserzeugend darstellen.

Eine zentrale Voraussetzung ist dabei die Möglichkeit der uneingeschränkten Verfügung über Spenderorgane und -gewebe. Nur wenn sie über eine ‚ausreichende‘ Menge an Organen verfügt, die schnell und sicher verteilt werden, kann sie sich auf das für eine erfolgreiche Implantation zentrale Problem der *Abstoßung von Fremdgewebe* einstellen. Erst mit Hilfe eines weltweit vernetzten Computersystems, gut ausgebauten Transport- und Verkehrswegen, elaborierten Entnahme- und Kühltechniken und durch eine medikamentöse Unterdrückung des Immunsystems ist es heute möglich, Organe in einem Aktionsraum von mehreren Ländern so zu verteilen, dass eine hohe Kompatibilität von Spender- und Empfängergewebe gewährleistet werden kann (vgl. Feuerstein 1995 und Siegmund-Schulze 1998).

Dennoch werden auch gegenwärtig noch alle Organe früher oder später abgestossen: Beispielsweise ‚funktionierten‘ 1995 (je nach der ursprünglichen Übereinstimmung von Spender- und Empfängergewebe) nach fünf Jahren noch 50–70 % aller verpflanzten Nieren. Der Funktionsverlust des Organs führt zur Abstoßung des Organs und hat den Tod des Empfängers zur Folge, sofern nicht eine erneute Transplantation (Re-Transplantation) durchgeführt wird. Im gleichen Jahr betrug die Re-Transplantationsrate für eine zweite Niere 13 % und für eine dritte Niere 2 % am Gesamtanteil aller Nierentransplantationen – mit steigender Tendenz: 1997 betrug die Re-Transplantationsrate für eine zweite Niere 14 % und für eine dritte Niere 3 % (Deutsche Stiftung Organtransplantation 1997).

Entscheidend ist also, dass die Transplantationsmedizin auf eine hohe Anzahl verfügbarer menschlicher Organe angewiesen ist, um eine größtmögliche Kompatibilität von Spender- und Empfängergewebe zu gewährleisten. Dies setzt wiederum eine *erfolgreiche Interaktion* des transplantationsmedizinischen Systems mit seinen externen Akteuren, wie beispiels-

weise potenziellen Organspendern und nicht-transplantierenden Kliniken voraus.

Mit Strategien der Konfliktvermeidung, Angstentlastung und Vertrauensverzeugung wird versucht, eine gelingende Interaktion zu gewährleisten. Denn, so scheint es, nur eine Entproblematisierung des Geschehens garantiert ein erfolgreiches Werben um Spenderorgane. Vor diesem Hintergrund wäre eine Kritik an der Transplantationsmedizin also nicht nur ‚moralisch verwerflich‘, sondern geradezu systemgefährdend.

Moralisierung und Individualisierung

Als zentraler Mechanismus der Vermeidung bzw. Diskreditierung von Kritik fungiert dabei die Erzeugung von *Schuldgefühlen* durch das Organmangel- und das Gesundheits-Argument.

Ersteres unterstellt, es gäbe einen feststehenden Mangel an Organen, der durch die unzureichende Spendebereitschaft geeigneter Organspender erzeugt werde. Und das Gesundheits-Argument bestimmt Gesundheit als den höchsten gesellschaftlichen Wert, dem alle anderen Interessen, Normen und Werte per se nachgeordnet seien. Es gibt jedoch weder einen feststehenden Mangel an Organen noch legitimiert die Behauptung, Gesundheit sei unser höchstes Gut, von vornherein jegliche medizinische Praxis. Die Kombination beider Argumente erzeugt vielmehr bei Menschen, die der Organspende, aus welchen Gründen auch immer, skeptisch gegenüberstehen, in einem doppelten Sinne Schuldgefühle: Zum einen wird den Einzelnen die Schuld am Tod von kranken Menschen angelastet (so genannter ‚Tod auf der Warteliste‘) und zum anderen wird ein egoistisches, eigennütziges Verhalten unterstellt, sofern die eigene Gesundheit für die Betroffenen einen hohen Stellenwert besitzt.

