

Brigitta Hauser-Schäublin, Vera Kalitzkus,
Imme Petersen, Iris Schröder

Der geteilte Leib

Die kulturelle Dimension
von Organtransplantation
und Reproduktionsmedizin
in Deutschland

Überarbeitete Version (2005) und ergänzt (2008) durch Brigitta Hauser-Schäublin,
Vera Kalitzkus und Imme Petersen

© 2008 B. Hauser-Schäublin, Vera Kalitzkus und Imme Petersen

Erstausgabe 2001
Campus Verlag, Frankfurt/New York
ISBN 3-593-36752-1
Vergriffen

Online Ausgabe
Institut für Ethnologie der Georg-August-Universität Göttingen
Theaterplatz 15
37073 Göttingen
<http://www.uni-goettingen.de/de/28822.html>

Inhalt

Vorwort 3

Einleitung.....	7
I. Die Rahmenbedingungen der Humantechnologien	12
Technisch-wissenschaftliche Voraussetzungen	12
Besonderheiten des Körperbildes: Regionalisierung und Parzellierung	12
Die gesellschaftlichen Voraussetzungen: rechtliche Rahmenbedingungen	16
Abläufe: Diagnosen und Möglichkeiten der Behandlung	23
„Sterilität“ und ihre Behandlung	24
Transplantation von Organen	26
Krankenversicherung: Die Kostenfrage und Recht auf Behandlung	31
Die raum-zeitliche Organisation der Humantechnologien	36
II. Der Körper	40
Kulturspezifischer Umgang mit Körper	40
Strategien der Objektivierung und Routinisierung	45
Der standardisierte körperliche Kontakt im Klinikalltag	47
Sprache und Kommunikation zwischen Professionalisierung und Intimität in der Reproduktionsmedizin	51
„Zeugung“ oder „Befruchtung“? Die Perspektive von Ärzten und Ärztinnen	51
„Zeugung“ oder „Befruchtung“? Die Perspektive von Patientinnen und Patienten	55
Der Umgang mit Organtransplantation in der Praxis	59
Der „Hirntod“ als Legitimation der Chirurgen	60
Das Pflegepersonal im Umgang mit „hirntoten“ Menschen	64
Die Übernahme des ‚klinischen Blickes‘ von „Organempfängern“	71
III. Der Leib	73
Leib und Leiblichkeit	73
Kinderlosigkeit und Leiblichkeit	75
Die Leiblichkeit des Nächsten im Zustand des „Hirntodes“	84
Veränderte Leiblichkeit nach der Transplantation	88
IV. Prozesse der Schaffung gesellschaftlicher Akzeptanz	97
Wissenschaftliche Erkenntnis und politische Meinungsbildung	97
Embryonen, Selektion und menschliches Leben	99
Embryonen und der Druck der internationalen Stammzellforschung	104
Der „Hirntod“: das Zerschneiden der „leiblich-seelischen Einheit“	106
Tot bei ‚lebendigem Leib‘?	111
Der gesetzlich definierte Tod	114

V. Humantechnologien und die Macht ihrer Begriffe.....	116
„Organspende“ im Licht des Altruismus	117
„Organspende“ oder Organentnahme?	120
Der steigende „Organbedarf“	123
Vom Geschenk zur Ware	124
„Spenden“ und „Geschenke“ zwischen sozialen Beziehungen und Waren	125
VI. Propagieren der humantechnologischen Möglichkeiten und die Qual der Wahl.....	130
Humantechnologien zwischen Angebot und Nachfrage	130
„Kinderwunsch“ und der Zwang zur Entscheidung	131
Transplantationsmedizin: Die Qual der Wahl	136
Die Wahl aus der Sicht der Transplantationsmedizin	140
Die ‚Situation‘ der Angehörigen von „Hirntoten“	141
Die Empfänger: wenn eigentlich keine Wahl mehr übrig bleibt	143
VII. Leiblich-körperliche Identität, soziale Beziehungen und Gesellschaft.....	147
Der Widerspruch der Diskurse	147
Leibliche Identität	149
Körperliche Identität	154
Soziale Beziehungen	157
Neue Formen sozialer Organisationen	166
Die Vergesellschaftung des Körpers und seiner Teile	169
Das „Geschenk“ als Schuld	171
Organe und „Soziale Verteilungsgerechtigkeit“	171
Humantechnologien und Gesellschaft ohne Grenzen	174
Anhang.....	177
Anhang 1	177
Die Modelle der Zustimmung oder Ablehnung für eine Organentnahme	177
Anhang 2	177
Zur empirischen Datengrundlage Reproduktionsmedizin:	177
Zu den Angehörigen „hirntoter Organspender“	178
Zu den Organempfängern	178
Angaben zu den im Text zitierten, interviewten Personen	178
Anhang 3	182
Zitierte Sachverständige der öffentlichen Anhörungen	182
Literatur.....	185
Zu den Autorinnen.....	197

Vorwort

Das vorliegende Buch stellt eine empirische Studie über die kulturellen Bedingungen von Reproduktionsmedizin und Organtransplantation in Deutschland vor. Veröffentlicht wurde diese Studie erstmals 2001 im Campus Verlag. Bis dato sind uns keine weiteren Studien bekannt; die diese beiden Humantechnologien gemeinsam aus ethnologischer Perspektive betrachten. Auch kennen wir bisher keine Studie, die in vergleichbarer Weise Einblick in die Sichtweisen aller beteiligten Akteure gibt. Deshalb haben wir (Brigitta Hauser-Schäublin, Vera Kalitzkus und Imme Petersen) das Buch im Jahr 2008 aktualisiert, um die fortschreitenden technologischen Entwicklungen und gesellschaftlichen Veränderungen zu berücksichtigen und es als *open access* im Internet zu veröffentlichen.

Humantechnologien – darunter werden im Folgenden Reproduktionsmedizin und Organtransplantation verstanden – sind medizinisch-biotechnologische Errungenschaften des späten 20. Jahrhunderts, die sich zum Ziel setzen, Urwünsche¹ des Menschen – Kinder zu haben, den eigenen endgültigen Tod möglichst weit hinauszuschieben – zu erfüllen.¹ Humantechnologien gehören in den Bereich der Gesundheitsversorgung im weitesten Sinn. Gleichzeitig greifen sie mit unterstützenden, ergänzenden oder ersetzenden Maßnahmen in den menschlichen Körper ein.

Dieses Buch befasst sich mit der kulturellen Dimension dieser Humantechnologien, d.h. mit der Bedeutung von Reproduktionsmedizin und Organtransplantation in Umgang und Anwendung aus dem Blickwinkel verschiedener Gruppen in Deutschland. Es handelt sich um eine ethnologische Studie, weil diese Technologien eine ausgesprochen kulturell-soziale Dimension aufweisen: Sie berühren das Verhältnis zwischen Körper, Körperlichkeit einerseits und Person und sozialen Beziehungen andererseits. Von den Manipulationen am weiblichen oder männlichen Körper sind immer kulturgebundene Vorstellungen und Bedeutung von Verwandtschaft betroffen.

Mit den Methoden der Ethnologie – stationäre Feldforschung in Kliniken, teilnehmende Beobachtung bei Behandlungen und Zusammenkünften von Selbsthilfegruppen, narrative Interviews mit Ratsuchenden, Patienten und Patientinnen, Pflegepersonal, Ärzten und Ärztinnen,² Inhaltsanalysen von Bundestagsdebatten und Verfolgen von Debatten in Ausschüssen – sollte eine Annäherung an das Projektziel erfolgen, die kulturellen Bedingungen und Implikationen der Humantechnologien in Deutschland zu verstehen und nachzuzeichnen. Das Forschungsvorhaben, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert wurde, begann 1996. Es stand unter der Leitung von Brigitta Hauser-Schäublin, Professorin für Ethnologie an der Universität Göttingen. Als wissenschaftliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen waren daran beteiligt (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. med. Lutz Freudenberg (bis 1998), Vera Kalitzkus, Imme Petersen (ab 1998) und Iris Schröder.

Dr. med. Lutz Freudenberg führte von März bis Juli 1997 eine stationäre Feldforschung in einem norddeutschen Transplantationszentrum³ durch, bei dem er alle für die Organtransplantation relevanten Bereiche durchlief; ergänzt wurde diese Untersuchung durch Aufenthalte in zwei weiteren Transplantationszentren. Im Rahmen seiner Untersuchungen führte er Gespräche mit Vertre-

¹ Den Begriff der Humantechnologien verwenden wir hier in einem einschränkenden Sinn, denn eigentlich gehören auch Gentechnologie, Humangenetik u.a.m. dazu; diese waren jedoch nicht Gegenstand unserer Untersuchung.

² Aus Gründen der Lesbarkeit des Buches haben wir im Folgenden auf die konsequente Wiederholung der weiblichen Form verzichtet, ohne jedoch zu vergessen, dass es sich – so nicht ausdrücklich anders erwähnt – immer um Männer und Frauen handelt.

³ Um umfassende Anonymisierung aller Beteiligten für den Bereich der Organtransplantation zu garantieren, nennen wir die Namen der Kliniken und Orte der Selbsthilfegruppen, in denen wir geforscht haben, nicht.

tern der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und eines Pharmaunternehmens, das Immunsuppressiva entwickelt und herstellt, mit Rechts- und Sozialmedizinerinnen, Krankenhausseelsorgern, Transplantationsbeauftragten und Pflegepersonal. Diese Tonbandinterviews (mit Pflegepersonal und Ärzten) zum professionellen Umgang mit der Organtransplantation hat Margo F. Bargheer ausgewertet.

Sibylle Obrecht hat als Ergänzung ein von Lutz Freudenberg begonnenes Thema aufgegriffen. Zur kulturanthropologischen Diskussion über die Konzeption des Immunsystems führte sie eine zeitlich befristete Forschung durch, die auch Teil ihres kulturwissenschaftlich-medizinhistorischen Dissertationsvorhabens ist.

Vera Kalitzkus hat sich mit dem Thema der Organtransplantation aus der Sicht von Organempfängern und -empfängerinnen sowie Angehörigen von „Organspendern“⁴ auseinandergesetzt. Sie nahm an Regionalgruppentreffen folgender Selbsthilfegruppen Organtransplantierte in den alten Bundesländern teil: Bund Deutscher Organtransplantierte (BDO), Dialysepatienten Deutschlands e.V. (DD), Verein Lebertransplantierte Deutschlands e.V. (LL) sowie der Deutschen Sportvereinigung Organtransplantierte (DSVO). Um Einblick in den Klinikalltag zu gewinnen, hospitierte sie für einen Monat auf einer Transplantationsabteilung und Intensivstation einer westdeutschen Universitätsklinik. Neben informellen Gesprächen führte sie 40 narrative Interviews von ein bis vier Stunden Dauer mit Betroffenen beider Seiten (Angehörige von „Spendern“ und Transplantierte) von März 1997 bis September 1998.

Imme Petersen konzentrierte sich auf den parlamentarischen Diskurs im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz sowie dem Embryonenschutzgesetz, über das sie bereits ihre Magisterarbeit geschrieben hat (Petersen 2000). Für die Auswertung der Stenographischen Berichte und Protokolle des Deutschen Bundestages und Bundesrates und der Video- und Tonaufnahmen waren Recherchen im Archiv des Deutschen Bundestages erforderlich. Desweiteren ergänzten Besuche von Ausschusssitzungen des Gesundheits- sowie Rechtsausschusses und von Plenardebatten im Juni 1999 das schriftliche und audiovisuelle Datenmaterial. Insgesamt umfassen die Parlamentsdebatten zum Embryonenschutzgesetz (1984-1990) zwei Plenardebatten, eine Aussprache im Bundesrat sowie eine öffentliche Anhörung des Rechtsausschusses (fast acht Stunden Beratungsdauer). Über das Transplantationsgesetz (1995-1997) wurden zwei Debatten im Plenum sowie eine vorbereitende und zwei begleitende öffentliche Anhörungen im Gesundheitsausschuss sowie eine öffentliche Anhörung im Rechtsausschuss (fast 30 Stunden Beratungsdauer) geführt.

Iris Schröder hat den Bereich der Reproduktionsmedizin untersucht, wobei sie in der Praxisgemeinschaft Dr. Martin Schorsch, Dr. Thomas Hahn, Dr. Herbert Hoditz und Dr. Dieter Schrapper im Welfenhof-Zentrum in Wiesbaden, in der IVF-Abteilung der Frauenklinik Dr. Wilhelm Krüsmann in München und der Deutschen Klinik für Fortpflanzungsmedizin (DKF) in Bad Münde jeweils für zwei Monate bei Gesprächen zwischen Ärzten und Patientinnen hospitierte. Einen Kurzaufenthalt von zwei Tagen ermöglichte die Frauenklinik des Universitätsklinikums Göttingen. Iris Schröder nahm zudem an mehreren monatlichen Treffen einer Selbsthilfegruppe für ungewollte Kinderlosigkeit teil, deren Teilnehmerinnen überwiegend zu ausführlichen Gesprächen bereit waren. Von Januar 1997 bis Dezember 1997 führte sie insgesamt 46 Interviews von ein- bis zwei-

⁴ Wir setzen den Begriff des „Spenders“ von nun an in doppelte Anführungszeichen. Er ist zwar im gesellschaftspolitischen Diskurs gebräuchlich, aus ethnologischer Perspektive hingegen impliziert „Spender“ bereits eine bestimmte soziale Interpretation des Aktes des Gebens bzw. Genommenwerdens. Als wissenschaftlich-beschreibenden Begriff möchten wir ihn deshalb nicht übernehmen. Doppelte Anführungszeichen bei Begriffen verwenden wir dann, wenn es sich hierbei um kulturelle Selbstverständlichkeiten handelt, die wir dadurch als solche sichtbar machen wollen, ohne dass wir uns damit identifizieren.

stündiger Dauer, die alle auf Tonband aufgezeichnet wurden. Des Weiteren liegen 50 Interviewprotokolle sowie 40 ausgefüllte Fragebögen vor. Zum Schutz der Anonymität und Privatsphäre unserer Gesprächspartner und -partnerinnen haben wir alle Namen durch Pseudonyme ersetzt.

In der vorliegenden Publikation haben wir Resultate der einzelnen Untersuchungen (vgl. dazu Kalitzkus 2003, Petersen 2002 und Schröder 2002) unter übergreifenden Fragestellungen zusammengetragen und analysiert. Im Verlauf der Untersuchung haben wir einen tiefen Einblick in die verschiedenen Bereiche der Anwendung und des Umgangs mit Humantechnologien erhalten, und wir haben mit Respekt und Bewunderung von den medizinischen Höchstleistungen, den persönlichen Dilemmas und Schicksalen von Betroffenen, aber auch den großartigen Erlebnissen von Glück und Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen Kenntnis genommen; viele Menschen, die wir im Umfeld von Reproduktions- und Transplantationsmedizin kennengelernt haben, haben uns beeindruckt, und wir haben vieles von ihnen, ihren Einstellungen und Handlungen, aber auch von ihren Sorgen und Freuden gelernt. Wir sind ihnen dankbar für die Chance, die sie uns damit gegeben haben.

Wir danken den Kliniken, den Ärzten, Ärztinnen sowie dem Pflegepersonal, die uns an ihrem verantwortungsvollen Alltag teilhaben ließen und unsere vielen Fragen beantwortet haben. Ohne die bereitwillige Offenheit und Zugänglichkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der verschiedenen Selbsthilfegruppen hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Viele Sorgen und Schwierigkeiten wären uns verborgen geblieben, die häufig nur im Rahmen solcher Zusammenkünfte geäußert werden und ansonsten nicht nach außen dringen. Ihnen soll an dieser Stelle besonders gedankt werden! Dies gilt im Besonderen für die Angehörigen von „Organspendern“, die mit uns ihre zum Teil sehr schmerzhaften Erinnerungen teilten. Von unschätzbarem Wert war die Begleitung der Arbeit von Vera Kalitzkus durch Supervision von Maria Vornholdt. Auch ihr sei an dieser Stelle gedankt.

Wir danken auch allen Personen, die sich die Mühe gemacht haben, unsere Texte zu lesen und zu korrigieren, vor allem jedoch Dr. Verena Stolcke, Professorin für Ethnologie an der Universität Autònoma in Barcelona, Dr. Christiane Wendehorst, Professorin für Bürgerliches Recht und Medizinrecht, sowie Dr. Claudia Wiesemann, Professorin für Medizingeschichte und Ethik (beide Universität Göttingen). Danken möchten wir auch der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die die Forschung gefördert hat, sowie der Universität Göttingen und vor allem dem Institut für Ethnologie, an dem dieses Projekt angesiedelt war.

Göttingen im Juli 2008

Die Autorinnen

Einleitung

Humantechnologien – darunter werden im Folgenden Reproduktionsmedizin und Organtransplantation verstanden – sind medizinisch-technologische Errungenschaften des späten 20. Jahrhunderts.⁵ Ihre Anwendung gehört in den Bereich des Public Health; sie sind Teil der Bevölkerungs- bzw. der Körperpolitik im Sinne Foucaults und als Gesundheitsversorgung im weitesten Sinne zu verstehen. Sie greifen mit unterstützenden, ergänzenden oder ersetzenden Maßnahmen in den menschlichen Körper ein, um ‚Urwünsche‘ des Menschen – Kinder zu haben, den eigenen Tod möglichst weit hinauszuschieben – erfüllen zu helfen. Diese beiden im Prinzip sehr verschiedenen Humantechnologien betrachten wir unter einer gemeinsamen, übergreifenden Perspektive; Grundlage dazu bildeten die empirischen Forschungen zu Reproduktionsmedizin (Iris Schröder), Transplantationsmedizin (Vera Kalitzkus) und die Analyse von Parlamentsdebatten (Imme Petersen).⁶ Auch wenn sich diese Humantechnologien aus unterschiedlichen wissenschaftshistorischen Zusammenhängen entwickelt haben und die Reproduktionsmedizin mehr mit Zellen, die Transplantationsmedizin mit Organen arbeitet, so haben sich in der Zwischenzeit Überschneidungsbereiche entwickelt: Nach einem Bericht des *Journal of Gynecology & Obstetrics* im Jahre 2002⁷ haben Ärzte in Saudi-Arabien bereits die Übertragung eines Uterus vorgenommen, um einer Frau eine eigene Schwangerschaft zu ermöglichen. Das Experiment schlug fehl, verdeutlicht jedoch, dass sich das in Deutschland zentrale Legitimierungskriterium für eine Transplantation tendenziell verschiebt: von der lebensbedrohlichen Krankheit, zu einer sehr viel weicher gefassten, Verbesserung der Lebensqualität’. In den USA wurde einer jungen Frau Eierstockgewebe (ihrer Zwillingsschwester) erfolgreich eingepflanzt, worauf sie schwanger wurde und ein gesundes Mädchen gebar (vgl. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 09.06.2005). Diese beiden Beispiele zeigen, dass beide Technologien je länger je weniger als Einzelphänomene, sondern in einem Gesamtzusammenhang betrachtet werden müssen.

Unser Buch befasst sich mit der kulturellen Dimension der Humantechnologien, d.h. mit der Bedeutung von Reproduktionsmedizin und Organtransplantation in Umgang und Anwendung aus dem Blickwinkel von Ärzten und Pflegepersonal einerseits und von Nutzern und Nutzerinnen („Patienten“ und „Patientinnen“) andererseits in Deutschland. Unsere Gesprächspartnerinnen waren Deutsche in dem Sinn, dass sie sich aufgrund ihrer Sprache und ihres Habitus als solche verstanden.⁸

Geburt und Tod bilden die Schwellen des Lebens: Eintritt und Austritt. Dazwischen liegt das Leben der Menschen, geformt von unzähligen Vernetzungen, Ereignissen und Erfahrungen, die an einem bestimmten Ort stattfinden, und beeinflusst von Dingen, die irgendwo anders lokalisiert sind – und umgekehrt. Die Anwendung von Technologien, die den Eintritt ins Leben und den Aus-

5 Den Begriff der Humantechnologien verwenden wir hier in einem einschränkenden Sinn, denn eigentlich gehören auch Gentechnologie, Humangenetik u.a.m. dazu; diese waren jedoch nicht Gegenstand unserer Untersuchung.

6 Die Einzelresultate dieser Studien wurden seit der deutschen Erstausgabe unseres gemeinsamen Buches 2001 in den Dissertationen Petersen (2002), Schröder (2002) und Kalitzkus (2003), in Englisch Kalitzkus (2004a, 2004b) veröffentlicht.

7 Zitiert nach der *Frankfurter Allgemeinen*, 7. März 2002.

8 Deutschland ist eine kulturell pluralistische Gesellschaft; diesem Pluralismus konnte unsere Studie aus methodischen Gründen keine Rechnung tragen.

tritt aus dem Leben variieren können, das Wissen, das für deren Anwendung notwendig ist, und die Personen und Gruppen, die es besitzen, sind ein Beispiel für solche Prozesse, die wir mit Globalisierung bezeichnen. Das Individuum, das sie wählt oder das mit deren Anwendung einverstanden ist, steht weder mit dem Ort, wo diese Technologien entdeckt, entwickelt und hergestellt wurden, noch mit der Produktion des dazu notwendigen Wissens in direkter Beziehung. Die Anwendung erfolgt nicht über die Personen, welche diese Techniken entwickelt und die notwendigen Geräte und Medikamente hervorgebracht haben. Dies gilt für Humantechnologien weltweit. In unserem Buch untersuchen wir jedoch die gesellschaftliche und kulturelle Einpassung dieser globalisierten Technologien in Deutschland. Wir wollen damit auch einen Vergleich zu ähnlich gelagerten Studien in anderen Ländern (die sich bis dato jedoch jeweils nur mit der einen oder der anderen Humantechnologie auseinandergesetzt haben) ermöglichen, weil sich im Verlauf unserer Arbeit gezeigt hat, dass „euroamerikanische“ Verallgemeinerungen über länderspezifische Ausprägungen und Differenzen hinweg gehen. Wir befassen uns gerade deshalb explizit mit den kulturellen Besonderheiten Deutschlands. Wir wollen den Werten, Vorstellungen und den Gefühlen der Menschen nachspüren und aufzeigen, wie sich diese auf den Umgang mit den Humantechnologien auswirken und gleichzeitig davon verändert werden.

Die Verhältnisse in Deutschland sind selbstverständlich auch mitgeprägt von denjenigen seiner Nachbarländer (und darüber hinaus), namentlich der Europäischen Union. So ist beispielsweise Eurotransplant mit Sitz in den Niederlanden die zentrale Stelle der Organvermittlung.⁹ Sie vermittelt Daten und Organe über Staatsgrenzen hinweg und bringt so Substanzen von Menschen miteinander in Verbindung, die ohne Organverpflanzung nie miteinander in Berührung gelangen würden. Die Ärzte und Ärztinnen vor Ort dienen als ‚bloße‘ Vermittler. Sie sind jedoch Fachleute und als solche mit Kompetenz und Autorität ausgestattet, denen die Nutzer und Nutzerinnen vertrauen, wenn sie sich in deren Hände begeben. Wie die gesellschaftlichen und rechtlichen Besonderheiten Deutschlands beschaffen sind, die die Art und Weise des Zugangs und der Nutzung bestimmen, und wie Frauen und Männer damit umgehen, wollen wir in den folgenden Kapiteln herausarbeiten. Den Humantechnologien gemein ist, dass sie auf den materiellen Körper fokussieren. Ihre Wirkung reicht jedoch weit darüber hinaus. Diese Technologien transformieren nicht nur den materiellen Körper, sondern auch die darin buchstäblich verkörperte Person und ihre sozialen Beziehungen. Diese These bildet einen Ausgangspunkt unserer Arbeit und geht von folgender Überlegung aus: Beide Humantechnologien führen Körpersubstanzen verschiedener Individuen zusammen, die von ihrer Herkunft her disparat sind. Gemäß westlicher ontologischer Überzeugung besteht ein Zusammenhang zwischen Körper, sexueller Beziehung und dem Entstehen von Verwandtschaft. Demnach sind beim Zusammenführen von Körpersubstanzen verschiedener Individuen potentiell auch immer soziale Beziehungen (bzw. die Schaffung derselben) betroffen. So stellen wir in unserer Untersuchung die Frage nach den sozialen Beziehungen, die in Deutschland im Zusammenhang mit der Anwendung von Humantechnologien zugelassen, betont und ausgeblendet werden – und welche Werte und Vorstellungen dahinter stehen.

Die Humantechnologien propagieren die Möglichkeit, dass Frauen und Männer in einer einzigartigen Art und Weise über ihr Leben (mit-)bestimmen können. Bezüglich Fortpflanzung erhielten vor etwa drei Jahrzehnten Frauen die Option – ebenfalls in neuartiger Form (hormonell) –,

9 Folgende Länder Europas sind Eurotransplant angeschlossen: Niederlande, Belgien, Luxemburg, BRD, Slowenien, Österreich und seit 2006 Kroatien (<http://www.eurotransplant.nl>). Weitere Organisationen sind: Swisstransplant für die Schweiz, Scandiatransplant für Dänemark, Francetransplant für Frankreich, United Kingdom Transplant für England und Irland. Für die BRD gilt, dass eine Nachfrage zuerst bei Eurotransplant eingeht und dann bei weiteren Organisationen, auch nach Übersee in die USA.

Schwangerschaften zu verhüten. Die Reproduktionsmedizin offeriert das Gegenteil: Paare, die ohne Zutun keine Kinder bekämen, können sich durch ihre Anwendung zu einem eigenen ‚leiblichen‘ Kind verhelfen lassen. Dadurch wird das Paar zu einem *Eltern*paar, das Nachkommen besitzt, also zu einer Familie. Über die Zusammenführung von Körpersubstanzen, was in einem eigenen Kind resultieren soll, werden also auch Verwandte und damit neue soziale Beziehungen geschaffen (vgl. dazu Strathern 1992:14).

Durch die Transplantationsmedizin ist es vielen lebensbedrohlich erkrankten Menschen möglich geworden, ihren Tod aufzuschieben. Sie lassen ihre erkrankten Organe durch gesunde ersetzen, die von anderen Menschen zur Verfügung gestellt werden. Über die Zustimmung zur Entnahme von Organen bei „hirntoten“ Patienten entscheiden, sofern keine schriftliche Stellungnahme des Betroffenen vorliegt, die nächsten Angehörigen – in der Regel Verwandte. Gleichzeitig stellte sich hier auch die Frage, ob der Austausch von Organen zwischen Menschen jenseits des Körperlich-Materiellen nicht auch beim Empfänger Vorstellungen einer neuen, eventuell einer geteilten Leiblichkeit (also Beziehungen zum „Spender“ bzw. zur „Spenderin“) hervorrufen. Beide Humantechnologien berühren – transformieren und produzieren – soziale Beziehungen zwischen Menschen. Die Modifikation des Körpers, zu denen Humantechnologien zwangsläufig führen, impliziert deshalb ebenfalls eine Modifikation der sozialen Beziehungen und der Person.

Ein zweiter Ausgangspunkt in unserer Untersuchung bildete die Erkenntnis, dass die ‚Schaltstellen‘ des Lebens, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt einerseits und Sterben und Tod andererseits, auch immer die körperliche Dimensionen des Individuums betreffen, also seine verkörperte Identität, sein Selbst. Identität und Selbst stellen bekanntlich den eher inneren Aspekt des Individuums dar – im Unterschied zum äußeren Aspekt der Person – und haben mit Befindlichkeit und Leiblichkeit zu tun. Es ist der Lebensmittelpunkt, auf den man sich im Handeln, Denken und Fühlen bezieht und sich auch in Beziehungen zu anderen wiedererkennt. Humantechnologien befassen sich, wie wir bereits festgestellt haben, in erster Linie mit ‚Körper‘ – und nur am Rande mit ‚Personen‘ oder gar ‚Selbst‘ und ‚Identität‘. Dennoch sind diese drei Pfeiler – Körper, Person, Selbst und Identität – aufs engste miteinander verknüpft. Die Anwendungen von Humantechnologien beschränken sich demnach, gesellschaftlich und kulturell gesehen, nicht auf den Körper als physische Größe. Sie tangieren Selbst und Identität ebenso sehr, jedoch auf unterschiedliche Weise. Denn nicht jedes Organ besitzt die gleiche kulturelle Wertigkeit bezüglich Identität/Selbstidentität. Die Möglichkeit von Gesichtstransplantationen, die im Jahre 2005 in Frankreich zum ersten Mal durchgeführt wurden, stellen das Thema der Selbstidentität von einer neuen Seite zur Diskussion (vgl. Süddeutsche Zeitung, 21.09.2005; Ärzte Zeitung, 22.11.2006). Für unsere Untersuchung stellte sich die Frage, welche Vorstellungen und welches Verständnis von Körper diese Technologien voraussetzen bzw. hervorbringen und wie sich diese im konkreten Umgang äußern.

Das Buch möchte Folgendes leisten: Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Humantechnologien in Deutschland aufzeigen und sie in den Kontext der Spätmoderne und ihrer kulturellen Kennzeichen einordnen. Im Zentrum der Studie steht jedoch der konkrete Umgang mit Humantechnologien sowohl aus der Perspektive der Spezialisten, also dem medizinischen Fachpersonal, als auch aus der Perspektive der Ratsuchenden, Patienten und Patientinnen sowie der Angehörigen. Im Weiteren haben wir uns mit den Prozessen der Bildung einer öffentlichen Meinung, die in eine gesetzliche Entscheidungsfindung mündete, befasst, indem wir die Parlamentsdebatten analysierten. Wir haben auch Aussagen, Meinungen und Vorstellungen der Anbieter und der Nutzer von Humantechnologien daraufhin untersucht, ob Unterschiede im Diskurs und im konkreten Umgang

bestehen und wie diese beschaffen sind. Schließlich soll die vorliegende Publikation auch die Frage nach dem Verhältnis zwischen Technologien und sozialen Beziehungen klären und beantworten, wie beide aufeinander einwirken.

Im ersten Kapitel skizzieren wir die Rahmenbedingungen der Humantechnologien. Diese Rahmenbedingungen betreffen die technisch-wissenschaftliche Voraussetzungen und das Körperbild, auf dem sie aufbauen. In gesellschaftlicher Hinsicht – die Bedingungen in Deutschland – sind es jedoch die Gesetze, die den Handlungsspielraum sowohl von Anbietern dieser Technologien wie auch der Nutzer und Nutzerinnen definieren.¹⁰ Deshalb stellen wir die rechtlichen Grundlagen vor, die im Embryonenschutzgesetz und im Transplantationsgesetz verankert sind.¹¹ Wir zeigen außerdem auf, welche Behandlungsmöglichkeiten angeboten und genutzt werden. Gerade die Nutzung wird nicht nur durch rechtliche Grundlagen bestimmt, sondern auch zu einem wesentlichen Teil durch die damit verbundenen Kosten und den Leistungskatalog der Krankenkassen.

Im zweiten Kapitel legen wir dar, wie das, was heute in Deutschland (und darüber hinaus) unter ‚Körper‘ verstanden wird, eine ganz besondere Sichtweise auf den ‚materiellen‘ Teil des Menschen darstellt. Eine Sichtweise, die ihre eigene Geschichte hat und auf deren Grundlage ‚Körper‘ überhaupt Gegenstand medizinischer Behandlung in der heutigen Form werden konnten. Der Körper als Behandlungsgegenstand setzt eine Objektivierung voraus. Diese steht oft im Widerspruch zur subjektiven Befindlichkeit – Leiblichkeit. In der Analyse der vielfältigen Daten über den Umgang mit Humantechnologien führen wir deshalb zwei Kategorien ein: ‚Leib‘ und ‚Körper‘. Die subjektive Empfindungs- und Erfahrungswelt, die für das Selbst konstitutiv ist, ist der Leib. Im Unterschied dazu ist der Körper objektivierter Leib; Körper ist diejenige Dimension, die Gegenstand von Behandlungen im Rahmen der Humantechnologien ist. Körper ist auch derjenige Teil von uns selbst, der etwa für unser Auge unsichtbar ist, jedoch durch Röntgen- oder Ultraschallaufnahmen als Bild von einem ‚Ding‘ vorgeführt werden kann. Die analytische Trennung von Körper und Leib, die wir vorgenommen haben, soll auch dazu dienen, die Widersprüche, die sich aus dem Aufeinandertreffen der Anwendung von Humantechnologien auf Körper mit (subjektiven) leiblichen Empfindungen und Wahrnehmungen ergeben, sichtbar zu machen und dadurch auch erklären zu können. In diesem zweiten Kapitel befassen wir uns also mit dem Umgang mit dem Körper, wie er durch die kulturspezifische Betrachtungsweise zu einem Objekt von Behandlung geworden ist. Dabei wird deutlich, dass der Körper auch in den damit verbundenen Diskursen und Praktiken auch immer die Komponente Leib enthält. Die Kommunikation und die Interaktionen zwischen dem medizinischem Fachpersonal und den Patienten oszillieren gerade aufgrund der Leiblichkeit jedes Handelnden zwischen Professionalisierung und Intimität. Dabei wird deutlich werden, dass insbesondere die Definition und der Umgang mit dem „Hirntod“ Leiblichkeit und Körperlichkeit in die wohl schärfste Opposition zueinander bringen.

Im dritten Kapitel wechseln wir die Perspektive von der Betrachtung und Analyse des professionellen Diskurses zu lebensweltlichen Perspektiven von Betroffenen. Wie bereits erwähnt wurde, ist der Körper nicht bloße physische Größe, sondern verkörpertes Selbst. Der Körper besitzt deshalb in seiner verleiblichten Form eine besondere Bedeutung für die Selbstidentität. Denn tatsächlich können die Kategorien Leib und Körper nicht radikal voneinander getrennt werden; vielmehr bilden sie unterschiedliche Aspekte eines Kontinuums. Schwerpunktmäßig unterscheiden sie sich

10 Gerade bezüglich der Nutzung von Humantechnologien ist, insbesondere wegen der Uneinheitlichkeit der Regelungen der einzelnen Staaten, selbst in der EU, von einem internationalen Tourismus auszugehen. Dadurch ist es möglich, in den Genuss einer Behandlung in einem Staat zu gelangen, die in einem anderen verboten ist.

11 Die Gesetzestexte sind online verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/eschg/index.html> bzw. <http://bundesrecht.juris.de/tpg/index.html>.

jedoch sehr wohl. Im dritten Kapitel spüren wir der Frage nach Leib und Leiblichkeit von Individuen, nach Erfahrungshorizonten und Bedeutungen im Umfeld von Humantechnologien nach. Dementsprechend versuchen wir die Dimensionen der Leiblichkeit darzustellen, wie sie für Ratsuchende in reproduktionsmedizinischen Beratungen und Behandlungen in ihrem Ziel, leibliche Kinder zu bekommen, Bedeutung erlangt. Die sinnliche Wahrnehmung des lebenden Körpers eines „hirntoten“ Angehörigen, sowie die sinnliche Wahrnehmung, das fremde Organ im eigenen Leib zu haben, so bezeugen Interviews, haben weniger mit objektiven und neutralen Messwerten zu tun, denn mit dem subjektiven Befinden, eben mit Leiblichkeit.

Im vierten Kapitel wenden wir uns der politischen Meinungsbildung bezüglich der Anwendung von Humantechnologien und deren gesetzliche Regelung zu. Wie laufen in Deutschland die Prozesse der politischen Meinungsbildung ab, wenn die Gesetzgebung den stets voraneilenden Entwicklungen der Humantechnologien angepasst werden soll? Welcher Terminologie bedienen sich Experten und Politiker in den Bundestagsdebatten, als sie über die verschiedenen Technologien und die für gesetzliche Fixierung als zentral erachteten Kriterien wie etwa den „Hirntod“ und deren Anwendung sprachen?

Im fünften Kapitel greifen wir aus anthropologischer Perspektive die Diskussion über zentrale Begrifflichkeiten auf. Wir diskutieren die Schlüsselbegriffe der parlamentarischen Diskussion über Humantechnologien und analysieren ihre Mächtigkeit vor allem an den Beispielen „Organspende“ und „Organbedarf“.

Im sechsten Kapitel gehen wir der Frage nach, wie die Anbieter von Humantechnologien ihre Dienstleistungen und Angebote im Rahmen des gesetzlich festgelegten Anwendungsspielraums bekannt machen und dafür werben. Welches sind die Wege und Möglichkeiten, um breite gesellschaftliche Akzeptanz und auch eine entsprechende Nachfrage zu schaffen? Die Angebote der Humantechnologien stellen Männer und Frauen vor eine Wahl; sie erfordern das Treffen einer persönlichen Entscheidung, die Verantwortung dafür, auch wenn die jeweiligen Folgen nur schwer abzuschätzen sind: die Wahl kann zu einer Qual werden.

Im siebten und letzten Kapitel führen wir die Resultate der einzelnen Analysen und die verschiedenen Argumentationsstränge zusammen. Wir gelangen zu dem Schluss, dass schwerpunktmäßig drei verschiedene, mit unterschiedlicher Macht ausgestattete Diskurse das Feld der Humantechnologien konstituieren. Bei diesen Diskursen handelt es sich um: 1) Den traditionell-kulturellen Diskurs, in dessen Zentrum das kulturelle Selbstverständnis von Leiblichkeit steht. 2) Den Machbarkeitsdiskurs, der auf dem objektivierten Körper als Behandlungsgegenstand aufbaut. 3) Den sozialen Verträglichkeitsdiskurs, dem gesellschaftlichen Versuch, zwischen überlieferten und den Humantechnologien zugrunde liegenden Werten und Vorstellungen zu vermitteln. Diese Vermittlungen schlagen sich in Rechtsgrundlagen nieder, die auch den Spielraum der staatlich zugelassenen/geförderten Körperpolitik festlegen.

Zusammenfassend analysieren und interpretieren wir, wie Humantechnologien auf Vorstellungen von sozialen Beziehungen einwirken – und wie umgekehrt soziale, v.a. verwandtschaftliche Beziehungen neue Bedeutungen erfahren. Im Fokus stehen dabei auch die Mechanismen, die verhindern, dass daraus neue Formen von sozialen Beziehungen hervorgehen könnten. Wir zeigen auf, wie der materielle Körper und seine Teile einem Vergesellschaftungsprozess unterworfen wurde, der umgekehrt auch auf die sozialen Beziehungen von Menschen zurückwirkt. Beziehungen, die nicht an den Landesgrenzen festzumachen sind.

I. Die Rahmenbedingungen der Humantechnologien

Technisch-wissenschaftliche Voraussetzungen

Unter dem Begriff Humantechnologien fassen wir die Reproduktionsmedizin und die Transplantationsmedizin zusammen. Er soll ausdrücken, dass bei beiden medizinischen Spezialgebieten der menschliche Körper im Mittelpunkt von Handlungen steht, die ihn temporär oder permanent verändern. Dahinter steht das Ziel, entweder Leben neu zu schaffen oder Leben zu verlängern. Humantechnologien befassen sich deshalb mit den Schwellen des Lebens: mit Zeugung, Schwangerschaft und Geburt einerseits sowie mit Krankheit, Sterben und Tod andererseits. Humantechnologien sind für die Nutzer und Nutzerinnen konkret als Therapien und Behandlungen erfahrbar. Dabei handelt es sich jedoch nur um Ausschnitte von weit verzweigten Expertensystemen, die an sich höchst komplex und abstrakt und damit für den Einzelnen, sei es Fachmann/Fachfrau oder Patientin, in allen ihren Vernetzungen nicht überschaubar sind. Humantechnologien basieren auf dem Zusammenwirken verschiedener Institutionen und Systeme: medizinischem Wissen und Können, pharmazeutischer Industrie und Technik bzw. Biotechnologie. Das, was diese unterschiedlichen Systeme zur Verwirklichung des gemeinsamen Zieles beitragen, nämlich die Zeugung eines Kindes zu ermöglichen bzw. das Leben eines Menschen zu verlängern, ist aufeinander präzise abgestimmt: Fachmedizinisches Wissen, Forschung, Ausbildung und Erfahrung, die Entwicklung von Präparaten, die für die eine oder andere erfolgreiche Behandlung unerlässlich sind (z.B. Hormone bzw. Immunsuppressiva) und die notwendigen Geräte, etwa die apparativen Ausstattungen der modernen Intensivmedizin (z. B. Herz-Lungen-Maschine, EKG-Monitoring) sowie hochtechnologische Diagnosemethoden, bei denen es vor allen Dingen um die Sichtbarmachung innerer Organe und Körperfunktionen geht. Neben solchen Ausstattungen, die auch der Betreuung und Behandlung schwerstkranker Patienten im Allgemeinen dienen, sind etwa bei der Organtransplantation weitere technische Leistungen und logistische Systeme zur Organallokation und -übermittlung notwendig. Die Koordination komplexer Systeme bildet die wissenschaftlich-technische Grundlage und Voraussetzung für die Anwendung von Humantechnologien. Was sie erreichen können, ist aber nicht Heilung. Vielmehr dienen sie der Überbrückung von ‚Mängeln‘, etwa im Zusammenhang von „ungewollter Kinderlosigkeit“ oder von irreversibel erkrankten Organen. Ihr formuliertes Ziel ist eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Jedoch setzen sich in der biomedizinischen Praxis auch gesellschaftliche Vorstellungen von der Kontrolle über den Körper und seine Formbarkeit nach gesellschaftlichen Idealen fort und resultieren in einer wechselseitigen Verstärkung von Eigenanspruch und gesellschaftlichem Auftrag.

Besonderheiten des Körperbildes: Regionalisierung und Parzellierung

Reproduktionsmedizin und Organtransplantation betreffen zwar den ganzen Menschen. In deren Zentrum steht aber der Körper bzw. nur Teile desselben. Die Ursachen, die eine Behandlung als angezeigt erscheinen lassen, werden in Organen lokalisiert. Nach Organen aufgeteilt, sind auch die einzelnen Spezialisierungen der Fachärzte und -ärztinnen. Spezialisierung – und dementsprechend auch immer differenzierteres Wissen über die Beschaffenheit und das Funktionieren von Organen – geht einher mit einer Regionalisierung und Parzellierung des Körpers, einer Aufteilung in Zonen und Organe, die untersucht und behandelt werden. Organe, meist unter der Haut oder im Körper-

innern verborgen, können durch Techniken der Sichtbarmachung isoliert und visualisiert werden. Sie werden zu Objekten, die wie Fremdkörper betrachtet werden können, losgelöst von der subjektiven Erfahrung und dem Empfinden des ‚Besitzer‘ bzw. der ‚Besitzerin‘. Sie werden zu abtrennbaren Dingen, die der ‚Besitzer‘ als seine eigenen nicht wiedererkennt – und schon gar nichterspürt. Diese von der Sichtbarmachung her entpersonalisierten Organe sind auch Voraussetzung etwa für Organtransplantation, d.h. die Übertragung von Organen von einem Körper auf einen anderen. Ähnliches gilt jedoch auch in der Reproduktionsmedizin für Befruchtungen, die mit „Spendersamen“ durchgeführt werden: Das Sperma und seine Qualitäten an sich stehen im Vordergrund. Dieses wird in seiner Verwendung ebenfalls insofern vom „Spender“ losgelöst (man spricht allgemein auch von „Spermagewinnung“) als es als vollständig abgetrennt von der sozialen Person in Kliniken aufbewahrt und verwendet wird.

Die Regionalisierung und Parzellierung betrifft also einerseits den Körper und seine Teile. Wie wir sehen werden, beinhaltet sie andererseits die Abtrennung und Loslösung nicht nur eines Teiles vom Ganzen, sondern auch eines Abspaltens des Körpers von der Person. Das Verhältnis von Teilen zum Ganzen und umgekehrt ist ein wesentliches strukturelles Merkmal, das beide Technologien auszeichnet. In leicht veränderter Form tritt es in verschiedenstem Zusammenhang wieder auf. Die Regionalisierung und Parzellierung des Körpers, die Aufteilung des Ganzen in Teile sowie die Abspaltung des Körpers von der Person bedeuten eine Fragmentierung in mehrfacher Hinsicht. Gleichzeitig erfahren diese ‚Regionen‘ und ‚Teile‘ auch eine Hierarchisierung; so wird etwa über das Gehirn und seine Funktionsfähigkeit entschieden, ob eine Person tot ist und die übrigen, hierarchisch untergeordneten Organe explantiert und weiter verwendet werden dürfen. Diese neuen, wissenschaftlich-rational begründeten Zu- und Umgänge mit Körpern und Körperteilen tangieren auch überlieferte kulturelle Bedeutungen von Organen (z.B. des Herzens) und bewirken Prozesse der Reinterpretation.

Auch die Prozesse von Zeugung und Sterben zeichnen sich nach der heute gültigen Definition durch Fragmentierung aus, die den Umgang damit bestimmt. Die vollständige Auftrennung von Sexualität und Zeugung war die Hauptvoraussetzung für die Reproduktionsmedizin. Was dann folgte, die Bestimmung und Aufteilung in Einzelschritte von Abläufen und Handlungen, die in der Zeugung eines Kindes resultieren sollen, ist eine konsequente Weiterführung dieser ersten Grundbedingung. Für Organtransplantation ist die Fragmentierung des Sterbens ebenfalls eine grundlegende Voraussetzung. Der Beginn dessen, was als Sterben definiert ist, ist jeweils kontextabhängig und beinhaltet immer auch eine soziale Zuschreibung. Nur durch eine Aufteilung des Sterbeprozesses in einen Tod der Person (mit dem „Hirntod“ erlösche die Person) und in einen Tod des Körpers bzw. der Organe sind Entnahme und Verpflanzung von noch lebensfähigen, sogenannten vitalen Organen möglich.