Schuldgefühle werden zusätzlich verstärkt, wenn unterstellt wird, bei bestimmten Krankheiten sei der Organersatz die einzig mögliche Therapieform, zu der es quasi ‚von Natur aus‘ keine Alternativen gäbe.

Dass der chirurgische Ersatz von Organen als therapeutisches Mittel gesehen wird,

komplexe Krankheiten zu behandeln, ist jedoch keineswegs selbstevident. Es setzt vielmehr voraus, dass Organschäden *überhaupt* als Ursachen von Krankheiten angesehen werden. Dies ist erst seit Mitte des 19. Jahrhunderts der Fall. Im Kontext der mittelalterlichen Säftelehre galt beispielsweise demgegenüber ein Ungleichgewicht der Körpersäfte als Ursache von Krankheiten. Ein Austausch von Organen war vor diesem Hintergrund sinnlos. Insofern sind Organtransplantationen auch keineswegs ein alter Traum der Menschheit (vgl. Schlich 1998a, 1998 b).

Die Macht der moralisierenden Argumentation hat jedoch eine so nachhaltige Wirkung, dass nach der Folgerichtigkeit der Argumentation erst gar nicht mehr gefragt wird. Eine Kritik der Transplantationsmedizin findet so in den Medien und öffentlichen Diskussionen nur wenig Raum und letztlich kein Gehör. Die Gründe für den sogenannten ‚Organmangel‘ sind jedoch vielfältig und keineswegs der Verweigerungshaltung einzelner Skeptiker gegenüber der Transplantationsmedizin geschuldet.

„In dem Maße, wie Transplantationen zur dominierenden Behandlungsmethode bestimmter Krankheiten werden, werden andere Therapiemethoden vernachlässigt, die Ursachen von Organschädigungen immer weniger hinterfragt. Diese hängen aber auch mit unserer Gesellschaft zusammen: Umweltgifte, Stress, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, nicht ausgeheilte Infektionen und vieles mehr kann zu schweren Organschädigungen führen.“ (Schneider 1995, S. 33) Und nicht nur soziale Ursachen werden vernachlässigt, auch andere medizinische Heilungsverfahren werden wenig erforscht oder gar nicht erst mit Forschungsgeldern bedacht (vgl. zu alternativen Operationsverfahren bei herzkranken Patienten: Ärzte-Zeitung vom 26. 4. 1999).

Unterstellt man einmal, es gäbe Krankheiten, die ausschließlich durch die operative Einpflanzung eines fremden menschlichen Organs geheilt werden könnten, dann ist die Höhe des ‚Organbedarfs‘ dennoch durch vielfältige organisatorische und systemimmanente Umstände bestimmt. Dazu einige Beispiele:

- Bestimmte organisatorische *Verteilungsmechanismen* führen im Transplantationsystem zu einer Verlängerung der so genannten Warteliste: Je mehr Patienten auf der Warteliste eines Transplantationszentrums stehen, umso größer sind die Chancen, von der zentralen Koordinationsstelle in Leiden/Holland Organe zugeteilt zu bekommen.
- Darüber hinaus gibt es *medizinische Argumente*, die zu einer Verlängerung der Warteliste und damit zu einer Erhöhung des ‚Organmangels‘ führen: Beispielsweise wird rein statistisch die Wahrscheinlichkeit, ein passendes Organ zu finden, durch eine lange Warteliste (viele potenzielle Empfänger) bei gleichzeitig umfangreichem ‚Spenderpool‘ (viele Spender) erhöht. Insofern liegt es durchaus im Interesse der Betroffenen, auf die Warteliste gesetzt zu werden. Paradoxerweise führen zudem medizinische Strategien, die zur Überbrückung der Wartezeit bis zur Transplantation dienen sollen (so genanntes Organbridging, beispielsweise durch den vorübergehenden Einsatz eines Kunstherzens), letztlich zu einer zeitlichen und personalen Verlängerung der Warteliste.
- Zudem kommt nahezu jeder Patient, der einmal ein fremdes Organ erhalten hat, bei der Abstoßung der Transplantats erneut auf die Warteliste zu einer *Re-Transplantation*.
- Nicht zuletzt führt auch der *Rückgang der Unfalltoten* im Straßenverkehr, beispielsweise durch die Einführung von Sicherheitsgurt und Airbag, zu einer sinkenden Anzahl hirntoter Patient:innen und damit zu einem Rückgang an potenziellen Organ Spendern.
- Welche Patienten letztlich in welchem Stadium ihrer Krankheit auf die Warteliste zur Organtransplantation gesetzt werden, hängt nicht nur von medizinischen und organisatorischen Gründen ab, sondern auch von *ökonomischen und moralischen Kriterien*. Für Asylbewerber werden beispielsweise nach dem neuesten Asylbewerberleistungsgesetz ausschließlich medizinisch notwendige Minimaleistun-