Als erstes sollen nun die Regionalisierung und Parzellierung des Körpers am Ablauf von Diagnose und Behandlung in beiden Sparten der Humantechnologien dargestellt werden.

Die *Reproduktionsmedizin* befasst sich mit der Schaffung neuen Lebens, das sich zu einem ganzheitlichen, sozialen Wesen entwickelt. Dies bedeutet, dass die Auswirkung der Hilfe zur Fortpflanzung weit über die Ebene der Zellen hinausführt und bis ins Zentrum gesellschaftlichen Lebens reicht. Die Reproduktionsmedizin fokussiert jedoch in erster Linie auf weibliche und männliche Körper: Sie befasst sich mit endokrinen Organen, Hormonen, die sie produzieren, sowie den männlichen und weiblichen Geschlechtsorganen. Wenn zwar die Körper von Frauen und Männern gleichermaßen zum Untersuchungsgegenstand der Reproduktionsmedizin werden, so sind die Be-

lastungen und Folgen jedoch ungleich auf beide Geschlechter verteilt. Denn in jedem Fall ist es die Frau, die schwanger werden soll/muss. Es ist der Frauenkörper, der deshalb in sehr viel größerem Ausmaß Eingriffen und Behandlungen – einer reproduktionsmedizinischen Kontrolle – ausgesetzt ist. Auf die Frau konzentrieren sich Leid – und Mitleid (Greil 2002:101). Die Reproduktionsmedizin hat verschiedene Techniken entwickelt, mit deren Hilfe körperlich-organische Aspekte der männlichen und weiblichen „Sterilität“ behandelt werden können. Am Anfang steht der Test, der ein Wissen schafft, das weitreichende Konsequenzen hat: Frauen und Männer werden durch die Interpretation der Testresultate mit dem gesunden oder kranken/mangelhaften Zustand ihres Körpers konfrontiert (Gottweis et al. 2004:84-85). Tests bedeuten Kontrolle über Körper; sie sind Voraussetzung für die Behandlung von „ungewollter Kinderlosigkeit“.

Die reproduktionsmedizinischen Techniken und Behandlungsmöglichkeiten haben eine besondere sprachliche Regelung für physische, als Mangel klassifizierte Zustände hervorgebracht; sie signalisieren, ob und mit welchen möglichen Therapien sie verschieden behandelbar sind. Der Begriff der „Sterilität“ wird in der heutigen deutschsprachigen reproduktionsmedizinischen Praxis verwendet, wenn nach ein bis zwei Jahren mit regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eingetreten ist. Unterschieden wird zwischen primärer „Sterilität“, wenn noch nie eine Schwangerschaft eingetreten ist, und sekundärer „Sterilität“, wenn nach einer Schwangerschaft keine weitere eintritt. Unter „Sterilität“ werden die Störungen zusammengefasst, die eine Empfängnis und Schwangerschaft verhindern. „Infertilität“ bezeichnet die Unfähigkeit, ein lebensfähiges Kind auszutragen und zu gebären. In der Andrologie bezieht sich die Bezeichnung „Sterilität“ auf beide Partner (vgl. Ulrich et al. 1988:172; Pschyrembel 1993:1461). Diese Bezeichnungen unterscheiden sich offensichtlich vom englischsprachigen Gebrauch, wo „infertility“ die Ausgangslage für reproduktionsmedizinische Behandlungen, „sterility“ jedoch als unumkehrbarer physischer Zustand verstanden wird (vgl. Sandelowski and Lacey 2002:34-35).

Bei der Untersuchung des weiblichen „Sterilitätsfaktors“ steht zunächst die Diagnostik der Eierstockfunktion im Mittelpunkt. Es wird überprüft, ob überhaupt ein Eisprung stattfindet. Die Eileiter spielen ebenfalls eine zentrale Rolle, da ein Tubenfaktor (Verklebungen, Verwachsungen oder Verschlüsse) dafür verantwortlich sein kann, dass eine Schwangerschaft nicht zustande kommt. Diese Organe sowie der Uterus – also alles im Prinzip unsichtbare, d.h. innere Teile der Genitalien – werden auf ihre Funktionsfähigkeit hin untersucht.

Bei einem Mann befasst sich die Reproduktionsmedizin in erster Linie mit der Körpersubstanz Sperma. Aufgrund von Ejakulat, das zuvor durch Masturbation gewonnen wurde, wird ein Spermogramm erstellt. Dieses gibt Aufschluss darüber, wie wahrscheinlich die Befruchtung einer Eizelle ist. Finden sich im Ejakulat keine befruchtungsfähigen Samenzellen, werden die Hoden oder Nebenhoden gegebenenfalls biopsiert und die gewonnenen Spermien bzw. Spermiovorstufen untersucht.

Die Parzellierung des Körpers im Zusammenhang mit der reproduktionsmedizinischen Praxis lässt sich besonders deutlich daran erkennen, dass das Hauptaugenmerk auf Hormonen sowie den weiblichen und männlichen Zeugungssubstanzen, also auf den Ei- und Samenzellen, liegt. Sie werden als Einzelteile betrachtet und losgelöst vom Körper verwendet.

*Organtransplantation*¹² ist eine chirurgische Behandlungsmethode, bei der vitale Organe eines Körpers auf einen oder mehrere andere Menschen übertragen werden. Krankhafte Organe, die ihre

12 Der Bereich der Xenotransplantation, d.h. der Übertragung tierischer Organe auf Menschen wird in der vorliegenden Studie ausgeklammert.

lebenswichtigen Funktionen nicht mehr oder nur eingeschränkt ausführen, werden ersetzt. Damit soll das Überleben bzw. eine bessere Lebensqualität der Empfänger erreicht werden. Aber auch Transplantationen von äußerlich sichtbaren Körperteilen sind möglich, befinden sich jedoch noch im experimentellen Stadium.¹³ Die Organtransplantation befasst sich also primär mit äußerlich nicht sichtbaren Organen. Damit ist vor allem die Region des Körperinneren Gegenstand der Transplantationsmedizin.¹⁴

Voraussetzung für eine Organtransplantation sind funktionsfähige Organe für die Übertragung. Es gibt die Möglichkeit der Entnahme einer Niere und von Leber- und auch Lungensegmenten zu Transplantationszwecken aus dem Körper eines Lebenden. Die Übertragung solcher Organe ist in Deutschland laut Transplantationsgesetz, das 1997 in Kraft trat, jedoch nur bei „Verwandten ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobten oder anderen Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“ (§ 8, Abs. 1 TPG), möglich. Der größte Teil der transplantierten Organe in Deutschland stammt von sogenannten „postmortalen Organspendern“, Patienten, die entweder durch traumatische Ursachen (bspw. schwerste Schädelverletzungen nach einem Unfall) oder atraumatische Ursachen (z.B. ein geplatztes Hirnaneurysma) ein irreversibles Hirnversagen, auch „Hirntod“ genannt, erleiden. Erst mit Erfindung der künstlichen Beatmung – Grundlage intensivmedizinischer Behandlung überhaupt – ist es möglich, die Herzkreislauffunktionen solcher Patienten über einen gewissen Zeitraum noch aufrecht zu erhalten. Eine Rückkehr ins Leben ist bei einem irreversiblen Hirnversagen definitiv ausgeschlossen,¹⁵ jede weitere medizinische Maßnahme hält den Körper dieses Menschen in seinem Sterbeprozess auf. Das irreversible Hirnversagen kann nur auf einer Intensivstation diagnostiziert werden. Ärzten ist damit ein Kriterium gegeben, ab dem sie ohne Vorwurf der „unterlassenen Hilfeleistung“ oder gar Tötung die intensivmedizinische Behandlung abbrechen dürfen. Zum Zweck der Organtransplantation kann der Organismus solcher Patienten bis zur Entnahmeoperation weiter aufrechterhalten werden.

Während auf der Spenderseite eine parzellierte Sicht auf den Körper vorherrscht, rückt auf der Empfängerseite der Organismus als System – zwangsläufig – stärker ins Blickfeld: Denn der Körper des Empfängers beginnt unweigerlich, das eingepflanzte Organ durch eine immunologische Abwehrreaktion zu zerstören. Die Transplantationsmedizin muss das Immunsystem überlisten

13 Für große Aufmerksamkeit in den Medien sorgte die erste Handtransplantation im September 1998 in Lyon, Frankreich (Frankfurter Rundschau vom 25.09.98). Am 8. März 2000 wurde die erste Handtransplantation im deutschsprachigen Raum in Österreich durchgeführt. Im Jahre 2003 wurde erstmalig einem Patienten eine Zunge transplantiert, nach einigen Wochen konnte der Mann wieder schlucken und lernte langsam sprechen (Neue Zürcher Zeitung 2003). Britische und US-amerikanische Chirurgen streben bereits an, Menschen mit einem entstellten Gesicht auch ein komplettes Gesicht zu transplantieren. Dies sei möglich, da sich das Gesicht als eine Schicht aus Haut, Fett und Bindegewebe von einem Kopf herunterziehen lasse. Unter anderem aus ethischen Gründen geschah dies bisher jedoch nicht (Berndt 2004). Vgl. auch S.3.

14 Im Folgenden soll deshalb Organtransplantation eingeschränkt werden auf die Übertragung von Organen im herkömmlichen Sinne; so wird Organtransplantation auch im öffentlichen Diskurs verwendet. Hierzu zählen: Niere, Herz, Pankreas, Lunge. Herz/Lunge sowie Pankreas/Niere können auch zusammen übertragen werden. Die Transplantation von Dünndarm und den inneren Organen en block befindet sich noch im experimentellen Stadium. Unabhängig vom „Hirntod“ (s.u.) können auch Augenhornhäute, Gehörknöchelchen, Teile des Kniegelenkes, Zell- und Fetalgewebe sowie diverse Knorpel und Haut transplantiert werden. Auch die Übertragung von Knochenmark zählt im weitesten Sinne zu den Organtransplantationen, auf die wir im Folgenden jedoch nicht näher eingehen. Die Übertragung von Blut, das auch als Organ gilt und mittlerweile im großen kommerziellen Stil gehandelt wird, ist eine der ersten Formen der Organübertragung und mit Bedingung für weitere Organtransplantationen, für die oft große Mengen an Blut und/oder Blutplasma benötigt werden.

15 Dies unterscheidet Menschen im Zustand des „Hirntodes“ von tief komatösen Patienten, bei denen eine Rückkehr ins Leben durchaus noch möglich sein kann!

oder unterdrücken, um längerfristige Behandlungserfolge zu erzielen. Dies geschieht heute hauptsächlich auf zwei Ebenen: Erstens durch den Versuch einer Verringerung der biologisch-genetischen Differenz zwischen Empfängerkörper und Spenderorgan und zweitens durch die möglichst gezielte Unterdrückung des Immunsystems der Empfängerinnen und Empfänger. Eine vollständige Übereinstimmung der Gewebeeigenschaften kann aber – außer bei eineiigen Zwillingen – nie erreicht werden. Deshalb wird nach einer Transplantation das Immunsystem der Patientinnen und Patienten durch Medikamente, manchmal auch durch Bestrahlungen, zumindest partiell unterdrückt.¹⁶ Die Transplantationsimmunologie sucht deshalb nach neuen Wegen zur Verhinderung der Abstoßungsreaktionen, nicht zuletzt im Hinblick auf eine mögliche Übertragung von Tierorganen auf den Menschen.

Die Parzellierung des Körpers in Zusammenhang mit Organtransplantation, d.h. der besonderen Betrachtung einzelner Organe und ihrer Funktionen im Gegensatz zum „Körper als Ganzen“ (siehe Kapitel II) ist bereits in der zunehmenden Aufsplitterung der Medizin¹⁷ in Spezialdisziplinen, wie beispielsweise der Nephrologie oder Kardiologie, verankert. Diese Sichtweise ist auch in die Gesetzgebung zum deutschen Transplantationsgesetz eingeflossen, das als Gegenstand die Organe in einer Eigenexistenz außerhalb des Körpers beschreibt, ohne diesen als Referenzrahmen zu erwähnen. Die Organe Herz, Niere, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Darm werden darüber hinaus mittels eines gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrens nicht nur vom Körper isoliert, sondern auch anonymisiert. Somit kann bei einer Organübertragung nur die Koordinierungsstelle die entnommenen Organe mit den personenbezogenen Daten der „Organspender“ in Beziehung bringen. Für alle übrigen Beteiligten erscheinen die vermittelten Organe isoliert, vergegenständlicht und anonymisiert – und damit losgelöst von der Person des „Organspenders“.

Die gesellschaftlichen Voraussetzungen: rechtliche Rahmenbedingungen

Dass der Körper bei humantecnologischen Behandlungen nicht nur auf Physis beschränkt ist oder nur aus ‚Modulen‘ besteht, liegt auf der Hand. Der Körper ist gleichzeitig Leib und damit verkörperlichtes Individuum, das mit Sinnen ausgestattet ist und über diese mit der Umwelt kommuniziert und sie wahrnimmt, also sinnlich erfährt. Der Mensch mit der Dimension des Selbst, seiner Innenwelt, seinen Gefühlen, seinem Mittelpunkt, von dem aus er anderen Menschen begegnet und sich in dieser Begegnung wieder erkennt, ist und hat zugleich einen Körper. Dies bedeutet: Der Mensch ist immer ‚verkörpert‘; gleichzeitig ‚besitzt‘ er einen Körper, der Gegenstand von Behandlungen werden kann. Selbst und Person werden somit davon berührt. Aus diesem Grund waren rechtliche Rahmenbedingungen notwendig, die den Humantecnologien einen Handlungsspielraum zuweisen. Dieser soll sicherstellen, dass die Person bzw. das Selbst nicht in Mitleidenschaft gezogen wird. Gleichzeitig stehen den Patienten humantecnologische Behandlungsmethoden zur Disposition; es ist an ihnen, Möglichkeiten zu prüfen und eine Wahl zu treffen.

Die zentralen Fragen, um eine gesellschaftliche Akzeptanz und Normalität zu schaffen, kreisen um das Problem: Wann beginnt das Leben eines Menschen und wann endet es? Erstere Frage

16 Erst durch die Zulassung des immunsuppressiven Medikaments *Cyclosporin* 1983 konnten die Behandlungserfolge der Transplantationsmedizin deutlich verbessert werden und sich in Teilen als Standardbehandlung etablieren.

17 Wir verstehen darunter die Schulmedizin im üblichen Sinne.

hängt mit Reproduktionstechniken zusammen, letztere mit Organtransplantationen. Vor der technologischen Entwicklung in der Medizin wurden Zeugung und Tod in der Bundesrepublik nicht gesetzlich normiert. Die Forderung und Umsetzung einer gesetzlichen Regelung offenbart, dass die neuen Technologien dieses kulturelle Selbstverständnis, wie mit Zeugung und Tod umzugehen ist, in Frage stellten. Interessant ist, dass der Gesetzgeber im Embryonenschutzgesetz nicht definierte, wann das Leben einer Person beginnt, sondern nur von welchem Zeitpunkt in der Entwicklung welche Manipulationen ausgeschlossen sind.¹⁸ Dieser ist auf den 14. Tag nach der Befruchtung festgelegt. Mit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes wurde dagegen der „Hirntod“ als Tod des Menschen definiert.¹⁹ Wie der „Hirntod“ allerdings diagnostiziert werden soll, wurde nicht in das Gesetz eingeschrieben, da die Parlamentarier dem fortschreitenden medizinischen Erkenntnisstand Rechnung tragen wollten. Der medizinische Ablauf bei der Organtransplantation wird jeweils von dem „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ abhängig gemacht (§ 3 Abs. 2 und § 10 Abs. 2 TPG). Des Weiteren verpflichtet das Transplantationsgesetz die Bundesärztekammer, „Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ zu erstellen. Mit dieser Kompetenzanerkennung des wissenschaftlichen Fortschritts und deren zu erwartenden neuen Entwicklungen und Ergebnissen hat der Deutsche Gesetzgeber erstmals einer Interessenvertretung das Monopol zugesprochen, Definitionskompetenz im Rahmen von Gesetzgebung auszuüben. Damit wurde eine bislang unbekannte Flexibilität im gesetzlichen Umgang erreicht: Das Transplantationsgesetz kann sich der rasanten Dynamik und Entwicklungsfähigkeit der Medizin immer wieder neu anpassen, ohne dass eine erneute parlamentarische Entscheidung notwendig wird. Dieses Anpassen gesellschaftlicher Verhältnisse an wissenschaftliche Erkenntnisse hat der britische Soziologe Anthony Giddens als Kennzeichen der Gesellschaften der Moderne beschrieben und als ‚constitutive reflexivity‘ bezeichnet.²⁰ Dies bedeutet: Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden entsprechend dem jeweiligen neuesten Wissensstand modifiziert, den abstrakte Expertensysteme hervorbringen. Diese Modifikationen beeinflussen und verändern das soziale Leben. Umgekehrt beeinflussen die gesellschaftlichen Verhältnisse die Bedingungen eben dieser Expertensysteme. Der Deutsche Bundestag reagierte mit den Gesetzesverabschiedungen im Bereich des Embryonenschutzes und der Organtransplantation auf die rasanten medizintechnischen Entwicklungen. Auch die „Convention on Human Rights and Biomedicine“, die das Ministerkomitee des Europarates im November 1996 verabschiedete (die so genannte „Bioethik-Konvention“), dokumentieren die Auseinandersetzung um rechtliche Rahmenbedingungen für Humantechnologien.²¹

Das Embryonenschutzgesetz will den Missbrauch reproduktiver Technologien verhindern, wie er zum Zeitpunkt seiner Verabschiedung 1990 aufgefasst wurde. Der Gesetzgeber orientierte sich

18 Das „Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – EschG)“ trat am 1.1.1991 in Kraft. Es definiert lediglich den Embryo in § 8 ESchG und legt damit zwar den Beginn des Lebensschutzes, nicht aber den Zeitpunkt des Menschwerdens fest.

19 Der zweite Abschnitt des „Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)“, der mit der Überschrift „Organentnahme bei toten Organspendern“ überschrieben ist, legt als Entnahmekriterium bei den Organspendern den „endgültige[n], nicht behebbare[n] Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ fest (§ 3 Abs. 2 TPG).

20 „The reflexivity of modern social life consists in the fact that social practices are constantly examined and reformed in the light of incoming information about those very practices, thus constitutively altering their character“ (Giddens [1990] 1992:38).

21 Bis Juli 2005 ratifizierten 19 der 46 Mitgliedsstaaten die Bioethik-Konvention, die einen Minimalkonsens unter den europäischen Ländern sucht. Mit Blick auf jene Länder, die Forschung an Embryonen bereits erlauben, wird lediglich ein angemessener Schutz für den Embryo verlangt. Die Bundesrepublik hat sich trotz des Zusatzprotokolls über ein menschliches Klonverbot bisher nicht zur Ratifizierung durchbringen können.

daran, inwieweit durch die Verfassung geschützte Rechtsgüter wie das Persönlichkeitsrecht, das Recht auf körperliche Unversehrtheit und die Menschenwürde durch die neuen Manipulationsmöglichkeiten verletzt oder gefährdet werden können (vgl. Bundestags-Drucksache [BT-Drs.] 11/5460:6). Das Ziel, den verfassungsrechtlich garantierten Schutz weiter gewährleisten zu können, verfolgt das Embryonenschutzgesetz mit einzelnen Verboten: (1) Die Befruchtung außerhalb des Körpers für Fortpflanzungszwecke zu reservieren; (2) das Entstehen überzähliger Embryonen zu verhindern; (3) fremdnützige Experimente mit menschlichen Embryonen auszuschließen; (4) einen Einstieg in die Eugenik zu verhindern; (5) das Recht auf Selbstbestimmung über die eigene Fortpflanzung zu gewährleisten und (6) Formen der gespaltenen Mutterschaft zu verhindern²² (Keller et al. 1992:121 f.).

Nach den Motiven des Embryonenschutzgesetzes beschränkt sich der Schutz des Embryos auf seine Existenz *in vitro*. Nachdem der Embryo in die Gebärmutter der Frau transferiert worden ist und sich dort eingenistet hat, greift das Strafgesetzbuch (§§ 218 ff. StGB) ein, welches den Embryo nur vor der vorsätzlichen Tötung im Mutterleib schützt. Damit erfolgte eine folgenreiche Aufteilung in einen Embryo *in vitro* – einen Embryo als separate Einheit – und einen Embryo *in vivo* (Richardt 2003), der mit der Frau eine Einheit bildet (vgl. Wiesemann 2002, Duden et al. 2002) und im Mittelpunkt der Abtreibungsdebatte steht. Mit dem Embryo *in vitro* befasst sich das Embryonenschutzgesetz. Allerdings weist auch der Schutz *in vitro* einen fragmentarischen Charakter auf, da familienrechtliche und medizinrechtliche Auswirkungen nicht geregelt wurden. Das Embryonenschutzgesetz beschränkt sich somit darauf, mit strafrechtlichen Verboten möglichen Missbräuchen neuer Fortpflanzungstechniken zu begegnen (vgl. BT-Drs. 11/5460:7). Kontrovers diskutierte Probleme, über die sich die Parlamentarier in der 11. Wahlperiode nicht abschließend einigen konnten, klammert das Embryonenschutzgesetz dagegen aus. So schweigt das Gesetz zur vielfachen Forderung, die „künstliche“ Befruchtung nur bei Ehepaaren anzuwenden. Damit bleibt die Entscheidung dem behandelnden Arzt überlassen, ob auch andere Personen (insbesondere nicht-eheliche Lebensgemeinschaften) behandelt werden dürfen. Die Berufsordnung für Ärzte, die bereits auf dem 88. Ärztetag 1985 verabschiedet wurde, legt allerdings für alle Mediziner und Medizinerinnen verbindlich fest, die Durchführung der In-vitro-Fertilisation sowie den Gameten- und Embryotransfer grundsätzlich auf Ehepaare zu beschränken.²³ Die homologe und heterologe Insemination, d.h. das artifizielle Einbringen des Samens vom Ehemann (homolog) oder von einem „Samenspender“ (heterolog), bleiben dagegen auch in den ärztlichen „Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ (1998) unregelt. Das Embryonenschutzgesetz verfolgt als ein zentrales Ziel, die gesplante Mutterschaft - insbesondere die „Leihmutterschaft“ - schon im Vorfeld zu verhindern. Es schweigt aber über die gesplante Vaterschaft, d. h. die Befruchtung mit fremdem Sperma, und schließt diese somit nicht aus. Das Gesetz schränkt aber ein, wie „Spender-samen“ verwendet werden darf: Die Auswahl nach Geschlechtschromosomen, somit auch bei einer „Samenspende“, und jede postmortale künstliche Befruchtung sind verboten; die Zustimmung des „Samenspenders“ wird vorausgesetzt. Die heterologe Insemination sowie die In-vitro-Fertilisation dürfen nur von Ärzten ausgeführt werden, die nach der ärztlichen Berufsordnung der Ärztekammer nachweisen müssen, dass die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind. Weitere Folgeprobleme, die sich aus der Verwendung von „Spendersperma“ ergeben, werden im Embryo-

22 Damit sind die „Eizellenspende“ bzw. der Embryotransfer von einer Frau auf eine andere sowie „Leihmutterschaft“ explizit ausgeschlossen.

23 Ausnahmen werden nur nach Zustimmung einer Ethikkommission möglich, die von einer Ärztekammer eingerichtet sein muss (s. Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion 1998:A-3168).

nenschutzgesetz nicht erwähnt – ob beispielsweise die Anonymität des „Spenders“ oder stattdessen das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung zu garantieren ist oder welche Kriterien für die Aufbewahrung, Dokumentation und Kommerzialisierung von „Spendersamen“ (z.B. Regelungen über Samenbanken) gelten sollen.²⁴

Auch wenn keine abschließende gesetzliche Regelung für alle aufgeworfenen Fragen im Umgang mit den reproduktiven Technologien gefunden werden konnte, ist die Wirkung des Embryonenschutzgesetzes auf die reproduktionsmedizinische Entwicklung in Deutschland eindeutig: Deutschland hat im Vergleich zu anderen europäischen Staaten, (v.a. zu England) einen der restriktivsten Regelungskataloge. Wie wir in Kapitel IV aufzeigen werden, muss diese restriktive Politik zweifellos vor dem Hintergrund der nationalsozialistischen Vergangenheit, v.a. der Massensterilisierungsprogramme, gesehen werden, während der Hunderttausende Menschen zwangssterilisiert wurden (vgl. auch Richardt 2003:110). Das Verbot jeglicher fremdnütziger Verwendung von Embryonen, die nicht seiner Erhaltung dienen, schließt eine Forschung an menschlichen Embryonen aus. Aus diesem Grund ist auch die Präimplantationsdiagnostik verboten, bei der einem Embryo nach den ersten Zellteilungen eine oder mehrere Zellen entnommen und auf chromosomale oder genetische Defekte untersucht werden.²⁵ Aufgrund der Gesetzesdefinition, dass jede totipotente Zelle, die einem Embryo entnommen wird, einen Embryo darstellt (vgl. § 8 Abs. 1 ESchG), fällt die Präimplantationsdiagnostik an totipotenten Zellen unter das Verbot der ‚verbrauchenden‘ Embryonenforschung, da sich die untersuchten sowie die ausgesonderten Embryonen nicht zu einem menschlichen Individuum entwickeln können. Darüber hinaus ist eine Auswahl von Embryonen aufgrund ihres Geschlechts grundsätzlich verboten, um eine positive Eugenik zu verhindern. Ein weiteres Hauptmotiv bei der Konzeption des Embryonenschutzgesetzes war, die Entstehung ‚überzähliger‘ Embryonen zu verhindern und nur so viele Eizellen extrakorporal (d.h. außerhalb des Körpers) zu befruchten wie innerhalb eines Zyklus auf die Frau übertragen werden können. Damit versucht der Gesetzgeber das Problem mit eingefrorenen Embryonen zu umgehen, die nicht mehr implantiert werden. In Großbritannien werden beispielsweise regelmäßig ‚überschüssige‘ Embryonen aufgetaut und vernichtet (vgl. z. B. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 05.09.2004). Um solche Konsequenzen zu verhindern, ist das Einfrieren von Embryonen, das im Ausland zum reproduktionsmedizinischen Alltag gehört, in Deutschland verboten. Stattdessen hat sich eine bemerkenswerte deutsche Variante entwickelt, nach der das Pronukleus-Stadium, das so genannte Vorkernstadium, kryokonserviert wird.²⁶ Darüber hinaus dürfen nur drei befruchtete Eizellen innerhalb eines Zyklus auf die Frau übertragen werden, um die Risiken von Mehrlingsschwangerschaften zu senken und einen Fötizid – die Abtreibung einiger Föten, die sich

24 Es existieren in diesem Bereich lediglich Richtlinien der Bundesärztekammer, wonach die Verwendung von „Spendersamen“ nur unter folgenden Voraussetzungen zulässig ist: Der Wunschvater ist unfruchtbar; die Verwendung von so genannten Samencocktails, einem Gemisch von Samen verschiedener Spender, ist ausgeschlossen; da das Kind ein Recht auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung besitzt, erklärt sich der „Samenspender“ mit der Bekanntgabe seines Namens an das Kind durch den Arzt einverstanden, falls das Kind später um diese Auskunft bittet; der Wunschvater und der „Samenspender“ sind darüber aufgeklärt worden, dass die Vaterschaft sowohl von dem sozialen (Wunsch-)Vater als auch von dem Kind selbst angefochten werden kann (Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion 1998:A-3170 f.).

25 In den meisten europäischen Ländern (insbesondere in Großbritannien, Belgien und den Niederlanden) ist die Präimplantationsdiagnostik ein zulässiges Verfahren, das vor allem von Paaren mit Erbkrankheiten in Anspruch genommen wird (vgl. Strech 2003:5). Weltweit sind bis 1998 etwa 200 Kinder nach präimplantationsdiagnostischem Testing geboren worden (vgl. Kollek 2002:22).

26 Der Vorkern gilt noch nicht als Embryo. Die Samenzelle ist zwar schon in die Eizelle eingedrungen, die haploiden Chromosomensätze haben sich aber noch nicht vereinigt. Kryokonservierte Vorkerne werden in flüssigem Stickstoff eingefroren und bei -196°C eingelagert.

gleichzeitig in die Gebärmutter eingenistet haben – zu verhindern. Das Verbot der „Eizellen- und Embryonenspende“, das gespaltene Mutterschaften von vornherein ausschließen soll, schränkt die Anwendung der reproduktiven Technologien in der Bundesrepublik ebenfalls ein.²⁷ „Leihmutter-schaften“ werden per Gesetz unter Strafe gestellt.²⁸ Auch Schwangerschaften von Frauen im postmenopausalen Alter, die durch „Eizellenspende“ prinzipiell möglich wären,²⁹ sind aufgrund des Embryonenschutzgesetzes in Deutschland nicht erlaubt. Darüber hinaus sind in der Bundesrepublik durch die ärztliche Berufsordnung Spermabanken nicht frei zugänglich. Spermabestellung ‚nach Katalog‘, bei der „Kinderwunsch“-Paare oder die Frau den „Samenspender“ auswählen, sind nicht möglich, da der Arzt die Spenderauswahl trifft.³⁰ Dadurch sind ganze Personengruppen wie alleinstehende Frauen und homosexuelle Paare von der offiziellen Anwendung reproduktiver Technologien in der Bundesrepublik ausgeschlossen.

Das gesellschaftliche Verständnis, das technologische Verfahren in die kulturelle Praxis integriert und andere als Missbrauch deklariert, verändert sich trotz gesetzlich definierter Normen. Wenn der Druck technisch-naturwissenschaftlicher Erkenntnisse steigt, weil sie neue Anwendungsmöglichkeiten aufzeigen, passen sich nach Anthony Giddens' Postulat die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wieder an. Viel versprechende Forschungsergebnisse mit embryonalen Mausstammzellen stellten das Embryonenschutzgesetz bereits 1999 wieder in Frage. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die das Forschungsprojekt des Neurobiologen Oliver Brüstle an der Universitätsklinik Bonn finanzierte, forderte eine rechtliche Klärung, ob sie Brüstles Forschungsantrag mit menschlichen embryonalen Stammzellen fördern könne (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 20.01.2001). Daraufhin verabschiedete der Deutsche Bundestag im April 2002 das Stammzellgesetz³¹, das den Import menschlicher Stammzellen zu Forschungszwecken unter strengen Auflagen erlaubt. Damit stößt das Stammzellgesetz in eine Regelungslücke des Embryonenschutzgesetzes, das nach wie vor in Deutschland gültig ist: Die Forschung an in Deutschland in vitro gezeugten Embryonen bleibt weiterhin verboten. An den ausländischen embryonalen Stammzellen darf indes geforscht werden, wenn die Forschungsvorhaben hochrangig, ethisch vertretbar und nicht mit tierischen Zellen zu bearbeiten sind. Die Forschungsgenehmigung erteilt das Robert-Koch-Institut in Berlin zusammen mit der Zentralen Ethik-Kommission für Stammzellenforschung (ZES). Das Stammzellgesetz beschreibt nicht nur das Genehmigungsverfahren detailliert, sondern schränkt die Einfuhr weiter ein: Die importierten Stammzellen müssen älter als ein gesetzlich definierter Stich-

27 Ähnliches gilt beispielsweise für Österreich, Italien, Norwegen, Schweden und die Schweiz, im Unterschied etwa zu Spanien, Großbritannien und den USA (Orobitg & Salazar 2005:32).

28 Leihmutter-schaften und richterliche Entscheidungen über die Herausgabe von Babies aufgrund von Leihmutter-schaftsverträgen sind beispielsweise aus den USA bekannt. Insbesondere der Fall des Babies M. im Jahr 1987 hat weltweites Aufsehen erregt (vgl. die Darstellung des Falles in Raymond 1995:71 ff.).

29 Die Zeitungen berichten immer wieder von über 60-jährigen Frauen und deren „spätes Mutterglück“ im Ausland. Besonders der italienische Frauenarzt Severino Antinori ist immer wieder in den Schlagzeilen. Er erhielt gar einen Eintrag ins Guinness-Buch der Rekorde, weil er einer 63-jähriger zur Mutterschaft verhalf (Berndt 2002). In Deutschland machte die späte Mutterschaft einer 64-jährigen Schlagzeilen, die 2007 in der Aschaffener Frauenklinik ein Mädchen gebar. Nach Angaben der Klinik, hatte sich die Frau im Ausland die Eizelle einer jungen Frau implantieren lassen, die zuvor mit dem Samen des ebenfalls 64 Jahre alten Ehemannes befruchtet worden war (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 3.12.2007).

30 Populäre Samenbanken wie die ‚Nobelpreisträger‘-Samenbank in Kalifornien existieren deshalb in Deutschland nicht.

31 Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen (Stammzellgesetz – StZG). Der Gesetzestext ist online verfügbar unter: www.bundesrecht.juris.de/stzg/index.html.

tag sein.³² Dieser Stichtag soll sicherstellen, dass die Nachfrage aus Deutschland keinen Verbrauch an menschlichen Embryonen im Ausland veranlasst. Daneben stellt das Stammzellgesetz sicher, dass die Stammzellen nur aus ‚überzähligen‘ Embryonen gewonnen werden, die nicht eigens für Forschungszwecke hergestellt wurden. Schließlich ist eine Vergütung der Paare, von denen die Embryonen zur Stammzellengewinnung stammen, verboten.

Seitdem in der Bundesrepublik seit den 1960er Jahren Organ- und Gewebetransplantationen durchgeführt werden, wird auch in diesem medizinischen Bereich um eine gesetzliche Regelung der zivil- und strafrechtlichen Absicherung gerungen. Da die rechtlichen Voraussetzungen für eine Organentnahme bis Inkrafttreten des *Transplantationsgesetzes* am 1.12.1997 nicht gesetzlich geregelt waren, entwickelte die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren 1987 einen „Transplantationskodex“. Das Regelwerk fasst im Rahmen des geltenden Rechts die wesentlichen medizinischen, ethischen und juristischen Grundsätze zusammen. Somit hatten die Mediziner und Medizinerinnen sich selbst Rahmenbedingungen geschaffen, nach denen die medizinische Praxis in den Transplantationszentren bis 1997 gestaltet war.

Die Grundlage, welche die Organtransplantationen legitimierte, war die Akzeptanz des „Hirntodes“ als Tod des Menschen. Das Hirntodkonzept geriet jedoch als eine ‚neue‘ Definition des Todes in die öffentliche Diskussion, da Kritiker einen „Hirntoten“ als einen sterbenden, also noch lebenden, Menschen begreifen. Demnach führt erst die Entnahme lebenswichtiger Organe bei der Explantation den Tod des „Organspenders“ herbei. Das kann und konnte jedoch nach dem damals und heute geltenden Recht nicht einmal die Einwilligung der Betroffenen rechtfertigen, da § 216 des Strafgesetzbuches Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt. Somit war der Gesetzgeber gefordert, diese Fragen zu beantworten und Rechtssicherheit zu schaffen. Ein zunehmender Rückgang der Spendebereitschaft in der Bevölkerung motivierte zusätzlich die Initiative zu einer gesetzlichen Lösung. Die Rechtsunklarheiten über die Voraussetzungen der Organtransplantation sowie eine negative Medienberichterstattung wurden für die sinkende Spendebereitschaft verantwortlich gemacht (vgl. BT-Drs. 13/4355:10). Die Politiker und Politikerinnen hofften, die bestehende Rechtsunsicherheit durch eine rechtliche Absicherung der Organübertragung und ein Verbot des Organhandels beseitigen zu können und damit die Spendebereitschaft langfristig zu erhöhen.

Die Diskussion um ein Transplantationsgesetz begleitete eine aufmerksame Öffentlichkeit, deren polarisierende Positionen sich auch in den Gesetzesvorschlägen wiederfinden. Die Auseinandersetzungen kreisten vornehmlich um drei Punkte: die Bedeutung des „Hirntodes“ für die Zulässigkeit einer Organentnahme, die Form der Zustimmungsvoraussetzung des Betroffenen und seiner Angehörigen sowie die Gestaltung von Aufklärung und Beratung zur Organspende. Das Transplantationsgesetz erkannte die schon bestehende Praxis in der Bundesrepublik in den entscheidenden Fragen an. Das Politikervotum legitimierte rechtlich sowohl das umstrittene Hirntodkonzept als auch die diskutierte erweiterte Zustimmungslösung. Demnach können Organe nach der Feststellung des „Hirntodes“ entnommen werden, wenn der „Hirntote“ zu Lebzeiten persönlich zustimmte oder – wenn keine persönliche Erklärung vorliegt – seine Angehörigen zustimmen.³³ Die

³² Das Stammzellgesetz definierte mit dessen Inkrafttreten den 1. Januar 2002 als verbindlichen Stichtag. Auf Druck der embryonalen Stammzellforschung, die an jüngeren Stammzelllinien forschen will, wurde der Stichtag mit der Gesetzesnovelle vom 16.5.2008 wieder revidiert und um mehr als fünf Jahre auf den 1. Mai 2007 verschoben.

³³ Auch in allen anderen europäischen Ländern und in den USA ist der „Hirntod“ als Todeszeichen für die zulässige Entnahme von Organen gesetzlich festgeschrieben. Eine Ausnahme stellt das japanische Transplantationsgesetz dar, da dort der „Hirntod“ ausdrücklich nur für den Fall einer Organentnahme als sicheres Todeszeichen aner-

Hoffnung aller Fraktionen, mit der rechtlichen Umsetzung der bestehenden Praxis die Spendebereitschaft zu erhöhen, erfüllte sich allerdings nicht.³⁴ Zunehmend werden auch andere Gründe für die zu niedrige Zahl von Organspendern diskutiert, insbesondere die geringe Beteiligung von Krankenhäusern und Kliniken mit Intensivstation. Sie sind laut Gesetz zur Beteiligung an der „Gemeinschaftsaufgabe Organspende“ verpflichtet. Jedoch auch 2006 meldeten nur 45% der Häuser mit Maximalversorgung potentielle Spender (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007). Die öffentliche Kritik an der gesetzlichen Regelung ist bis heute noch nicht verstummt. Kurz nach In-Kraft-Treten des Transplantationsgesetzes am 1. Dezember 1997 sind Verfassungsbeschwerden gegen einzelne Bestimmungen des Transplantationsgesetzes vom Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe entschieden worden. 253 Kläger und Klägerinnen hatten sich zusammengeschlossen und gegen die erweiterte Zustimmungslösung argumentiert: Die Möglichkeit einer Organentnahme nach dem Tod mit Zustimmung einer anderen Person verstoße gegen die Menschenwürde und das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Das Gesetz nötige indirekt zu einer Erklärung zu Lebzeiten. Zudem verstoße die Todesfeststellung des „Hirntodes“ gegen die Menschenwürde und die Religionsfreiheit des Grundgesetzes, da der Todesprozess Teil des menschlichen Daseins sei und somit der Schutz der Verfassung auch für „Hirntote“ gelte. Die Verfassungsrichter wiesen jedoch die Klage mangels unmittelbarer Betroffenheit als unzulässig ab, da das Transplantationsgesetz die Möglichkeit vorsehe, den befürchteten Grundrechtsverletzungen durch Erklärung eines Widerspruchs vorzubeugen. Demnach hätten es die Betroffenen selbst in der Hand, einer Organentnahme eindeutig zu widersprechen, sodass niemand durch das Transplantationsgesetz in seinen Grundrechten beeinträchtigt sei (Az. BvR 2261/98 und 1 BvR 2156/98 vom 24.3.1999, vgl. auch den Abdruck der Verfassungsbeschwerde in: Schachtschneider/Siebold 1999). Auch die Verfassungsbeschwerde eines Dialysepatienten, eines Arztes und eines „Organspenders“, die sich gegen die Beschränkung der „Lebendspende“ auf Verwandte und den Patienten nahe stehende Personen richtete, war abgewiesen worden. Die Bundesverfassungsrichter begründeten ihre Entscheidung mit den Motiven der Gesetzesinitiative: Das Transplantationsgesetz solle vor allem die Freiwilligkeit der „Organspende“ sichern und jede Form des Organhandels vorbeugen. Dies seien Ziele für das Allgemeinwohl, die den Gesetzgeber zu einem Eingriff in das Grundrecht auf Leben berechtigen. Der Kläger muss deshalb die faktische Benachteiligung hinnehmen, keinen nahe stehenden „Lebendspender“ zu finden, und auf die Niere eines „Hirntoten“ warten (AZ:1 BvR 2181/98 vom 24.8.1999).

Wegen des nach wie vor geringen Spenderaufkommens wird die Ausweitung der Lebendorgan-spende auch im Parlament erneut diskutiert. Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages spricht sich jedoch in ihrer Empfehlung vom Januar 2005 für eine Beibehaltung der bisherigen gesetzlichen Grundlagen aus. Die so genannte Cross-overspende zwischen sich fremden Paaren, die mit ihren jeweiligen Partnern nicht kompatibel sind, wäre weiterhin „nur in einer juristischen Grauzone möglich.“ (BT-Drucksache [BT-Drs.]

kannt wird, wenn eine Person zu Lebzeiten einer Organentnahme zustimmte. Für alle anderen Fälle gilt weiterhin die in Japan vertretene Todesdefinition, dass der Tod mit dem Stillstand des Herzens eintritt (Nickel 1999:22 ff.). Auch die enge Zustimmungslösung, nach der eine persönliche Erklärung des „Hirntoten“ vorliegen muss, ist weltweit nur in Japan gesetzlich verankert (Nickel 1999:26 ff.). Zur kulturellen Konstruktion des japanischen Todeskonzeptes im Vergleich mit den USA siehe Lock (2002).

34 Zwischen 2001 bis 2003 füllten nur 5-6% der „Organspender“ in Deutschland zu Lebzeiten einen Organspendeausweis aus, in den folgenden Jahren stieg der Anteil auf um die 7%. Auch die Ablehnungsrate bei der Bitte um „Organspende“ blieb in diesem Zeitraum konstant bei 35%, stieg im Jahre 2004 jedoch auf 39,3%. Im Jahre 2006 wurden rund 68% aller potentieller Organspender Organe entnommen (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2001-2007).

15/5050:73-74; Ärzte Zeitung, 19. 01.2005).³⁵ Nicht erlaubt sind weiterhin anonyme Lebendspenden von Menschen, die damit ihren Partnern, denen sie aufgrund von Blutgruppeninkompatibilität nicht direkt ein Organ spenden können, die Chancen auf der Warteliste für Lebendspenden verbessern wollen, sie können nicht in einen Organpool spenden – ein Modell, das von Eurotransplant gefordert wird. Begründet wird die Empfehlung des Bundestagsgremiums mit der Angst vor einer Ausweitung des Organhandels (Bundestagsdrucksache (BT-Drs.) 15/5050). Der Nationale Ethikrat proklamiert hingegen in seiner aktuellen Stellungnahme eine radikale Revision des bestehenden Transplantationsgesetzes, um die Zahl der „Organspenden“ zu erhöhen. Auf dessen Empfehlung soll in Deutschland die Widerspruchslösung eingeführt werden, nach der jeder und jede zum „Organspender“ bzw. „Organspenderin“ wird, der/die zu Lebzeiten nicht schriftlich widersprochen hat (Nationaler Ethikrat 2007). Die ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer setzt sich dagegen für anonyme Lebendspenden und die so genannte Poolinglösung ein, der Vorstand der Bundesärztekammer ist dagegen zurückhaltender, da auch er die Gefahr der Kommerzialisierung sehe (Ärzte Zeitung, 19.01.2005).

Abläufe: Diagnosen und Möglichkeiten der Behandlung

Zu Reproduktionsmedizin und Organtransplantation gehören feststehende Untersuchungs- und Diagnosemethoden, die Grundlage und Ausgangspunkt für eine gezielte und möglichst erfolgreiche Behandlung darstellen. Mögliche Ursachen, die eine Behandlung als angezeigt erscheinen lassen, sollen als erstes bestimmt werden. Die diagnostizierten körperlichen ‚Mängel‘/Krankheiten der Patienten werden in ein Verhältnis zu den medizinisch-technischen Maßnahmen gesetzt, die daran anschließen. Bei der Reproduktionsmedizin geht die Initiative immer von einem ungewollt kinderlosen Paar³⁶ aus, das sich für die Möglichkeit entschieden hat, medizinische Dienste in Anspruch zu nehmen. Diagnose und Therapie beinhalten bei Humantechnologien immer den Transfer von Körpersubstanzen: Sperma (des Partners oder eines „Spenders“) bzw. das Einsetzen von *in vitro* befruchteten Eizellen. Da Zeugung in jedem Fall durch die Vereinigung von Substanzen zweier verschiedener Organismen zustande kommt, gelten die reproduktionsmedizinischen Eingriffe – wie sie im Rahmen des Embryonenschutzgesetzes zugelassen sind – als eine Erweiterung oder als eine Förderung an sich ‚natürlicher‘ Vorgänge. Bei Organtransplantation liegen die Verhältnisse komplizierter, da es sich bei Organen – im Unterschied zu Sperma – um ‚nicht-erneuerbare‘, einmalige und auch vitale Körpersubstanzen handelt. Organe sind, im Unterschied etwa zu Blut oder Sperma, nicht spontan entfremdbar. Durch chirurgische Eingriffe müssen sie aus dem Körperinnern herausgeholt und in einen anderen Körper eingesetzt („eingepflanzt“) werden. Organtransplantationen bringen deshalb über das vitale Organ, das vom einen Körper auf einen anderen übertragen wird, zwei Individuen miteinander in Verbindung. Dabei macht es selbstverständlich einen großen Unterschied, ob es sich um eine „Lebendspende“ (etwa die Niere eines Verwandten) oder um einen „postmortalen Organspender“ handelt. Bevor darauf näher eingegangen wird, sollen die einzelnen Behandlungsschritte und -möglichkeiten für beide Humantechnologien aufgezeigt werden.