gen bezahlt; Organtransplantationen zählen in der Regel nicht dazu. Und Alkoholiker kommen beispielsweise nur dann für eine Lebertransplantation in Frage, wenn sie einen erfolgreichen Entzug durchgemacht haben (vgl. Feuerstein 1995).

Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass es mir hier nicht darum geht zu beurteilen, ob die beschriebenen Mechanismen, die zur Verlängerung der Warteliste bzw. zur Erhöhung des ‚Organmangels‘ führen, für die einzelnen Betroffenen gut oder schlecht, wünschenswert oder abzulehnen sind. Es kommt mir vielmehr darauf an, die *scheinbar eindeutigen* Schuldzuweisungen aufzubrechen, die das Organmangel-Argument suggeriert. Um eine moralische Bewertung abgeben zu können, wäre zunächst eine differenzierte und angstfreie Betrachtung der vielfältigen Zusammenhänge und Probleme der Transplantationsmedizin von Nöten. Diese wird jedoch verhindert, wenn die Vielschichtigkeit des Sachverhaltes auf eine moralische Schuldfrage reduziert wird.

Angesichts der unterschiedlichen Ursachen des so genannten ‚Organmangels‘ ließe sich sinnvoller von einer *chronischen Unterversorgung* der zur Transplantation gemeldeten Patienten sprechen als von einem Mangel an Organen, der durch eine zu geringe Bereitschaft potenzieller Spender verursacht wird. Dies würde den Blick eher auf die vielfältigen Probleme der medizinischen Versorgung von Patienten auf der Warteliste richten, als die Unterversorgung zur moralischen Schuld Einzelner zu stilisieren. Damit wären die Voraussetzungen geschaffen, um die Probleme der Transplantationsmedizin angemessen zu bearbeiten. Denn eines ist heute schon absehbar: Durch ein erhöhtes Spenderaufkommen allein kann die chronische Unterversorgung der zur Transplantation gemeldeten Patienten ohnehin nicht gelöst werden. Selbst wenn sich alle potenziellen Organspender für eine Abgabe ihrer Organe entschieden und deren Verpflanzung medizinisch nichts im Wege stünde (in ca. 30 % aller Fälle liegen medizinische Gründe vor, die eine Verpflanzung unmöglich machen – vgl.

Schneider 1999, S. 157), wäre der Bedarf aufgrund einer steigenden Zahl von Indikationen zur Organübertragung nicht gedeckt. Anders gesagt: Für eine wachsende Anzahl von Erkrankungen werden Organverpflanzungen als das therapeutische Mittel der Wahl angesehen: Beispielsweise wird diskutiert, allen an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) erkrankten Menschen eine neue Bauchspeicheldrüse einzupflanzen; der Bedarf an Bauchspeicheldrüsen würde sich damit vervielfachen. Ein solches Vorgehen würde neben den oben bereits ausgeführten Gründen zu einem exponentiellen Anstieg des Organbedarfs oder besser gesagt zu einer wachsenden Unterversorgung der Patienten führen (vgl. Ärzte-Zeitung vom 19. 4. 1999).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Strategie der Moralisierung sowohl eine angstfreie Auseinandersetzung der Einzelnen mit dem Thema ‚Organspende‘ als auch eine den Problemen der Transplantationsmedizin angemessene gesellschaftliche Auseinandersetzung weitgehend verhindert. Medizinische, juristische, ethische, soziale, ökonomische, wissenschaftspolitische und organisatorische Fragen werden auf die eine, scheinbar einzig relevante Frage reduziert: spenden oder nicht spenden. Damit wird ein relevanter und zunehmend bedeutungsvoller werdender Bereich der Gesellschaft zum moralischen Problem Einzelner verkürzt.