35 Prof. Dr. Linus Geisler, Facharzt für Innere Medizin, gibt zu bedenken, dass die Überkreuz-Lebendspende in der Lebendspenden-debatte einen unverhältnismäßig großen Raum einnimmt, da sie in Deutschland pro Jahr nur etwa für fünf bis sechs Paare infrage käme (2004).

36 In 35% der Fälle ging die Initiative zu einer reproduktionsmedizinischen Behandlung von der Ehefrau, in nur 3 Prozent vom Ehemann aus; 53 Prozent gaben einen gemeinsamen Entschluss des Paares an (Onnen-Isemann 2000:6).

„Sterilität“ und ihre Behandlung

Bei jedem Erstgespräch (auch „Kinderwunsch-Sprechstunden“ genannt) zwischen dem Arzt und dem ungewollt kinderlosen Paar erfolgt eine ausführliche Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese).

Bei der körperlichen *Untersuchung* der Frau werden zunächst die äußeren und die inneren Genitalien kontrolliert. Der Mann wird einer urologischen Untersuchung unterzogen, um den andrologischen „Sterilitätsfaktor“ zu bestimmen. Diese sieht neben einer Hormonanalyse eine körperliche Untersuchung der äußeren Genitalien vor sowie die Erstellung eines SpermioGRAMMS, um die Spermien auf Qualität, Quantität und Beweglichkeit zu prüfen.

Weibliche „Sterilität“ wird, sofern keine operativen Eingriffe notwendig sind, in erster Linie mit Hilfe von Hormontherapien behandelt. Bei männlicher „Sterilität“ werden im Wesentlichen zwei Behandlungsmöglichkeiten der männlichen „Sterilität“ angewendet: die medikamentös-hormonelle und operative Behandlung und chirurgische Eingriffe (z.B. bei Krampfadern am Hoden und bei Verschlüssen der Samenleiter). Ebenfalls operativ kann eine Refertilisation erfolgen (Schirren et al. 1989:169-186). Mit Hilfe des operativen Eingriffs der mikrochirurgischen Spermatozoen-Aspiration aus dem Nebenhoden (MESA) können Spermiovorstufen direkt aus den Nebenhoden gewonnen werden. Eine weitere Möglichkeit, Samenzellen mikrochirurgisch zu gewinnen, bietet die testikuläre Spermienextraktion (TESE). Mit den mittels MESA oder TESE gewonnenen Samenzellen oder Spermiovorstufen kann die Methode der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) durchgeführt werden (s.u.). Des Weiteren besteht die Möglichkeit, überzählige Samenzellen zu kryokonservieren. Im Folgenden wollen wir nun die komplexen medizinischen Therapien darstellen, mit deren Hilfe versucht wird, die weibliche und/oder männliche „Sterilität“ zu überbrücken, um eine Befruchtung und anschließende Schwangerschaft zu erreichen.

Es gibt zwei *Varianten der Insemination*.

Eine homologe Insemination mit aufbereitetem Sperma wird durchgeführt, wenn beim Ehemann oder Partner Störungen bezüglich Menge, Form und Beweglichkeit der Samenfäden vorliegen, bei einem vorzeitigen Samenerguss, Erektionsstörungen oder immunologischer³⁷ „Sterilität“ auf Seiten des Mannes oder der Frau. Die Spermien gelangen dabei direkt in den Gebärmutterhals oder die Gebärmutter (*intrauterin* oder *intrauterin*), was ihre Überlebenschancen steigern kann. Das durch Masturbation gewonnene Sperma des Ehemannes oder Partners wird mit einem Kulturmedium versetzt und zentrifugiert. Danach wird es mittels eines dünnen, weichen Katheters direkt in die Gebärmutter oder den Gebärmutterhals gebracht. Der Zyklus wird gleichzeitig beobachtet, und gegebenenfalls erfolgt eine Stimulation und die Auslösung des Eisprungs.

Bei heterologer Insemination wird auf „Spendersperma“, d.h. auf kryokonserviertes Sperma eines „Spenders“ zurückgegriffen, das vor der Insemination aufgetaut wird. Die heterologe Insemination wird zumeist bei Zeugungsunfähigkeit oder bei der Weitergabe von schweren genetischen Erkrankungen des Ehemannes angewandt. In der Bundesrepublik gab es Ende der 1990er Jahre etwa 45 Praxen bzw. Zentren, die heterologe Inseminationen durchführen; die Gesamtzahl der Behandelten ließ sich damals pro Jahr auf ca. 4.500 bis 5.000 abschätzen (Beier 1997:54).³⁸ Wie

37 Bestimmte Abwehrmechanismen im Körper können sog. Antikörper bilden, die sich an die Samenzellen anlagern und diese in der Beweglichkeit hindern, wodurch eine Befruchtung erschwert bzw. unmöglich wird. Diese Antikörper können sowohl von der Frau als auch vom Mann selbst gebildet werden.

38 Neuere Zahlen liegen nicht vor.

das Gesundheitsportal Medizinfo feststellt, wird die heterologe Insemination in Deutschland zunehmend seltener angewandt; genaue Zahlen liegen jedoch nicht vor (Medizinfo Gynäkologie, 28.09.2005);

Die heute gängigen Techniken reproduktionsmedizinischer Behandlung sind: In-vitro-Fertilisation (IVF); Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit Embryotransfer) und Intratubarer Gametentransfer (GIFT).

Unter *In-vitro-Fertilisation (IVF)* mit Embryotransfer versteht man die extrakorporale Befruchtung nach hormoneller Vorbehandlung und Zyklusüberwachung. Die Indikationen für eine In-vitro-Fertilisation sind überwiegend Eileiterverschluss oder fehlende Eileiter (Tubenfaktor). Die Erfolgsquote der einzelnen Techniken ist unterschiedlich groß; sie ist auch abhängig vom Alter der Frauen. Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Schwangerschaft liegt bei einer intrauterinen Insemination mit milder Stimulation pro Behandlungszyklus bei ca. 10 - 15 %. Bei einer Therapie mittels IVF bei 25 - 30 % und bei ICSI bei ca. 28 %. Eine Behandlung mit zuvor tiefgefrorenen befruchteten Eizellen (Vorkernstadium) hat eine Wahrscheinlichkeit von 18 Prozent. (Kinderwunschzentrum Frankfurt/M. Abteilung Reproduktionsmedizin, 08.06.08)

Die bei der extrakorporalen Befruchtung entstehenden ‚überzähligen‘ befruchteten Eizellen im Vorkernstadium können auf Wunsch des Ehepaares sofort kryokonserviert werden. Sie werden für einen späteren Transfer aufgetaut, um dann unmittelbar in den Uterus der Frau transferiert zu werden. Weltweit werden die Schwangerschaftsraten mit ca. 25 (bzw. 30%) pro Transfer angegeben. Da rund 20% der Schwangerschaften in einer Fehlgeburt enden, liegt die Rate der Frauen, die tatsächlich ein Kind bekommen, bei ca. 20% pro Versuch (Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen, Kinderwunsch, 28.09.2005; Erfolgchancen, 29.04.2008; Human Fertilisation and Embryology Authority 2000: 16, 02.06.08); insgesamt, d.h. bei mehreren Versuchen, liegt die Rate bei 43 Prozent (Ärzte Zeitung 19.02.2007). Bei 60% der Paare führte erst der sechste Befruchtungsversuch zum Wunschkind (Ärzte Zeitung 12.12.2005).

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit Embryotransfer (ET): Diese Therapieform wurde im deutschen Register erstmals für die Jahre 1994 und 1995 vermerkt. Das Vorgehen bei der Mikroinjektion ist einschließlich der Punktion mit der Methode der In-vitro-Fertilisation identisch. Danach wird jedoch jeweils ein Spermium mit einer Mikropipette aufgenommen und durch die äußere Eihülle direkt in die Eizelle injiziert. Nach einer erfolgten Befruchtung und Teilung in ein Vier- oder Achtzellstadium erfolgt der Embryotransfer wie bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) beschrieben. Konkret sind die Erfolgchancen von Methoden IVF oder GIFT bei Frauen unter 35 Jahren den natürlichen Chancen pro Zyklus, schwanger zu werden, zu vergleichen und liegen realistisch bei etwa 15%. ICSI ist die derzeit wohl erfolgreichste Technik, aber auch hier übersteigt die ‚baby-take-home‘-Rate kaum 20% (Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen, Erfolgchancen, 02.06.08).

Intratubarer Gametentransfer (GIFT): Die Befruchtung erfolgt *in vivo*, im Körper. Sie verläuft bis zur Eizellentnahme mit der In-vitro-Fertilisation identisch. Dabei werden die gewonnenen reifen Eizellen mit dem aufbereiteten Sperma in den Eileiter eingespült. Für die Methode des intratubaren Gametentransfers muss mindestens ein Eileiter durchgängig sein; sie wird u.a. bei ungeklärter ‚Sterilität‘ oder geringer Spermienzahl angewendet. Da die Erfolgsraten meist nicht besser sind als bei der IVF, aber mit einer Bauchspiegelung einhergeht, ist diese Methode in Deutschland nicht

mehr sehr gebräuchlich (Die Kinderwunsch-Seite; Abteilung Allgemeinmedizin Göttingen, Erfolgschancen, 02.06.08).

Seit dem Jahr 1982 gibt es in der Bundesrepublik Deutschland eine freiwillige Registrierung von IVF-Zentren, die, wie es in den Statuten heißt, eine Maßnahme zur Qualitätssicherung darstellen. Die Teilnahme am Deutschen IVF-Register, das von der (nicht näher genannten) Industrie gefördert wird, ist neuerdings gemäß Berufsordnung verpflichtend. Ihm gehören heute (2007) 122 Zentren, d.h. 78 Praxen, 14 Kliniken, 30 Universitätskliniken an. In den Jahren 1986/87 kam es zur Gründung eines jährlich stattfindenden Treffens der deutschen IVF-Gruppen. Mit zunehmenden berufspolitischen und vor allem abrechnungstechnisch schwieriger werdenden Problemen verlangten zahlreiche IVF-Gruppen eine Vertretung, die sich besonders im Bundesinnenministerium für Arbeit und Soziales Gehör verschaffen konnte. Es folgte die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (AGGEF) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Im Mai 1996 wurde eine weitere Interessenvereinigung gegründet. Der Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren e.V. vertritt besonders die berufspolitischen Interessen der in freier Praxis oder privater Klinik tätigen IVF-Spezialisten.

Im Jahr 2005 wurden in den damals 121 IVF-Zentren insgesamt 60.081 Behandlungen (Zyklen) an 36.733 Frauen vorgenommen. Bei 4.539 Patientinnen fand keine weitere Behandlung statt. Die Anzahl der Behandlungen und deren Erfolgsrate bei den insgesamt 55.542 Frauen gestaltete sich folgendermaßen (Stand 20.09.2005): die 11.410 IVF-Zyklen führten zu 1.924 Geburten (und 679 Aborten); die 26.370 ICSI-Zyklen resultierten in 4.521 Geburten (und 1.514 Aborten), 600 IVF/ICSI in 134 Geburten und 14.998 Kryotransfers in 1.619 Geburten (und 624 Aborten). Insgesamt kamen auf 53.378 IVF-/ICSI-/IVF/ICSI- und Kryotransfer-Behandlungen 9961 Lebendgeburten und 41 Totgeburten. Dies ergibt ein Mittel von 6 Versuchen pro Lebendgeburt. Die „babytake-home“-Rate lag 2005 für IVF bei 16,85 Prozent, bei ICSI bei 17,14 Prozent, bei IVF-ICSI bei 22,33 Prozent und bei Kryotransfers bei 11,04 Prozent (Deutsches IVF-Register Jahrbuch 2005).

Bei allen reproduktionsmedizinischen Behandlungen – auch bei Hormongaben – bestehen gesundheitliche Risiken. Frauen sind diesen mehr ausgesetzt als Männer. Die Risiken reichen von hormonellen Überstimulierungen, Verletzungen innerer Organe über Mehrlingsgeburten bis zu Fehlbildungen beim Kind (vgl. dazu Berg 2003:25-27). Im Vergleich zu anderen Ländern Europas (insbesondere Frankreich und England) wird die ICSI-Methode in Deutschland offensichtlich prozentual beträchtlich häufiger angewendet und soll dem Niveau der USA entsprechen (Berg 2003:29).

Transplantation von Organen

Bei der Reproduktionsmedizin spielt im Fall der heterologen Insemination die „Spenderseite“ fast keine Rolle. Es besteht kein ‚Spermamangel‘ (die ‚Spender‘ erhalten für ihre ‚Spende‘ auch eine finanzielle Entschädigung) und Sperma kann tiefgefroren (d.h. zeitlich langfristig) aufbewahrt werden. Im Unterschied dazu ist die ‚Spenderseite‘ im Fall der Organtransplantation von herausragender Bedeutung, da Organe eine äußerst knappe Ressource darstellen, die zudem in ihrer Verfügbarkeit durch Kriterien der Übereinstimmung zwischen ‚Spender‘ und Empfänger noch weiter eingeschränkt wird. Die Transformation eines Kranken zum ‚Hirntoten‘ und damit zum potentiell-

len und dann tatsächlichen „Organspender“ ist ein fließender Übergang: der Wendepunkt wird von außen durch ärztliche Diagnosen und Verfügung der Angehörigen bestimmt.

Grundsätzlich zu unterscheiden nach Herkunft der Organe ist die sog. „postmortale Organspende“, bei der die Organe „hirntoten“ Patienten entnommen werden von der Lebend- oder Verwandtenspende.

Die „*Lebendspende*“ wird hauptsächlich bei Nierentransplantationen angewandt. Sie sollte nur Notlösung aufgrund des Organmangels sein, wird jedoch in den letzten Jahren zunehmend ausgeweitet. 1996 betrug ihr Anteil noch 6,4% an den Nierentransplantationen, seit 2004 um die 19% (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2005-2007). Dabei liegt ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern vor: 64% der Lebendspender im Jahre 1999 waren weiblich, jedoch nur 38% der Empfänger einer Lebendspende (vgl. Biller-Andorno 2002:201).³⁹

Zum Verwandtschaftsgrad zwischen „Spender“ und Empfängern im Jahre 1999: Mütter liegen mit 27% an der Spitze der „Spender“, gefolgt von Ehefrauen mit 19%. Erst dann kommen Väter (13%), Ehemänner (11%), Schwestern (12%) und Brüder (8%). Die restlichen Übertragungen fallen auf Verwandte höheren Grades (5%) und nicht verwandte Personen (3%), die im neuen Transplantationsgesetz als „in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehend“ (§ 8 Abs. 1 TPG) bezeichnet werden. Es lässt sich ein eindeutig asymmetrisches Geschlechterverhältnis feststellen: Frauen spenden bei weitem häufiger als Männer! (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2000:34)

Weiter ist es möglich, Leber-, Lungen-, und Pankreassegmente einem lebenden „Spender“ bzw. meistens einer lebenden „Spenderin“ zu entnehmen. Eine „Lebendspende“ stellt immer auch ein gesundheitliches Risiko für den „Spender“ dar: Wie bei jeder Operation und Narkose besteht auch hier ein gewisses Risiko, die Operation nicht zu überleben, sowie weitere mögliche gesundheitliche Belastungen durch den chirurgischen Eingriff und die nun eingeschränkte Kapazität des verbleibenden Organs.

Der größte Teil der Organe wird „hirntoten Organspendern“ entnommen und auch als „*postmortale Organspende*“ bezeichnet. Der Weg aller „hirntoten Organspender“ führt über eine Intensivstation, denn ein nicht-intensivmedizinisch behandelter Mensch mit irreversiblen Hirnversagen würde – wie erläutert – zwangsläufig den ‚normalen‘ Herztod sterben. Nur diejenigen, die trotz intensivmedizinischer Behandlung nicht mehr ins Leben zurückgeholt werden können, kommen als „potentielle Organspender“ in Frage. Zum irreversiblen Hirnausfall kann es durch folgende Erkrankungen kommen: Schädelhirntraumen, Hirnblutungen, Hirninfarkte, Tumore und Missbildungen sowie Geburtsschäden. Der Anteil der durch Unfälle (Schädelhirntraumen) ausgelösten irreversiblen Hirnausfälle ist in den letzten Jahren gesunken, sodass die sogenannten atraumatischen Ursachen seit 2004 bereits 75% aller „Organspender“ ausmachen. Demnach entspricht das Bild vom jungen verunglückten Motorradfahrer als dem ‚klassischen‘ „Organspender“ nicht mehr der Realität. Das Durchschnittsalter der „Organspender“ betrug 2003 48 Jahre, elf Jahre mehr als noch im Jahre 1991, mit weiterhin steigender Tendenz. Der Statistik der Deutschen Stiftung Organtrans-

39 Dieses Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern lässt sich auch in andern europäischen wie nicht-europäischen Ländern nachweisen (Biller-Andorno 2002, Thiel et al. 2005; Winter/Decker 2006).

plantation ist zu entnehmen, dass dies vor allem an der Zunahme der „Organspender“ über 55 Jahre liegt und zugleich an einer Abnahme der „Organspender“ im Alter von 16 bis 54 Jahren. Dies wiederum ist bedingt durch den Rückgang der traumatischen Ursachen für den „Hirntod“ – z.B. durch weniger Verkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007). Im Gegensatz zur „Lebenspende“ ist der männliche Anteil an „postmortalen Organspendern“ mit 60% höher als der weibliche (Deutsche Stiftung Organtransplantation 1999:3). Insgesamt meldeten seit dem Jahre 2000 deutsche Krankenhäuser jährlich 1.800 bis 1.900 mögliche Organspender, bei etwas mehr als 1.000 „Hirntoten“ (im Jahre 2006 sogar 1.259) kam es zu Organentnahmen (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2001-2007). Um dem Mangel an Transplantaten zu begegnen, werden zunehmend auch sogenannte marginale Organe transplantiert – Organe, die z.B. intoxikierten „Spendern“ entnommen wurden oder aus anderen Gründen schlechtere Funktionen aufweisen (Siegmond-Schultze 2005). Zum potentiellen „Organspender“ können also Menschen fast jeden Alters werden.

Die Zeit von „Hirntod“-Diagnose bis zum Abschluss der *Organentnahme* stellt für die Angehörigen einen zusätzlich belastenden Zeitraum dar, in dem sie zwar ‚wissen‘, dass der Angehörige ‚tot‘ ist, sein Körper sich jedoch noch in eine Art ‚Zwischenzustand‘ befindet, der sich bis zu einem Tag und manchmal noch länger hinziehen kann. Der vollständige biologische Sterbeprozess bis hin zum Leichnam wird für diesen Patienten also herausgezögert. Nach der Hirntoddiagnostik ist der Betroffene im strengen Sinne kein Patient mehr, da von medizinischer Seite nichts mehr für eine Verbesserung seines Zustandes getan werden kann und er durch die gesetzliche Festlegung des Hirntodes als Tod des Menschen im Transplantationsgesetz als verstorben gilt. Der ärztliche Heilauftrag an ihm ist damit erloschen. Alle Handlungen und Behandlungen, die an ihm von jetzt an vorgenommen werden, dienen nicht mehr seinem Wohl, sondern werden zu fremdem Nutzen an ihm vollzogen: Seine Organe sollen das Überleben eines anderen Menschen ermöglichen.

Im Mittelpunkt der intensivmedizinischen Bemühungen steht von diesem Zeitpunkt an die Aufrechterhaltung der übrigen, noch normal arbeitenden Organfunktionen. Für das Pflegepersonal auf der Intensivstation bedeutet dies einen hohen Arbeitsaufwand. Die Versorgung eines „Toten“ kann mehr Zeit einnehmen als die Versorgung schwerstkranker Lebender, von deren Behandlung diese Zeit abgeht. Damit stehen Krankenschwestern und -pfleger auch einem ethischen Dilemma gegenüber (vgl. Conrad/Feuerhack 2002, 2006, Henske 2002, Klein 2004).

Organverteilung und Organempfänger

Rund 12.000 Menschen warteten nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation in der Bundesrepublik auf ein passendes Organ (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007:42). Die gemeinnützige Stiftung Eurotransplant (NL) ist für die Vermittlung aller Organe in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Slowenien und Kroatien zuständig. „Durch den Zusammenschluss der Länder“, so die Deutsche Stiftung Organtransplantation (2005:44), „haben die Patienten größere Chancen, ein immunologisch passendes Organ zu bekommen oder – in dringenden Fällen – sehr schnell transplantiert zu werden.“ Die Bundesärztekammer hat einen verbindlichen Regelungskatalog entwickelt, nach dem eine möglichst ‚gerechte‘ Organverteilung, unabhängig von Wohnort, sozialem Status, finanzieller Situation und Meldung

bei einem bestimmten Transplantationszentrum, gewährleistet werden soll.⁴⁰ Das Transplantationsgesetz, das der Bundesärztekammer diese Aufgabe übertrug (§ 16 TPG), gab dafür lediglich vor, dass die Regeln für die Aufnahme in die Warteliste und für die Organvermittlung nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit, definiert werden müssen. Damit wird angestrebt, dass rein medizinische Kriterien über die Organvergabe entscheiden, soziale Faktoren wie Alter, Familienstand oder Lebenssituation hingegen keine Berücksichtigung finden sollen. Der Erfolg einer Transplantation wird als Überleben des Empfängers sowie die längerfristig gesicherte Transplantatfunktion sowie eine verbesserte Lebensqualität definiert.⁴¹ Patienten, die ohne Transplantation unmittelbar vom Tod bedroht sind, bekommen eine erhöhte Dringlichkeit zugesprochen.