Grenzenlose Bio-Macht?

Um den Dimensionen der Transplantationsmedizin heute gerecht zu werden, reicht es nicht aus, sich auf der Ebene der Moral mit dem Thema auseinander zu setzen. Es besteht vielmehr ein enormer Forschungs-, Aufklärungs-, und Informationsbedarf. Denn längst hat sich dieser Bereich der Medizin von einer Spezialdisziplin der Chirurgie zu einem Teilbereich interdisziplinärer, globaler, biotechnologischer Forschung und Anwendung entwickelt. Während in der transplantationsmedizinischen Öffentlichkeit das Für und Wider der Organspende diskutiert wird, suchen Forscher der unterschiedlich-

sten naturwissenschaftlichen Fachrichtungen gemeinsam nach neuen Lösungen zur Überwindung von Krankheit und Tod. In interdisziplinären Spezialgebieten wie der *Bio-Informatik* und dem *tissue-engineering* arbeiten u. a. Ingenieure, Mathematiker, Molekularbiologen, Chemiker, Informatiker, Neurophysiologen, Materialwissenschaftler und Mediziner daran, die ‚defizitäre körperliche Grundausstattung des Menschen‘ durch die Züchtung biologisch-synthetischer Gewebe und Organe zu ersetzen. „Vor zehntausend Jahren entthob die Entwicklung des Ackerbaus die Menschen von dem Zwang, von dem leben zu müssen, was die Natur von sich aus bot. Die Ersatzteilzüchtung könnte uns eines Tages in analoger Weise von den Unzulänglichkeiten unseres eigenen Körpers befreien.“ (Mooney/Mikos 1999, S. 11)

Auf dem Gebiet des *tissue-engineering* befassen sich Wissenschaftler mit der Züchtung von Organen und Geweben aus lebenden Zellen im Labor. Nicht mehr Fremdtransplantate oder Metallprothesen sollen beschädigte Körperteile ersetzen. Man hofft vielmehr, aus körpereigenen Zellen des Patienten die von ihm benötigten Körperteile herstellen zu können. Für Haut, Knochen, Knorpel, Bänder und Sehnen ist dieses Verfahren bereits heute keine Zukunftsmusik mehr. Das Traumziel der Gewebeingenieure ist jedoch die Herstellung funktionsfähiger innerer Organe. Das sei, so Mikos und Mooney (1999), beispielsweise beim Herzen jedoch erst in zehn oder zwanzig Jahren zu erwarten (vgl. Geisler 1999).

Auf den ersten Blick steht diese Entwicklung der Transplantationsmedizin noch ganz in der Tradition der *Prothesenmedizin* der 60er und 70er Jahre. Auf den zweiten Blick wird dagegen deutlich, dass die Metaphorik der Reparatur oder des Ersetzens eines Funktionsverlustes, wie es für die Anfänge der Organtransplantation gültig war, das Geschehen nur unzureichend beschreibt. Biotechnologische Forschung folgt einer anderen Logik: Es ist die *Herstellung des Lebens* selbst, die sich die transplantationsmedizinische Forschung im Kontext der Biomedizin zum Ziel gesetzt hat. War die Prothesenmedizin noch vom Imperativ der externen Körperbeherr-

schung getragen, so macht sich die Biomedizin die Prozesse des Lebens selbst zu nutze: Leben soll mit Hilfe des Lebens hergestellt werden.