Die Organspende ist in Europa unterschiedlich geregelt. Die erweiterte Zustimmungslösung, wie sie auch das deutsche Transplantationsgesetz vorschreibt, wird neben Deutschland in Dänemark, Griechenland, Großbritannien, den Niederlanden und der Schweiz praktiziert. Die Widerspruchslösung sieht vor, dass Menschen, die gegen eine Organentnahme sind, dies zu ihren Lebzeiten dokumentieren müssen, andernfalls können ihnen Organe zu Transplantationszwecken entnommen werden. Sie wird in folgenden Ländern praktiziert: Belgien, Finnland, Italien, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Slowenien, Tschechien und Ungarn. In der Praxis wird dieser rechtliche Rahmen zumeist nicht ausgeschöpft, sondern im Einzelfall die Einwilligung der Angehörigen eingeholt. Frankreich und die Schweiz praktizieren dies explizit in der so genannten Informationsregelung (Deutsche Stiftung Organtransplantation o.J.). Die Organspenderate in den verschiedenen europäischen Ländern ist unterschiedlich, was auf die verschiedenen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der „Organspende“ zurückgeführt wird, insbesondere die Struktur der Koordination der „Organspende“ (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007).

Land	„Organspender“ pro 1 Million Einwohner (2007)
Spanien	33,8
Frankreich	23,2
Italien	21,7
Ungarn	17,7
Deutschland	15,3
Großbritannien	10,5

Tabelle 1: Organspenderate im europäischen Vergleich (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007)

40 Die Richtlinien sind mit dem Tag der Wirksamkeit der Verträge mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (als Koordinierungsstelle nach § 11 TPG) und Eurotransplant (als Vermittlungsstelle nach § 12 TPG) im Juli 2000 in Kraft getreten (s. Richtlinien zur Organtransplantation gemäß § 16 TPG: A-396). Der Vorstand der Bundesärztekammer verfasste im Mai 2005 eine Neufassung, die dem vorliegenden Text zugrunde liegt (Deutsches Ärzteblatt 2005).

41 Wiesing (1999:230 f.) macht darauf aufmerksam, dass hierin das ethische Prinzip des größtmöglichen Nutzens für den Einzelnen Anwendung findet. Wenn man das Prinzip des größtmöglichen Nutzens für die Gemeinschaft anstrebe, müsste nach Kriterien verteilt werden, welche die Summe der komplikationslosen Jahre aller Patienten möglichst groß werden lässt. Dies verdeutlicht, dass medizinische Entscheidungen auf ethischen Grundlagen beruhen.

Wie die zur Transplantation freigegebenen Organe unter den wartenden Patienten verteilt werden, ist in der Vergangenheit häufig kritisiert worden. Wenngleich die Vermittlung der Organe an Patienten auf der Warteliste nach den oben aufgeführten Kriterien eine möglichst gerechte und auf medizinischen Kriterien basierende Zuteilung anstrebt, gab es bei der Aufnahme in die Warteliste unterschiedliche Voraussetzungen in den einzelnen Transplantationszentren. Jede Entscheidung für oder gegen die Aufnahme in die Warteliste muss, so sehen es die Richtlinien vor, schriftlich begründet werden; die Warteliste kann vom Patienten eingesehen werden. Aufgelistet für die einzelnen Organe sind Indikationen für eine Transplantation genannt. Während der Wartezeit soll die Entscheidung der Transplantationseignung und -notwendigkeit in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Als Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste werden Kontraindikationen aufgelistet, die einen Transplantationserfolg kurz- oder längerfristig gefährden können, so z.B. nicht heilend behandelte bösartige Erkrankungen, klinisch manifeste Infektionskrankheiten, HIV-Infektionen⁴² oder schwerwiegende Erkrankungen anderer Organe. Schwerer Nikotin-, Alkohol- oder sonstiger Drogen-Abusus sowie unzureichende *compliance*, d.h. die Mitarbeit des Patienten, werden als großes Risiko für einen andauernden Transplantationserfolg gewertet; bei Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose erfolgt die Aufnahme in die Warteliste erst dann, wenn der Patient für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat. Bei der Beurteilung der Kontraindikationen „soll stets der körperliche und seelische Gesamtzustand des Patienten gewürdigt und eingeschätzt werden“ (Richtlinien zur Organtransplantation gemäß § 16 TPG 2000:A-397). Nicht nur dieser Zusatz, sondern auch die Auflistung der Kontraindikationen zeigt, dass neben medizinischen immer auch psychosoziale Kriterien für die Bewertung der Erfolgsaussicht miteinbezogen werden, die medizinischen Kriterien also immer mit einer Wertung einhergehen (Taupitz 2003).

Organtransplantation wird dann als Therapiemöglichkeit eingesetzt, wenn herkömmliche Methoden zur Aufrechterhaltung der Funktionstüchtigkeit eines der weiter unten benannten Organe versagen und – mit Ausnahme der Niere – das Leben des Menschen oder seine Lebensqualität massiv bedroht sind. Dementsprechend groß ist die Vielzahl an Grunderkrankungen, die einer Indikation zur Organtransplantation vorausgehen. Die Geschlechtsverteilung bei Transplantationen ist sehr unterschiedlich: der Anteil der Männer auf der Warteliste wie auch der Organempfänger liegt weit über dem von Frauen. Bei der Niere etwa liegt der Prozentsatz von Männern sowohl auf der Warteliste als auch der Empfänger bei über 60%, bei Herzen um die 80%. Dies wird mit der geschlechtsunterschiedlichen Häufigkeit der Krankheiten begründet. Allerdings werden auch eine Reihe weiterer Faktoren genannt, „z.B. eine höhere Aufmerksamkeit des medizinischen Personals gegenüber den Symptomen von Männern sowie ökonomische, verhaltensbedingte und psychosoziale Faktoren.“ Lediglich bei der Lunge machen Frauen 63% der Patienten auf der Warteliste aus, ihr Anteil an durchgeführten Transplantationen beträgt jedoch nur 50% (Robert-Koch-Institut 2003:16-17).⁴³ Durch den Ausbau der Kapazitäten, die für Organtransplantationen zu Verfügung stehen, die Fortschritte in der Immunsuppression sowie die Ausweitung der Altersgrenze für potentielle Organempfänger wird die Indikation zur Organtransplantation immer häufiger gestellt.

Nach der Transplantation sind, im Vergleich zu anderen Operationen, die Eingriffe in den Körper des Organempfängers jedoch noch nicht beendet. Durch die bereits erwähnte notwendige Ma-

42 Seit Einführung verbesserter antiretroviraler Therapien, die die Lebenssituation HIV-infizierter Patienten grundlegend geändert hat, wird seit kurzem diskutiert, ob deren genereller Ausschluss von Organtransplantationen noch gerechtfertigt ist (vgl. Hoffmann / Rockstroh 2004).

43 Dem Phänomen der Geschlechtsunterschiede in der medizinischen Behandlung will die sogenannte Gendermedizin entgegen wirken (vgl. Rieder/ Lohff 2004).

nipulation des Immunsystems sind eine dauerhafte Behandlung und regelmäßige klinische Nachuntersuchungen notwendig. Auch ist die Haltbarkeit eines implantierten Organs beschränkt. Die Funktionsraten beim Herzen liegen fünf Jahre nach der Transplantation bei etwa 70%, bei der Lebertransplantation bei 60% und lediglich 55% der Lungen funktionieren noch nach fünf Jahren, d.h. die anderen Patienten sind entweder verstorben oder hatten das Glück, ein weiteres Organ transplantiert zu bekommen (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007:34, 38, 40). Die Patienten werden in einen Zustand der chronischen Krankheit entlassen und sind nicht geheilt. Sie leben unter einem „Damoklesschwert“, das sie beständig daran erinnert, lediglich „Aufschub“ bekommen zu haben.

Das Immunsystem muss lebenslang unterdrückt werden. Es darf jedoch nicht vollständig ausgeschaltet werden, damit trotz allem noch ein Schutz vor lebensbedrohlichen Infektionen gegeben ist. Die richtige Dosierung der Immunsuppressiva ist eine Gratwanderung. Die transplantierten Patienten müssen in regelmäßigen Intervallen zu Kontrolluntersuchungen in „ihre Klinik“.⁴⁴ Diese notwendige Kontrolle nach einer Organtransplantation führt zu einer weiteren engen Anbindung der Patienten an „ihr“ Transplantationszentrum. Zu Hause müssen die Patienten selbst eine ständige Körperkontrolle durchführen. Ein Leben mit einem transplantierten Organ wird durch dieses notwendige Kontrollregime stark geprägt.⁴⁵

Krankenversicherung: Die Kostenfrage und Recht auf Behandlung

Die Fragen von Gebären/Geburt, Leben, Gesundheit, Krankheit und Sterben/Tod betreffen die Bevölkerung eines Staates und sind deshalb Teil der demographischen Politik, die sich im Public Health-Sektor und seinen Strategien manifestiert. Im Vordergrund steht dabei die Idee der Gesundheit als öffentliches Gut, deren Erhalt oder Wiederherstellung primär dem öffentlichen Interesse dient. Im Unterschied etwa zu den USA oder Großbritannien entwickelte die deutsche Politik, vor allem auf Initiativen des Reichskanzlers Otto von Bismarck schon im 19. Jahrhundert das erste und umfassendste System der Sozialversicherung. Bereits 1883 wurde eine Sozialgesetzgebung („Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“) geschaffen, deren tragendes Prinzip die gemeinschaftliche Absicherung im Krankheitsfall war. Auch wenn diese Grundidee in Deutschland noch heute wirksam ist, veränderte sich im 20. Jahrhundert das Verständnis von Gesundheitspolitik wesentlich, indem Gesundheit zusehend privatisiert und individualisiert wird (Gottweis et al. 2004:75-76). Wie inzwischen nahezu weltweit sind auch in Deutschland grundlegende Veränderungen des Gesundheitssystems im Gang.

Die Krankenkassen wurden geschaffen, um die Gesundheit der Bevölkerung durch medizinische Behandlung im Krankheitsfall zu fördern und vorzeitigen Tod zu verhindern. Aus dieser Perspektive ist verständlich, dass Organtransplantation und Reproduktionsmedizin von den Kassen unterschiedlich eingeschätzt wurden. Eine Organtransplantation wird nur dann als Behandlung ins Auge gefasst, wenn die Gesundheit eines Patienten schwer angegriffen ist oder sogar sein Leben

44 Das Possessivpronomen im Zusammenhang mit Klinik entspricht der tatsächlichen sprachlichen Verwendung durch viele Organempfänger.

45 Das Nichteinhalten dieser Vorschriften wie auch das Unterlassen der notwendigen klinischen Nachuntersuchungen von Seiten der Patienten wird als *non-compliance* bezeichnet. *Non-compliance* ist nach transplantationspsychologischer Einschätzung „eindeutig als passiver Suizid zu sehen“ (Bunzel 1993:29).

auf dem Spiel steht (Krankheit mit Todesfolge). Anders sieht es jedoch im Fall von Kinderlosigkeit aus, die den ursprünglichen Konzepten von Krankheit nicht entsprach.

Erst 1967 wurde Kinderlosigkeit juristisch als Krankheit definiert; 1990 wurde diese gesetzlich festgeschrieben. Die von den gesetzlichen Krankenkassen zu erbringenden Leistungen wurden im Verlauf der vergangenen Jahre immer wieder verändert. Als Begrenzungsfaktoren wirkten die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und die wirtschaftliche Rezession im Allgemeinen. Die gesetzlichen Krankenkassen übernahmen zwischen 1992 und 1998 die Leistungen für „künstliche“ Befruchtungen (vier Versuche der ICSI-Behandlung pro Paar) (siehe dazu ausführlich Nave-Herz/Onnen-Isemann/Oßwald 1996:185-206). 1998 wurde diese Behandlungsform durch einen Beschluss des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen vom Leistungskatalog ausgeschlossen; dies wurde begründet mit „dem Fehlen fundierter Aussagen, die eine Beurteilung von etwaigen mit der Methode der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion verbundenen Risiken wie erhöhte Fehlbildungsraten und vermehrte Chromosomenanomalien erlauben würden“ (Gemeinsame Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen (1999:84). Mit Wirkung vom 1. Juli 1999 wurde auch die einer ICSI zugrunde liegende IVF-Behandlung nicht mehr bezahlt. Klägern gegen diese Beschlüsse gab das Bundessozialgericht am 3. April 2001 Recht, „der Ausschluss von ICSI aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse sei mit höherrangigem Recht (vgl. §27aSGB v) unvereinbar und damit unwirksam“ (Berg et al. 2004:70).

Die Richtlinien über künstliche Befruchtung wurden daraufhin vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 26. April 2002 geändert. Im Jahresbericht 2003 des Deutschen IVF-Registers: schrieben die Verantwortlichen noch:

„Mit 107.675 Behandlungen liegt die Zahl der dokumentierten Behandlungszyklen so hoch wie noch nie. Dies ist unter anderem auch durch den steilen Anstieg der Behandlungszahlen im letzten Quartal des Jahres 2003 als Reaktion auf die drohende Gesundheitsreform zurückzuführen. Im Jahre 2004 werden wir, so viel kann jetzt schon gesagt werden, deutlich geringere Behandlungszahlen zur Kenntnis nehmen müssen.“ (Deutsches IVF-Register Jahrbuch 2003: 5)

Das Zitat spricht eine Dimension an, die über die Gesundheitspolitik im engeren Sinn und ihre direkten Ziele hinausgeht: die marktwirtschaftlichen Dimensionen, das Verhältnis von Angebot und Nachfrage und der damit verbundenen Kosten und deren Deckung (Gottweis et al. 2004).

Die Frage, welche Behandlungen die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland bezahlen und welche nicht, schlägt sich konkret in Zahlen der Nutzung von Behandlungsmöglichkeiten aus. 2003 wurden rund 16.000, 2004 nur noch 10 000 künstlich gezeugte Kinder geboren (BVerfG, 1 BvL 5/03 vom 28.2.2007, Absatz-Nr. [1 – 42]). Auf die IVF-Technik bezogen zeigt sich folgendes Bild: 2002 waren es 12.269 Kinder, 2003 17.616, 2004 noch 7.764 und 2005 schließlich noch 5.482 Kinder, die nach einer IVF-Behandlungen geboren wurden (Ärzte Zeitung, 14.12.2006).

Seit der Gesundheitsreform von 2004 werden Ehepaaren nur noch 50 Prozent der Kosten erstattet; ein unverheiratetes Paar hat, wie ein das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe 2007 beschied, kein Anrecht auf diesbezügliche Kostenerstattung. Der Gesetzgeber hatte medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht als Behandlung einer Krankheit angesehen, was das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil bestätigte (BVerfG, 1 BvL 5/03 vom

28.2.2007, Absatz-Nr. [1 – 42]). Für die 50-prozentige Kostenerstattung bei einem Ehepaar ist zudem Voraussetzung, dass ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Zudem müssen die Ehegatten vorher von einem Arzt, der die Maßnahme nicht selbst durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der „künstlichen“ Befruchtung beraten worden sein. Damit ist eine humangenetische Beratung gemeint; in den Richtlinien wird dazu festgehalten, dass für die dadurch entstehenden Kosten die Krankenkasse des Ehemannes zuständig ist. Auch wurde eine Altersgrenze eingeführt: die Leistungen sind auf Versicherte zwischen dem 25. und für Frauen dem 40., für Männer dem 50. Lebensjahr beschränkt. Die Anzahl der Versuche ist ebenfalls limitiert.⁴⁶

Während die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der Rechtslage auch für Paare bezahlen müssen, die bereits eine erfolgreiche IVF-Behandlung hinter sich haben, übernehmen die privaten Krankenversicherungen die Kosten nicht für eine weitere Behandlung, die zur Geburt eines zweiten Kindes führen soll. Das Oberlandesgericht Bamberg entschied (Az.:1 U 135/04), dass mit der ersten Geburt eines Kindes „das Problem Kinderlosigkeit grundsätzlich behoben sei“. Nach einem Bericht der Ärzte Zeitung waren 40% der Patientinnen, die im Jahr 2004 in Behandlung kamen, von einem der Ausschlusskriterien betroffen (Ärzte Zeitung, 29.03.2005).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass reproduktionsmedizinische Behandlungen insgesamt in einem zunehmenden Maß der finanziellen Eigenverantwortlichkeit eines Paares überlassen bleiben; über Zugang zu diesen Technologien entscheiden damit weitgehend deren individuellen finanziellen Möglichkeiten. Der Zusammenhang zwischen der Nutzung medizinisch-technischer Möglichkeiten der Fortpflanzung und den gesetzlichen Bestimmungen betreffend der Kostenerstattung ist eindeutig: 2003 wurden rund 16.000, 2004 nur noch 10.000 künstlich gezeugte Kinder geboren (BVerfG, 1 BvL 5/03 vom 28.2.2007, Absatz-Nr. [1 – 42]). Nach Angaben der Ärzte Zeitung (2006) waren es 2005 nur noch 5.500 Kinder, die nach einer IVF-Behandlung geboren wurden (Ärzte Zeitung 14.12.06).

46 In-vitro-Fertilisationen sind beispielsweise auf drei Behandlungsversuche limitiert. Siehe Kassenärztliche Bundesvereinigung, <http://www.kbv.de> vom 10.08.2004).

Die Kosten für eine reproduktionsmedizinische Behandlung gestalten sich, wie bereits ausgeführt, je nach dem Status der Patienten (gesetzlich versichert, privat versichert, bzw. Zutreffen der Ausschlusskriterien) unterschiedlich.

Die vollen Kosten für eine Behandlung (ohne Voruntersuchungen) sind in etwa folgendermaßen:

Insemination mit/ohne Stimulation:	200 – 600 €
IVF inkl. Embryotransfer (je nach Eizellanzahl)	1.500 – 2.500 €
ICSI inkl. Embryotransfer (je nach Eizellanzahl)	2.500 – 3.500 €
Anästhesiekosten	290 €
Kryokonservierung von Eizellen	400 €
Lagerungskosten befruchteter Eizellen	100 €
Kryokonservierung von Spermien	350 €
Kryo-Transfer-Zyklus inkl. Medikamente	300 – 400 €
Medikamente pro Versuch:	zwischen 100 und 2.000 €
(Quelle: Fertility Center Berlin, Stand 2008)	

Tabelle 2: Behandlungskosten für künstliche Befruchtung

Wie deutlich geworden ist, wurden bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen bio-soziale und therapiespezifische Ausschlusskriterien (Zivilstand, Alter und Geschlecht, Therapieformen und Fragen des Rechts auf wiederholte Inanspruchnahme) entwickelt; zudem gilt Kinderlosigkeit nicht (mehr) als Krankheit. Dies ist bei Organtransplantationen nicht der Fall.

Da die Transplantationsmedizin schwerstkranken Menschen behandelt, ist die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse gesichert.

Laut Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 10./11. 08. 1971 (BKK S. 307) sowie des Bundessozialgerichtes vom 12. 12. 1972⁴⁷ sind alle im Zusammenhang mit einer *Organtransplantation* entstehenden Kosten von der Krankenkasse des Organempfängers bzw. der Organempfängerin zu tragen. Die Aufwendungen für die ambulante oder stationäre Behandlung der „Organspender“ gelten als Vor- oder Nebenleistung der dem Organempfänger zu gewährenden Heilmaßnahmen, weshalb auch diese Leistungen von den Krankenkassen der jeweiligen Organempfänger getragen werden müssen. Die Finanzierung war bis einschließlich 2002 über Fallpauschalen geregelt, die einen Block „Organbeschaffungskosten“ enthalten. Sie decken alle Kosten ab, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung entstehen (medizinisches Personal, Transport). Seit 2003 erfolgt die Vergütung nach dem international eingesetzten Vergütungssystem basierend auf den Diagnosis Related Groups (DRG). Krankenhäuser, die eine Organentnahme organisieren, bekommen Aufwandsersatzungen von der Koordinierungsstelle Deutsche Stiftung Organtransplantation bezahlt. Die vorliegenden gerundeten Zahlen beinhalten die Kosten ab dem Tag der Operation, inklusive Organbeschaffung.⁴⁸ Um die tatsächlich entstehenden Kosten der Behandlungsmethode Organtransplantation festzustellen, müssten die aufwendigen Vor- und Nachunter-

47 3 RK 47/70 - (USK 72213, WzS 1973:57)

48 Anlage 1.1 zur Bundespflegesatzverordnung, Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen, Stand 1/99.

suchungen in die Kalkulation mit einbezogen werden. Die folgenden, vom Robert Koch Institut ermittelten Zahlen beziehen sich also nur auf die eigentliche Transplantation und sollen lediglich eine grobe Einschätzung der entstehenden Kosten vermitteln.

- Nierentransplantation bei postmortaler Spende: ca. 47.000 Euro
- Nierentransplantation bei Lebendorganspende: ca. 53.000 Euro
- Herztransplantation: ca. 43.000 Euro
- Lebertransplantation bei postmortaler Spende: zwischen ca. 85.000 Euro und 113.000 Euro (nach Hepatitis B/C-Behandlung) (Robert-Koch-Institut 2003:26)

Schwer einsehbar sind die Kosten der lebenslang notwendigen Medikation mit Immunsuppressiva, andere Medikamentenkosten und medizinische Weiterbehandlung, die zum Teil aufwendigen Nachuntersuchungen, wie z.B. Biopsien und Blutbildanalysen, die in der ersten Zeit nach der Transplantation monatlich stattfinden, aber auch erneute Hospitalisationen (z.B. bei Abstoßungskrisen) notwendig machen. Nach Angaben einer Krankenkasse belaufen sich die jährlichen Kosten für Nachsorge nach einer Nierentransplantation auf 6.000 bis 12.500 Euro,⁴⁹ der Pharmakonzern Novartis gibt als Jahrestherapiekosten mit dem von ihm hergestellten Immunsuppressivum Sandimmun®Optoral um die 6.400 Euro an.⁵⁰ Etwaige Retransplantationen bei Transplantatversagen, die z.B. bei Nierentransplantationen 1999 12,2%⁵¹ ausmachten, lassen die Kosten für einen Patienten schnell weit über den angegebenen Wert ansteigen.

Umstritten ist die Kostenübernahme für anfallende weitere Behandlungen und etwaigem Verdienstausfall bei Lebendorganspendern. Der „Organspender“ hat laut Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 10./11.08.1971 keinen Anspruch auf Schmerzensgeld. Eine Entschädigung im Sinne von § 847 BGB wegen Verstümmelung, Schmerzen u.ä. greift hier nicht, da er einer Organentnahme zugestimmt hat und BGB § 847 BGB nur bei unerlaubten Handlungen zutrifft. Die Kosten für Spätfolgen, eventuell auftretende Komplikationen bis hin zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit wie auch das Todesfallrisiko gehen nicht zu Lasten der Krankenversicherung des Empfängers, sondern werden als Arbeitsunfall gewertet, womit die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen werden müssen ([jetzt] § 1 EFZG).⁵² Dennoch gibt es Lücken in der Entschädigung und Absicherung der Lebendspender. Die deutsche Akademie für Transplantationsmedizin fordert eine Verbesserung des Versicherungsschutzes für Lebendspender, da sie bei möglichen Komplikationen nicht durch die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert seien (Bayerisches Ärzteblatt 6/2005). Ebenso empfiehlt die Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ des deutschen Bundestages im Jahre 2005 den Ausgleich für finanzielle Nachteile des Organspenders im Zusammenhang mit der Organspende gesetzlich festzulegen und die Organspender durch entsprechende Beratung auch durch nichtärztliche fachkompetente Personen auf ihre Rechte und mögliche Entschädigungen aufzuklären (Bundestagsdrucksache [BT-Drs.] 15/5050:76-77). Nach einem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes (BGS) vom 16.07.96 (1 RK 15/95) besteht bei illegaler Beschaffung von Organen,⁵³ aber auch bei Aufwands-

49 <http://www.tk-online.de>, 09.August 2005.