Nach Michel Foucault steht die moderne Medizin bereits seit ihren Anfängen im ausgehenden 18. Jahrhundert unter dem Diktum des Leben-machens: der Normierung, Berechnung, Optimierung und Kontrollierung des Lebens, seiner Herstellung um jeden Preis (vgl. Foucault 1983, 1992, 1993). Mit der Möglichkeit Leichen zum Zwecke medizinischer Erkenntnis zu öffnen, hatte die Medizin den Tod symbolisch überwunden. Indem der „ärztliche Blick“ den Tod bis in die kleinste Zelle des Organismus verfolgen konnte, hatte dieser seinen Schrecken verloren. Mehr noch, der Tod konnte für medizinische Zwecke instrumentalisiert werden. Als letztlich unbeherrschbares, absurdes Ereignis setzte der Tod der Macht zum Leben zwar ihre absolute Grenze und ließ sich insofern nicht überwinden. Er konnte jedoch in den Dienst der Bio-Macht gestellt werden. Im Hirntodkonzept fand diese Indienstrafe ihre vorläufige Zuspitzung: Der Tod eines Menschen scheint erst dann moralisch gerechtfertigt, wenn dieser mit seinen Organen dem Leben anderer dient.

Für Foucault barg die Ambivalenz des Todes – seine letztlich Unbeherrschbarkeit – dennoch ein Potenzial des Widerstands kritischer Subjektivität gegenüber dem Zugriff der Bio-Macht. Ebenso wie für eine aktive Selbstgestaltung des Lebens plädierte Foucault für einen selbstbestimmten Umgang mit dem Tod. Als geheimster, privatester Punkt der Existenz war der Tod für ihn der Ausgangspunkt seiner Ästhetik der Existenz (vgl. Manzei 1997, S. 52).

Mit den Möglichkeiten der Bio-Medizin am Ende des 20. Jahrhunderts scheint dieses Potenzial des Widerstands zu schwinden. Es scheint, als sei der Tod nicht nur symbolisch, sondern ganz konkret überwunden. Visionen von Kopftransplantationen und Hirnverpflanzungen, von unendlich reproduzierbaren Klonen und gentechnisch zugeschnittenen Ersatzteilen nähren die Vermutung, dass es lediglich eine Frage der Zeit sei, bis die Sterblichkeit des Menschen tatsächlich abge-

schaft würde (vgl. Linke 1986 und White 1999).

Es stellt sich jedoch die Frage, ob mit der Abschaffung der Sterblichkeit „nicht eine paradoxe Idee von Unsterblichkeit auftaucht, die Idee, das Leben zu überleben“ (Zirfas 1998, S. 225). Denn welches Leben ist es, das hier unsterblich ist? Wer oder was überlebt? Ein Organ, ein Körper, ein Gehirn, ein Individuum oder ein abstrakte Idee von Leben, ein abstraktes Allgemeines?

Das Jenseits des Todes wird hier gleichermaßen zum Jenseits des Lebens. Denn die Sterblichkeit lässt sich nicht überwinden, ohne dass auch das Leben, wie wir es heute kennen, abgeschafft wird: als unverwechselbare *biographische Individualität*, als gelebte körperliche und soziale Existenz in der Zeit. Als Utopie mögen Lebensformen vorstellbar sein, die keinen Anfang und kein Ende haben, die nicht geboren werden, keine Jugend und kein Alter kennen und die unsterblich sind. Fraglich ist jedoch, ob es ein solches Leben ist, das der Mensch sich als wünschenswert und ewig vorstellt.

Dies ist genau die Frage, die die Bio-Medizin in Zukunft den Einzelnen stellt. Welches Leben wollen wir? Absurder Weise versetzt gerade die Bio-Medizin, mit ihrer Utopie eines vollkommen gesunden und ewigen Lebens, die Individuen in die Situation, sich für oder gegen Krankheit, für oder gegen den Tod entscheiden zu müssen. Es hat den Anschein, als verlöre der Traum der Unsterblichkeit mit den Möglichkeiten seiner Realisierung letztlich seinen Reiz.

Zitierte und weiterführende Literatur

Archiv für Sozialpolitik e. V. Frankfurt: Pressedokumentation. Das Experiment der Erlanger Klinik. Frankfurt am Main, überarbeitete Fassung 4/93 (1993).

Phillipe Ariès: Geschichte des Todes. 5. Aufl. München 1991

Simone de Beauvoir: Alle Menschen sind sterblich. Reinbek 1987.

Ulrich Beck: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main 1986.