50 <http://www.novartistransplantation.de>, 09. August 2005.

51 Weitere 2,6% wurden bereits zum dritten Mal transplantiert (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2000:30). Neuere Zahlen für Zweit- und Mehrfachtransplantationen werden von der Deutschen Stiftung Organtransplantation in ihrer öffentlichen Berichterstattung nicht mehr gegeben.

52 Dies gilt auch für „Blutspenden“ und „Spenden“ anderer körpereigener Gewebe. Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 10./11.08.1971.

53 Etwa aus osteuropäischen Ländern oder Ländern der Dritten Welt (vgl. hierzu auch Kapitel VI).

entschädigungen und Ausgleichszahlungen für den Spender (z.B. für die geringere Lebenserwartung) kein Anspruch auf Kostenerstattung durch die Krankenkasse. Die Nachbehandlung (Kontrolluntersuchungen, Kosten für Medikamente etc.) müssen nach § 27, Abs. 1, SGB V von der zuständigen Krankenkasse übernommen werden.

Die raum-zeitliche Organisation der Humantechnologien

Reproduktions- und Transplantationsmedizin als hochkomplexe Systeme der „Spitzenmedizin“ vereinen, wie wir eingangs auf Grund von Giddens Theorie der spätmodernen Gesellschaft skizzierten, komplexes und vielfältiges Spezialwissen und -können. Gleichzeitig sind diese technologischen Entwicklungen, auf denen diese Expertensysteme basieren, nicht denkbar ohne die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wissenschaftlicher, technischer und ökonomischer Art. Diese Rahmenbedingungen müssen alle auch vor dem Hintergrund von Wertvorstellungen und Handlungsrichtlinien (z.B. Gesetzen) gesehen werden.

Eine weitere Dimension, die ebenfalls nach Giddens ein Charakteristikum dieser spätmodernen Gesellschaft darstellt, besteht in der Trennung von Raum und Zeit bzw. in der Neuorganisation von Raum und Zeit. Tatsächlich folgen sowohl Reproduktionsmedizin wie auch Organtransplantation nicht ‚natürlichen‘ Rhythmen und dem ‚zufälligen‘ Zusammentreffen verschiedener Personen bzw. deren Substanzen. Um es an einem Beispiel zu verdeutlichen: Bei einer „natürlichen“ Zeugung sind zwei Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt (nämlich dem des Geschlechtsaktes) am gleichen Ort zusammen, und zu diesem Zeitpunkt und an diesem Ort findet die Substanzübertragung statt. Im Rahmen der Reproduktionsmedizin spielt diese Synchronie von Personen, Raum und Zeit keine Rolle, vielmehr wird eine völlig neue raumzeitliche Organisation hergestellt. Mit Hormonabgaben werden unter kontrollierten Bedingungen neue Zyklen geschaffen, die Voraussetzung für die Operationalisierung fragmentierter Zeugung sind. Diese Zyklen sind räumlich zwischen festen Terminen in der Arztpraxis und des danach ausgerichteten Alltagslebens Zuhause eingebunden. Frauen sind dieser anderen Rhythmisierung viel länger und auch schmerzvoller unterworfen als Männer. Die hormonelle Stimulierung erfordert von den Frauen nicht nur ein diszipliniertes Anwenden vorgegebener Medikamente oft über viele Monate hinweg, sondern auch die Bereitschaft, während dieser Zeit mit einer oft als unangenehm empfundenen Befindlichkeit zu leben. Diese Zeit endet dann entweder in der erhofften Schwangerschaft und mündet dann, in einem weiteren Schritt, in der Geburt eines gesunden Kindes. Oder aber die Behandlung wird abgebrochen. Jeder Zyklus, der nicht zu einem Erfolg (= Schwangerschaft) führt, bedeutet eine Enttäuschung, ein (Ver-)Zweifeln an der eigenen, zunehmend als unzulänglich empfundenen Weiblichkeit. Jeder neue Zyklus wird immer mehr zu einer Zeitspanne extremer Furcht und Hoffnungen. Für den Mann, selbst wenn er aufgrund ungenügender Spermaqualität sich einer Hormonbehandlung unterziehen muss, erleidet nicht am eigenen Körper die gleichen zeitlich-langgestreckten Phasen wie die Frau – denn sie ist es, die auch im Fall männlicher Sterilität schwanger werden muss. Die raum-zeitliche Organisation der „künstlichen Befruchtung“ führt teilweise zu einer oktroiyerten Synchronisierung (wenn Geschlechtsverkehr nach Zeitplan stattfinden muss), teilweise – je nach Behandlungsart – auch zu einer Entkoppelung, einer Dis-Synchronisierung von Mann und Frau. Beide Zustände werden von vielen Paaren als äußerst belastend empfunden (s. Kapitel III). Mit dem Schwangerwerden – ein Erfolgserlebnis nach einer oft als langen Kampf mit sich selbst empfundener Zeit – muss sich die Frau weiterhin an ein zeitliches Regime der Kontrollen und des

von Hoffnungen und Befürchtung geprägten Wartens auf die Geburt eines gesunden Kindes halten. Manchmal absolvieren Frauen unter ihrem Erwartungsdruck und dem der Reproduktionsmediziner einen mehrjährigen Parcours von Behandlungszyklen und Schwangerschaften. Die Auflösung vormals gelebter raum-zeitlicher Synchronie zwischen dem Paar kann unter den von Außen gesetzten Bedingungen einer anderen Zeitlichkeit zu einer Zerreißprobe werden.

Auf der Ebene der Substanzen, die im Mittelpunkt reproduktionsmedizinischer Technologien und ihrer Akteure stehen, bleibt das Soziale und Psychische unsichtbar, ausgeklammert. Substanzengewinnung und -übertragung bedeutet, dass Spermaabgabe und Spermaeinführung nicht gleichzeitig und auch nicht direkt stattfinden. Bei der In-vitro-Fertilisation geschieht die Zusammenführung der Körpersubstanzen außerhalb des Körpers im Reagenzglas, also in einem künstlich geschaffenen Raum, für den ein künstliches materielles (und soziales) Milieu hergestellt wird („extrakorporale Befruchtung“). Bei einer homologen Insemination liegt der zeitliche Abstand, sofern es sich nicht um Kryokonservierung handelte, zwischen Abgabe und Zusammen- bzw. Einführung im Bereich von wenigen Stunden. Bei einer heterologen Insemination sind in der Regel Tage, Wochen oder Monate dazwischen geschaltet. Konservierungstechniken ermöglichen eine zeitliche Dehnung zwischen Abgabe und Übertragung, sodass beispielsweise der Mann, von dem das Sperma stammte, schon längst gestorben sein kann. So ist theoretisch keinerlei soziale Beziehung zwischen der Frau und dem Mann, oder dem auf diese Weise gezeugten Kind und seinem Vater mehr möglich.⁵⁴

Analog zur zeitlichen besteht auch eine räumliche Auftrennung. Abgabe der Körpersubstanzen, Aufbewahrung, deren Zusammenführung und die Rückführung des Resultates in den Uterus finden nicht am gleichen Ort statt. Dazwischen geschaltet, aufgeteilt nach Arbeitsschritten, sind die unterschiedlichsten Räumlichkeiten. Das Spektrum reicht vom Raum der Spermaabgabe (durch Masturbation) des Mannes, über Labors, Wartezimmer, Untersuchungsräume, Arztzimmer bis zum Behandlungs-/Operationsraum, in welchem die auf die Behandlung vorbereitete Frau liegt. Hinzu kommt eine Vielzahl von Personen (Laborantinnen Schwestern, Fachärzte etc.) die sich direkt oder indirekt mit den Zeugungssubstanzen des Paares beschäftigen, diese aufbereiten und zusammen- bzw. in den Körper der Frau zurückführen. Hinter all den zur Verfügung stehenden Technologien und Medikamenten stehen ganze Heerscharen von Wissenschaftlern, Arbeitern, Vertretern, Apothekern und Managern. Es sind dies die Produzenten und Makler der wissenschaftlich-technischen und materiellen Voraussetzungen für eine „künstliche Befruchtung“.

Aus sozialer Perspektive fällt besonders auf, dass die raumzeitlichen Vermittler zwischen Mann und Frau (also die eigentlichen ‚Zeugungshelfer‘) als Personen sozial ausgeblendet werden und ihnen kein Anteil an der Vater- bzw. an der Mutterschaft zugeschrieben wird. Ihre (bezahlten) Dienste leisten sie kraft ihres Berufes!

Als Konsequenz der Aufteilung von Raum und Zeit werden Substanzen von Personen zusammengebracht, die (theoretisch) gleichzeitig an unterschiedlichsten geographischen und sozialen Orten sowie zu den verschiedensten Zeiten leben oder gelebt haben können. Selbst beim Akt der Befruchtung können Kontinente und Generationen zwischen Frau und Mann liegen.

Auch wenn die Substanzen von den Fachleuten so gehandhabt werden, als handle es sich um entpersonalisierte Materie, so reichen die Konsequenzen dieser Zusammenführung bis ins Herz sozialer Beziehungen hinein. Die Ungleichzeitigkeit der Handlungen von Personen, die in ihrer Wirkung jedoch aufeinander bezogen sind, bringt ein gemeinsames Kind hervor; es werden also

54 Bei der Befruchtung einer Frau mit Sperma ihres verstorbenen Mannes (was in Deutschland nicht erlaubt ist), wird diese raumzeitliche Abkoppelung besonders deutlich (Simpson 2001).

soziale Beziehungen geschaffen, ohne dass solche hierfür überhaupt Voraussetzung waren. Zudem verändert diese neue Form der Zeugung die Bedeutung direkter sozialer Interaktionen: Sie sind nur noch *eine* Form – eine personalisierte – des zwischenmenschlichen Kontakts.

Bei der *Transplantationsmedizin* sind die raumzeitlichen Bedingungen noch wesentlich komplexer als bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen. Die zeitliche Koordination zwischen der „Spender“- und der Empfängerseite ist die entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Übertragung der Organe. Im Unterschied zur Reproduktionsmedizin lassen sich Organe nicht beliebig lange aufbewahren. Hinzu kommen die komplizierten räumlichen Bedingungen, die durch die Organverteilung entstehen. Eine Vielzahl von koordinierten Einzelschritten muss organisiert und in die Wege geleitet werden, um die raumzeitliche Synchronisierung von „Organentnahme“ und der Transplantationsoperation auf einen Empfänger zu garantieren.

Nach der Feststellung des „Hirntodes“ durch Fachärzte und der Einwilligung in eine Organentnahme seitens der Angehörigen, werden dem potentiellen „Organspender“ Blut- und Gewebeproben zur Typisierung entnommen. Mit diesen Daten sowie allen anderen Vergabekriterien werden die geeigneten Empfänger ermittelt. Die Meldung und die Weiterverarbeitung der Informationen, aufgrund derer Empfänger ausgewählt werden – diese müssen dann umgehend benachrichtigt werden –, ist nur dank modernster Kommunikationsmedien möglich. Auch die Operationsteams müssen zum Teil erhebliche Distanzen zurücklegen, je nachdem, wie weit „Spender“ und Empfänger voneinander entfernt liegen. Die Organe entnehmen entweder Chirurgen der Klinik des „Spenders“ oder aber Entnahmeteams bzw. Chirurgen aus der Klinik, die das Organ transplantieren werden. Von der „Hirntod“-Diagnose bis zum Explantationsende soll der Zeitraum möglichst kurz gehalten werden, zum einen aus Pietät dem „Spender“ und seinen Angehörigen gegenüber sowie auf Grund der Schwierigkeit, das Gleichgewicht aller physiologischen Körperfunktionen (Homöostase) des „Spenders“ über längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten. Im Jahr 2006 waren in Deutschland 37,4% der Organentnahmen innerhalb von sieben bis 12 Stunden beendet, weitere 37,1% innerhalb von 12 bis 18 Stunden. In 8,2% zog sich dieser Prozess jedoch über 24 Stunden hin (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007:15).

Bei einer „Lebendspende“ wird in zwei verschiedenen Operationssälen mit zwei verschiedenen OP-Teams einer Klinik parallel operiert. Dies ist – zumindest für den Empfänger – medizinisch gesehen der Idealfall einer Organübertragung. Die Ischämiezeit kann dadurch sehr kurz gehalten werden, und der Ablauf der Transplantation wird von äußeren Faktoren (Zustand des „Spenders“, räumliche Distanz, Logistik) weniger stark beeinflusst. Wenn auch die Distanz zwischen dem Ort der Entnahme und der Einpflanzung minimal ist und die Einpflanzung auch nicht von der Diagnose eines „Hirntodes“ (ein Ereignis, das nicht planbar ist) abhängig ist, so bleibt dennoch die Notwendigkeit der Synchronie der chirurgischen Eingriffe.

Gerade das Beispiel der Transplantationsmedizin verdeutlicht eindrücklich die europaweit fest institutionalisierten Dimensionen raum-zeitlicher Neuorganisation. Wenn man die durch Organhandel zustande gekommenen Transplantationen hinzunimmt (siehe Kapitel VI), offenbart sich, dass diese Beziehungsnetze letztlich weltumspannend sind. Über die Organe verbindet diese Technologie Menschen unterschiedlichster sozialer und kultureller Herkunft, unterschiedlichsten Alters und auch verschiedener Geschlechterzugehörigkeit. All diese Tatsachen werden sozial vollständig ausgeblendet. Sie müssen sogar ausgeblendet werden, weil sie für das Individuum, etwa

den Empfänger, gar nicht mehr zu bewältigen wären. Denn die Transplantationsmedizin verknüpft in einzigartiger Weise den Tod eines Menschen mit dem Überleben eines anderen.

In ihrer raum-zeitlichen Organisation weisen die beiden Humantechnologien neben vielen Gemeinsamkeiten auch wesentliche Unterschiede auf. Der Grad ihrer räumlichen und sozialen Komplexität bezüglich Ablauf, Institutionen und sozialer Arbeitsteilung ist verschieden. So ist die Transplantationsmedizin in Deutschland Teil europäischer Vernetzung. Auch können Organe – im Unterschied zu Samen und Eizellen bzw. Embryonen – nicht tiefgefroren werden; aus diesem Grund spielt die Geschwindigkeit bei Kommunikation und Transport eine entscheidende Rolle. Die Nutzung reproduktionsmedizinischer Angebote ist demgegenüber relativ kleinräumlich organisiert und zeitlich wesentlich durch den (kontrollierten) weiblichen Zyklus mitbestimmt; die beiden Geschlechter sind deshalb (und weil nur Frauen Kinder gebären können) den raum-zeitlichen Bedingungen und deren Konsequenzen unterschiedlich stark unterworfen.

II. Der Körper

Kulturspezifischer Umgang mit Körper

Wie wir in Kapitel I gesehen haben, bauen die Humantechnologien auf einem bestimmten Körperbild auf. Zentral sind dabei die mögliche Trennung des Körpers eines Menschen von seiner Person, die Regionalisierung des Körpers (so konzentrieren sich reproduktionsmedizinische Behandlungen auf den ‚Unterleib‘; die Transplantationsmedizin befasst sich schwerpunktmäßig mit Organen aus dem Körperinnern) sowie die Parzellierung des Körpers und die Behandlung einzelner Teile als Module.

‚Körper‘ ist bekanntlich keine gegebene, unwandelbare Größe, sondern ist ein kultur- und gesellschaftsbedingtes Resultat von Diskursen und Praktiken verschiedener Institutionen und Akteure. Der Begriff ‚Körper‘ ist in der deutschen Sprache erst seit dem 13. Jahrhundert belegt. Er ist dem lateinischen *corpus* entlehnt und bedeutete ‚Körper, Leib; Masse; Gesamtheit, Körperschaft‘. Das Lehnwort trat als Bezeichnung für den tierischen und menschlichen Körper anstelle des älteren einheimischen Begriffes, der sich bis heute mit veränderter Bedeutung in ‚Leiche‘ erhalten hat. Gerade in seinen übertragenen Verwendungen zeigen sich die Dimensionen von Körper, die sich auch deutlich von Leib absetzen: etwa Körper als ‚Stoffmasse‘, ‚Körper als Bezeichnung für jedes Gebilde räumlicher Ausdehnung‘⁵⁵ und ‚Körper‘ auch im Sinne von ‚Körperschaft‘, ‚Korps‘ etc.

Körper sind heute aufs engste verschränkt mit dem, was in Anlehnung an den Geschichtsphilosophen Michel Foucault als Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik bezeichnet wurde (s. Einleitung S. 1). Gottweis et al. sprechen von einem „multiplen Gouvernementalitätsregime“, einem „System von Feldern und Orten, die von der Klinik bis zum Parlament reichen und wo Strategien des medizinischen Umgangs mit Körpern und Bevölkerung entwickelt und verhandelt werden“ (2004:13). Damit ist gemeint, dass Körper und ihre Repräsentationen durch ein komplexes Netz verschiedener, zum Teil nur unscharf von einander abgrenzbaren Akteursgruppen mit ihren jeweils auch unterschiedlichen Zielen hervorgebracht werden.

‚Körper‘ ist die Dimension körperlich/leiblichen Daseins, die im Vordergrund humantechnologischer Behandlungen steht. Er ist derjenige Teil menschlicher Existenz, dem Spezialisten ihre ganze Aufmerksamkeit bei Behandlungen schenken. Der Körper wird damit zum Gegenstand der Anbieterseite der Humantechnologien.

Wir trennen dieses vorwiegend verdinglichte Körperverständnis analytisch von der nur subjektiv erfahrbaren Leiblichkeit von Frauen und Männern, die als potentielle Nutzer der Humantechnologien auftreten. Bei unseren Überlegungen zu ‚Körper‘ und ‚Leib‘ greifen wir auf den deutschen Philosophen Edmund Husserl (1859-1938) zurück, auf den sich auch Merleau-Ponti abstützte. Nach Husserl gehört ‚Körper‘ zu einem „Weltbegriff“, der das Universum als etwas von den Wissenschaften Objektivierbares umfasst. Er bildet den Gegenbegriff zur „Lebenswelt“, in dessen Mittelpunkt die (subjektive) Befindlichkeit und Leiblichkeit stehen. Der naturwissenschaftliche Weltbegriff wurde von Galilei begründet und geht von der Mathematisierung des Universums aus. Die indirekte Objektivierung der Welt – d.h. die Methode, die *anschauliche* Welt zu objektivieren – ergibt allgemeine Zahlenformeln. Einmal gefunden, können sie dazu dienen, eine faktische Objektivierung zu vollziehen. Die Objektivierung (bzw. die mathematische Methode) „konstruiert“ aus an-

55 Der englische Philosoph Thomas Hobbes (1588-1679) definierte ‚Körper‘ auch als einen physikalischen Begriff: „Körper ist, was von unserem Denken unabhängig ist und mit irgend einem Teil des Raumes zusammenfällt und von gleicher Ausdehnung ist wie er.“ (1997:107)

schaulicher Vorstellung ideale Gegenständlichkeiten und lehrt, diese operativ und systematisch zu behandeln. Sie erzeugt nicht handelnd Dinge aus Dingen, sie erzeugt Ideen; Ideen entspringen [...] durch Idealisierung“ (Husserl 1998:274). Diese idealisierende geistige Leistung „hat ihr Material an den ‚Dingerscheinungen‘, den ‚Dingvorstellungen‘.“ Der Körper ist Teil der Dingwelt und nicht der primären Erfahrungswelt, durch die der Leib konstituiert wird. Der Körper ist deshalb objektivierter Leib und wird damit Gegenstand von Behandlungen (vgl. dazu auch Hauser-Schäublin 2007).

In dem Augenblick, indem sich Menschen in medizinische Behandlung begeben, werden sie zu Patienten; ihre leibliche Befindlichkeit wird damit auch immer zu einem Körper. In der Interaktion und in Gesprächen zwischen Ärzten und Patienten überkreuzen sich gelegentlich diese im Prinzip unterschiedlichen Diskurse über Körper bzw. Leib; schwerpunktmäßig spiegeln sie jedoch die von einander getrennten Blickwinkel und Zugriffsweisen auf die körperlich-leibliche Einheit menschlichen Daseins wieder.

Die kapitelweise Auftrennung in ‚Körper‘ (Kapitel II) und ‚Leib‘ (Kapitel III), soll verdeutlichen, wie „der Körper“ an der Wende zum 21. Jahrhundert in Deutschland diskursiv und im konkreten Umgang hervorgebracht wird (vgl. dazu Kapitel IV). Er existiert als Entität – und wird auch immer wieder modifiziert. In einem ersten Schritt untersuchen wir deshalb zunächst die Dimension ‚Körper‘.

Obwohl sich unser Buch mit Diskursen und Praktiken beschäftigt, die den „Körper“ heute hervorbringen, ist es notwendig, die ‚Vorgeschichte‘ des heutigen Körperbegriffs kurz aufzurollen:

Kulturgeschichtlich betrachtet waren dazu drei Dinge Voraussetzung für die Schaffung von ‚Körpern‘ als Gegenständen von spezifischen Formen ärztlicher Behandlung: die Anatomie bzw. das Sezieren von Leichen, die Auftrennung des Menschen in zwei qualitative ‚Teile‘: in einen geistigen und einen materiell-körperlichen sowie die ‚Entpersonalisierung‘ von Körperteilen und Organen.⁵⁶

Die Grundlage für die moderne Medizin basiert auf der Anatomie, welche die alte, bis in die Antike zurückreichende Säftelehre ablöste. Die Säftelehre orientierte sich am lebendigen Körper und dessen Eigenschaften.⁵⁷ Die erste Zäsur begann sich im 16. Jahrhundert mit Andreas Vesalius (1514-1564), einem flämischen Arzt, abzuzeichnen. Vesalius wagte es, trotz moralischer und religiöser Verbote Leichen zu sezieren, um von der Beschaffenheit und dem Befund toter Körper Kenntnisse über das Funktionieren des lebendigen Körpers und Einblick in Krankheiten zu gewinnen. Wie Robert Jütte betont (1998:241), setzte der anatomische Blick dort ein, wo das Leben erloschen war. Gerade dieser Aspekt – das Leben, den lebendigen Körper aus der Perspektive des Todes (d.h. der Kenntnis des toten Körpers) zu erforschen und zu verstehen – hat Foucault ([1963] 1993) als charakteristisch für die westliche Medizin bezeichnet, die durch die pathologische Anatomie im 19. Jahrhundert begründet wurde. Erst die Aufklärung führte zur gesellschaftlichen Enttabuisie-

56 Die Kulturwissenschaftlerin Anna Bergmann geht so weit, von einer „Entseelung“ des Patienten durch die moderne Medizin zu sprechen, die sie u.a. auf den besonderen Umgang der modernen Medizin mit dem Tod zurückführt (Bergmann 2004).