Elisabeth Beck-Gernsheim: Welche Gesundheit wollen wir? Frankfurt am Main 1995.

BioSkop – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften e. V.: Organspende in Frage gestellt. Essen 1999.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.): Organspende und Transplantation in Deutschland 1997. Neu-Isenburg 5/98 (1998).

Dies.: Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen. Neu-Isenburg (o. J.).

Hans Ebling (Hg.): Der Tod in der Moderne. 3. Aufl. Frankfurt am Main 1992.

Anika Geisler: Die Ohrmacher. In: Die Zeit, 19. 8. 1999, S. 34 f.

Renate Greinert, Gisela Wuttke (Hg.): Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin. Göttingen 1993.

Johannes Hoff, Jürgen in der Schmitt (Hg.): Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium. Reinbek 1994.

Hans Jonas: Technik, Medizin und Ethik. Frankfurt a. M. 1987.

Thomas Lengauer, Matthias Rarey, Ralf Zimmer: Bioinformatik. In: Spektrum der Wissenschaft Dossier (2/1999): Software S. 38–43.

Detlef B. Linke: Hirnverpflanzung. Die erste Unsterblichkeit auf Erden. Reinbek 1993.

Alexandra Manzei: Hirntod, Herztod, ganz tot? Von der Macht der Medizin und der Bedeutung der Sterblichkeit für das Leben. Eine soziologische Kritik des Hirntodkonzeptes. Frankfurt am Main 1997.

David J. Mooney, Antonius G. Mikos: Organe von der Stange. In: Spektrum der Wissenschaft Spezial (1999): Der High-Tech-Körper, S. 6–11.

Roberto Rotondo: „Hirntote“ sind keine Leichen. In: *Ilse Gutjahr, Matthias Jung*: Sterben auf Bestellung. Fakten zur Organentnahme. Lahnstein 1997.

Ingrid Schneider: Föten. Der neue medizinische Rohstoff. Frankfurt am Main/New York 1995.

Werner Schneider: „So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!“ Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Habil.-Schrift: München 1999.

Thomas Schlich: Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache. Wie die Medizin Krankheit beherrschen will. In: *Cornelius Borck* (Hg.): Anatomien medizinischen Wissens. Medizin Macht Moleküle. Frankfurt am Main 1996, S. 201–230.

Ders.: Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880–1930), Frankfurt am Main/New York 1998.

Ders.: Transplantation: Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung. München 1998a.

- Schriftliche Stellungnahmen:* Zur Bewertung des Hirntodes sowie der engen und erweiterten Zustimmungslösung in einem Transplantationsgesetz vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 28. 6. 1995 in Bonn. In: *Ausschussdrucksachen:* 13/117, 13/136, 13/137, 13/140, 13/149, 13/161, 13/162, 13/165, 13/171, 13/173.
- Klaus Stegmüller:* Wettbewerb im Gesundheitswesen. Konzeptionen zur „dritten Reformstufe“ der Gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt am Main 1996.
- Nicola Siegmund-Schultze:* Organtransplantation. Wissenswertes zu Medizin, Ethik und Recht. Reinbek 1999.
- Hans-Walter Striebel, Jürgen Link:* Ich pflege Tote. Die andere Seite der Transplantationsmedizin. Basel/Baunatal 1991.
- Elisabeth Wellendorf:* Mit dem Herzen eines anderen leben? Die seelischen Folgen der Organtransplantation. Zürich 1993.
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer:* Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes. Deutsches Ärzteblatt 88, Heft 49, 12/91 (1991), S. B. 2855–2860.
- Robert J. White:* Kopftransplantation. In: Spektrum der Wissenschaft Spezial (1999): Der High-Tech-Körper, S. 30–34.
- Gisela Wuttke:* Der kleine Prinz von Erlangen – Eine kritische Reflexion über Gewalt in der Medizin. In: *Andrea Hubner* (Hg.): Die Grenzen der Medizin, München 1993, S. 59–75.
- Jörg Zirfas:* Jenseits des Lebens – Diesseits des Todes? Ein Memento vitae zum Überleben des hirntoten Menschen. In: *Paragrana. Internationale Zeitschrift für historische Anthropologie* 1998, S. 209–228.