57 Die Säftelehre ist untrennbar mit dem Namen Galen verbunden. Galen war ein römischer Arzt (129-199 n. Chr.) und geht in seiner Lehre davon aus, dass die Gesundheit des Menschen auf dem Gleichgewicht der vier „Körpersäfte“ (Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle) beruht, ein Ungleichgewicht jedoch Krankheiten hervorruft. Die Seele des Menschen wird durch die Substanz des Körpers beeinflusst. Je nach Mischung der im Körper eigenen vier „Qualitäten“ (Wärme, Kälte, Trockenheit, Feuchtigkeit) verändert sich auch der Charakter der Seele. Das heißt wiederum, dass die Seele durch rechte Ernährung und Lebensweise (Diätetik) beeinflusst werden kann (Hauke 1937).

rung des toten Menschen, was den großen Umbruch in der Medizin ermöglichte: Die Sezierung von Leichen wurde eine Standardmethode, um Studierende der Medizin auszubilden, Kenntnisse über Krankheiten zu erlangen und Möglichkeiten von chirurgischen Operationen weiter voranzutreiben. In den Vordergrund rückte damit der direkte Augenschein in Teile des menschlichen Körpers, die verborgen gewesen waren. Die Sektion von menschlichen Leichen konnte auch zeigen, dass sich der menschliche Körper nur in wenigem von der Tieranatomie unterschied.

Der zweite Markstein in den Voraussetzungen, die moderne Humantechnologien möglich machten, hängt direkt mit dem Sezieren toter Menschen zusammen: die Auftrennung in einen körperlich-materiellen Körper und einen geistigen Denk- und Erkenntnisbereich:

„Sodann untersuchte ich aufmerksam, was ich denn bin, und beobachtete, daß ich mir einbilden könnte, ich hätte keinen Körper und es gäbe keine Welt noch einen Ort, an dem ich mich befinde, daß ich mir aber darum nicht einbilden könnte, daß ich selbst nicht wäre; ganz im Gegenteil sah ich, daß gerade aus meinem Bewußtsein, an der Wahrheit der anderen Dinge zu zweifeln, ganz augenscheinlich und gewiß folgte, daß ich bin, sobald ich dagegen nur aufgehört hätte zu denken, selbst wenn alles übrige, das ich mir jemals vorgestellt habe, wahr gewesen wäre, ich doch keinen Grund mehr zu der Überzeugung hätte, ich sei gewesen. Daraus erkannte ich, daß ich eine Substanz bin, deren ganzes Wesen oder deren Natur nur darin besteht, zu denken und die zum Sein keines Ortes bedarf, noch von irgendeinem materiellen Dinge abhängt, so daß ich dieses Ich, d.h. die Seele, durch die ich das bin, was ich bin, völlig verschieden ist vom Körper, ja daß sie sogar leichter zu erkennen ist als er, und daß sie, selbst wenn er nicht wäre, doch nicht aufhörte, alles das zu sein, was sie ist.“

Der Text, aus dem dieses Zitat stammt, erschien zum ersten Mal 1637 und ist von dem französischen Philosophen René Descartes. Diese Schrift gilt als erstes und wirkmächtigstes Manifest des neuzeitlichen Rationalismus und wissenschaftlichen Methodenbewusstseins. Wie aus dem Zitat deutlich wird,⁵⁸ trennt Descartes das Denken vom physischen Körper ab und setzt beides in ein hierarchisches Verhältnis zueinander: den Geist über den Körper. Diese Zweiteilung und diese unterschiedliche Bewertung der beiden Teile hat weitreichenden Einfluss auf das Bild des Menschen in den westlichen Kulturen, wie wir sehen werden, bis auf den heutigen Tag. In der genannten Schrift führt er den Beweis, dass der menschliche Körper in seiner Anatomie im Wesentlichen dem Körper von Tieren entspricht. Diese These, die er aufstellt und zu beweisen versucht, bildet eine Absage an ein metaphysisches Menschenbild. Er beschreibt ausführlich die Sektion eines Tierherzens und eines Menschenherzens und vergleicht die Anatomie beider miteinander. Er gelangt zum Schluss, dass das Herz eines Menschen und das („eines durch die Lunge atmenden“) Tieres ganz ähnlich seien.

Nach Descartes ist es der menschliche Geist, was den Menschen vom Tier unterscheidet bzw. ihn über das Tier erhebt. Er erkennt in der Seele auch die Göttlichkeit des Menschen. Diesen Unterschied zwischen Mensch und Tier begründet er folgendermaßen:

„Wenn es Maschinen mit den Organen und der Gestalt eines Affen oder eines anderen vernunftlosen Tieres gäbe, so hätten wir gar kein Mittel, das uns nur den geringsten Unterschied erkennen ließe zwischen dem Mechanismus dieser Maschinen und dem Lebensprinzip dieser Tiere; gäbe es dagegen Maschinen, die unseren Leibern ähnelten und unsere Handlungen insofern nachahmten, wie dies für Maschinen wahrscheinlich möglich ist, so hätten wir immer

58 Das Zitat stammt aus der Ausgabe von 1997:53-57.

zwei ganz sichere Mittel zu der Erkenntnis, daß sie deswegen keineswegs wahre Menschen sind. Erstens könnten sie nämlich niemals Worte oder andere Zeichen dadurch gebrauchen, daß sie sie zusammenstellen, wie wir es tun, um anderen unsere Gedanken bekanntzumachen. [...] Das zweite Mittel ist dies: Sollten diese Maschinen auch manches ebensogut oder vielleicht besser verrichten als irgendeiner von uns, so würden sie doch zweifellos bei vielem anderen versagen, wodurch offen zutage tritt, daß sie nicht aus Einsicht handeln, sondern nur zufolge der Einrichtung ihrer Organe. Denn die Vernunft ist ein Universalinstrument, das bei allen Gelegenheiten zu Diensten steht, während diese Organe für jede besondere Handlung einer besonderen Einrichtung bedürfen; was es unwahrscheinlich macht, daß es in einer einzigen Maschine genügend verschiedene Organe gibt, die es in allen Lebensfällen so handeln ließen, wie uns, wie uns unsere Vernunft handeln läßt.“ (1997:91 ff.)

Diese damals vor 360 Jahren zweifellos revolutionären Gedanken klingen heute höchst aktuell, vor allem auch mit Fragen im Kontext von Xenotransplantation, so wie sie heute diskutiert werden (vgl. etwa Lundin 1999). Der Körper als Objekt von Behandlungen steht im direkten Verhältnis zu Descartes' Auftrennung von Geist und Körper.

Das dritte Kriterium als Voraussetzung für die legitime Anwendung der Humantechnologien bildet der Prozess der Entpersonalisierung von Körpergliedern und -organen. Wie die Kulturwissenschaftlerin Sybille Obrecht (1996) in ihrer Analyse von Zeitungs- und Zeitschriftenberichten über die ersten Herztransplantationen Ende der siebziger Jahre in der Schweiz aufzeigt, setzte dieser Prozess im Umfeld der ersten Herztransplantation ein.⁵⁹ Er führte zu einer Transformation des populären Körperbildes. Am Anfang standen Frankenstein-ähnliche Vorstellungen von der Persönlichkeit (etwa eines Verbrechers), die auch in Körperteilen immanent sei. Damit verbunden war die Frage, inwieweit bei Organverpflanzungen (v.a. unerwünschte) Eigenschaften des „Spenders“ ebenfalls übertragen würden. Am Ende des Prozesses steht das Bild der entpersonalisierten Körperteile, das sich durch die erfolgten ersten Transplantationen etablierte.⁶⁰ Wie Obrecht betont, wird in der medizinischen Darstellung von Transplantationen das Konzept des Anderen/Fremden transformiert, indem die Organe nicht fremd bleiben, sondern durch die Unterdrückung der Abwehrreaktion des Immunsystems in den eigenen Körper integriert werden sollen (1996:97). Die – überzeugende – These Obrechts, dass Körperteile und -organe einst ‚personalisiert‘ wurden, wird durch die Arbeit Wolfgang Schilds (1998) zu einem – auf den ersten Blick – ganz anderen Thema gestärkt. Er geht der Frage nach, wie aus heutiger Sicht Verstümmelungen des menschlichen Körpers als Strafe (vor allem im Mittelalter, aber auch weit in die Neuzeit hineinreichend) zu verstehen und interpretieren sind. Betroffen waren von diesen Verstümmelungen nicht nur menschliche Glieder (Finger, Hand, Geschlechtsteile, Zunge, Augen u. a.), sondern auch Organe wie Herz und Niere, die den Verurteilten herausgerissen wurden. Schild gelangt zu dem Schluss, dass diese Körperteile eigentlich ‚Leibteile‘ waren, d.h. mit ihnen wurden Eigenschaften in Verbindung gebracht, die den Menschen zum Straftäter werden ließen. Das, was als Verstümmelung bezeichnet werden kann, stellte deshalb nicht bloß eine Todesstrafe dar. Sie diente vielmehr der Beseitigung des Übels, einer Reinigung der Gesamtperson, des Subjektes. Zusammenfassend kann man sagen, dass dieses dritte Kriterium in direktem Zusammenhang mit der kontinuierlich weiter fortschreitenden Auftrennung zwischen Körper und Geist bzw. Körper und Leiblichkeit steht. Pointiert ausgedrückt, ist der Pro-

59 Der erste Transplantierte war der weiße Südafrikaner Louis Washansky im Jahre 1967.

60 Philip Blaiberg erhielt beispielsweise das Herz eines Schwarzen, und ein wichtiger Teil der Berichterstattungen befasst sich mit der Rückkehr zum ‚normalen‘ Leben des Patienten.

zess der ‚Entpersonalisierung‘ der Körperteile und -organe also letztlich eine Entleiblichung des Körpers.⁶¹

Das Individuum, so schreibt Michel Foucault in seinem Werk „Die Geburt der Klinik“ (1993), besitzt die Möglichkeit, zugleich Subjekt und Objekt seiner eigenen Erkenntnis zu sein. „Denn die Medizin hält dem modernen Menschen das hartnäckige und beruhigende Gesicht seiner Endlichkeit vor; in ihr wird der Tod ständig beschworen: erlitten und zugleich gebannt; wenn sie dem Menschen ohne Unterlass das Ende ankündigt, das er in sich trägt, so spricht sie ihm auch von jener technischen Welt, welche die bewaffnete, positive und volle Form seiner Endlichkeit ist“ (1993:208). Dies betrifft vor allem seine Endlichkeit/Unendlichkeit: zu wissen um die Endlichkeit des Daseins und gleichzeitig in der Schaffung von Wissen, die diese Endlichkeit aufhält, sie hinausschiebt. Dies gilt in extremer Form für die medizinischen Zweige der Organtransplantation und der Reproduktionsmedizin: Organtransplantation wendet die Endlichkeit, den eigenen Tod, durch eine Verpflanzung fürs erste ab, schiebt das Unabwendbare auf und verlagert es in eine ungewisse Zukunft. Reproduktionsmedizin hebt die eigene Endlichkeit insofern auf, als sie ein Weiterleben in einer nächsten Generation ermöglicht. Sie verhilft zu leiblichen Kindern, wo von ‚Natur‘ aus keine möglich wären. Auf diese Weise ist die Dialektik zwischen Subjekt und Objekt – das Wissen um die Endlichkeit, den Tod, und die Behandlung dagegen, das Abwenden des unmittelbar Bevorstehenden – aufs engste miteinander verknüpft. Foucault beschreibt im genannten Werk die kulturellen Grundlagen und die historische Entwicklung des ‚ärztlichen Blicks‘, der auf dieser Dialektik aufbaut. Diese Dialektik zwischen Subjekt und Objekt hat letztlich auch das ‚Individuum‘ hervorgebracht, den Mann/die Frau mit einem bestimmten Körper, der eine bestimmte Anatomie aufweist und in dem Krankheit verräumlicht ist.

Mit dieser dominanten kulturellen Konstruktion von ‚Körper‘, die typisch für die westliche Kultur und das Resultat historischer Entwicklungen ist, hängt auch die Trennung zwischen ‚Geist‘ und ‚Körper‘ zusammen. Diese Trennung liegt ebenfalls der Definition des „Hirntodes“ zugrunde. Denn gemäß der geltenden Definition stirbt der Mensch mit dem Erlöschen seines Gehirns, das seinen ‚Geist‘ repräsentiert. Nur aus diesem Verständnis heraus ist es möglich, den Körper als Materie zu betrachten. Gleiches spielt auch in die Reproduktionsmedizin hinein: die Loslösung von Zellen und Gameten von Fragen nach Substanz von ‚Geist‘ und ‚Seele‘. Gleichzeitig wird aber deutlich, dass parallel zu dieser Verkörperlichung des Menschen und seiner Zellen auch neue Definitionen von ‚Identität‘ auftauchen, Identitäten, die nicht mehr verleiblicht, sondern verkörperlicht sind: Identität, wie sie beispielsweise in Genen lokalisiert wird.

61 Ein umgekehrter Prozess ist der Versuch, das tote Individuum in seiner charakteristischen Lebensform, in Fleisch und Blut, zu verewigen. Insbesondere Leichname von bekannten Persönlichkeiten, vornehmlich Staatsoberhäuptern (wie z.B. Lenin, neuerdings auch russische Mafiosi), werden dafür einbalsamiert (vgl. dazu Zbarski 1999). Der sterbliche Körper, die ‚Hülle‘, wird in einen unsterblichen Zustand versetzt – vermutlich, um die Macht des Verstorbenen und seine Präsenz über den Tod hinaus zu dokumentieren. Das ist vergleichbar mit den „zwei Körpern des Königs“, dem sterblichen (*body natural*) und dem unsterblichen (*body politic*) (Kantorowicz 1994). Im Unterschied etwa zu mittelalterlichen Standbildern und Grabskulpturen, die den unsterblichen Körper des Herrschers abbildeten, wird der *body natural*, der eigentlich zerfallen muss, durch Einbalsamierung in einen unsterblichen transformiert.

Strategien der Objektivierung und Routinisierung

Wenn der Körper als Gegenstand von Behandlungen das Resultat wissenschaftlicher Objektivierungsmethoden darstellt, stellt sich die Frage, wie diese im konkreten Umgang mit Menschen umgesetzt werden. Wie wir aufzeigen werden, haben medizinische Fachleute verschiedene Strategien der Objektivierung, wozu auch Routinisierung und Normalisierung (vgl. auch Cussin 1998) gehören. Die erste und grundlegende Strategie besteht in der Umklassifizierung von Rat suchenden Menschen generell in Patienten. Daneben sind das Körperbild und der Umgang mit den Körpern von Patienten, so wie er in der Ausbildung von Ärzten vermittelt wird, zu nennen. Dazu gehören visuelle Strategien (der ‚klinische Blick‘), verbale (medizinische Fachausdrücke und bestimmte Formen der sachlich-nüchternen Kommunikation) und auch kleidungsmäßige Elemente (Berufskleidung) sowie bestimmte taktile Umgangsformen (standardisierter körperlicher Kontakt im Klinikalltag).

Als erstes wollen wir uns dem Umgang mit Körpern im Klinikalltag zuwenden, der von einer Versachlichung vom Körper und Körperteilen geprägt ist. Dieses Bild ist für angehende Mediziner während des Studiums im Rahmen des Anatomiekurses, in dem eine Leiche seziiert wird, direkt erfahrbar. Sie lernen damit, den Blick auf einzelne Körperteile und Organsysteme, nicht mehr auf den gesamten Organismus, zu lenken – ein Hauptcharakteristikum der Biomedizin. Diese Einteilung nach „Organsystemen“ spiegelt sich in den medizinischen Spezialfächern wie der Inneren Medizin, Augenheilkunde, Kardiologie und vielem mehr, wieder. Zwischen Arzt, Pflegepersonal und Patienten entstehen, insbesondere bei langwierigen Behandlungen, soziale Beziehungen – und zwar von beiden Seiten. Nur sind diese Beziehungen unterschiedlich beschaffen: für den Patienten bedeutet es ein persönliches ‚Sich-Einlassen‘, ein persönliches Vertrauen in das Expertenwissen und die Handlungskompetenz des Fachmannes bzw. der Fachfrau. Von Seiten des Arztes jedoch ist es in erster Linie eine routinisierte Beziehung, vielfach eingeübt bereits in der Ausbildung wie auch im klinischen Alltag –, und zudem ist sie in der ärztlichen Aufgabe und dem Amt begründet. Ein wichtiger Aspekt im Studium ist die Vermittlung der Regeln, nach denen die Arzt-Patienten-Kontakte zu strukturieren sind. Die Studentinnen und Studenten werden in einen standardisierten Umgang mit dem Patienten eingeführt. Dabei werde selten eine Begründung geliefert, sondern die Regeln als grundlegende Prinzipien der Arbeit am Krankenbett vermittelt, deren Nichteinhalten als Bruch mit der Etikette zu sehen wäre (Atkinson 1997:99). Der Arzt geht diese Beziehungen immer mehrfach, bei einer Vielzahl von Patienten gleichzeitig und immer wieder von neuem ein; diese Art der Beziehungen gehört deshalb zur ärztlichen Routine.

Im konkreten Umgang mit Patienten zeigte sich in der Feldforschung im Krankenhaus, dass diese häufig als Personen ohne oder nur mit eingeschränkten Sozialbeziehungen und daher ohne eigentliche Geschichte (außer der Geschichte durchlebter Krankheiten) gesehen werden.⁶² An die Patienten werden auf der Krankenstation zum einen bestimmte Erwartungen bezüglich Verhalten und Eingliederung in den Stationsalltag gestellt, und zum anderen müssen sie bestimmte Prozeduren über sich ergehen lassen, bei denen sie selten als soziales Wesen, sondern mehr als Träger einer Krankheit behandelt. Mit Intensivierung der Behandlung löst sich sogar die Kategorie „Geschlecht“ auf und der Patient wird so ‚neutralisiert‘.⁶³ Beispiele hierfür fanden sich in der Feldfor-

62 Selbstverständlich ist der konkrete Umgang vor Ort sehr facettenreich.

63 Auf Intensivstationen findet beispielsweise keine – sonst übliche – Unterteilung nach biologischem Geschlecht statt.

schung reichlich, insbesondere in den Arzt-Patienten-Gesprächen, bei den Visiten am Krankenbett. Nur selten blieb in diesem Rahmen die Zeit für ein persönliches Gespräch über die Krankheit, und sehr häufig wurden etwaige Fragen nicht oder nur sehr wortkarg beantwortet.⁶⁴

Ein Beispiel für die Strategien der Objektivierung ist der Bereich der Transplantationsmedizin. Etwaige (in der Feldforschung selten beobachtete) Äußerungen der Patienten, die sich auf Probleme mit der Transplantation oder dem transplantierten Organ bezogen, wurden von medizinischer Seite entweder als Nebenwirkungen der Medikamente oder als psychologische Probleme gedeutet. Dies wurde von den Patienten zumeist auch so akzeptiert. Diese Versachlichung findet sich auch im Umgang mit den zu transplantierenden Organen, so zum Beispiel, wenn der Körper eines „hirntoten“ Menschen nur noch als „Behälter für die Niere“ gesehen wird.⁶⁵ Gleichzeitig ist es bei den von uns beobachteten Vorbereitungen zu Explantationen sowie den eigentlichen Explantationen nie von Belang gewesen, aus welchem sozialen Kontext der Mensch auf dem Operationstisch stammte. Von größerer Bedeutung war das Wissen um Vorerkrankungen, Laborwerte und bildgebende Untersuchungen wie die Sonographie. Aus diesen Daten, dem Alter und dem Geschlecht des „Spenders“ sowie der Beschreibung des Organs durch den explantierenden Chirurgen leitet sich die Qualität des Organs ab. Dieses Vorgehen unterscheidet sich eindeutig von dem von Linda Hogle (1996) aus den USA beschriebenen Vorgehen, wo von Seiten der Transplantationszentren bei Angehörigen von „Spendern“ umfangreiche Erkundigungen über das Leben der „Spender“, seine Familiensituation, den Lebensstil und die genauen Umstände des Todes eingeholt und dann als maßgebliche Information für die Vorhersage der „Qualität“ des Organs herangezogen werden. Dieser Vergleich zeigt, dass der Umgang mit Humantechnologien vor Ort bei gleichen technischen Möglichkeiten stark von kulturellen Faktoren abhängig ist.

Auf der anderen Seite findet sich im zentrumsinternen Diskurs über die „Qualität von Organen“ aber auch die Idee, dass eben nicht „nur das Organ“ übertragen würde, da die Nieren auf dem Weg der Anonymisierung und Versachlichung, die der „Verpflanzung“ in den neuen Körper vorausgeht, zumindest ihre Geschlechtszuschreibung⁶⁶ und ihr Alter behalten. Es ließe sich auch umgekehrt formulieren, dass den Nieren aufgrund ihres Alters und des Geschlechts des „Spenders“ oder der „Spenderin“ eine Qualität zugeschrieben wird. Dieses scheint – sei es medizinisch gerechtfertigt oder nicht – kulturelle Ideen zu reproduzieren. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Hogle, die in ihrer Arbeit mit der Methode des Kulturvergleichs versucht, den Unterschied zwischen der Transplantationsmedizin in Deutschland und den USA herauszuarbeiten (Hogle 1996; Freudenberg 1998:36-39).

64 Die eigentliche Führung des Gespräches war dabei fast ausschließlich in der Hand der Ärzte. Dieses Bild ändert sich aber im unstrukturierten persönlichen Umgang von Patienten und Pflegepersonal beziehungsweise Ärzten und Ärztinnen. Natürlich ist diese Distanz nicht immer aufrecht zu erhalten. Wenn beispielsweise Fotos von Angehörigen neben dem Intensivpatienten stehen oder ein intensiver Kontakt zu den Angehörigen aufgebaut wird, funktioniert die Anonymisierung der Patienten und Patientinnen auf jeden Fall von Seiten des Pflegepersonals nicht mehr. Hier ist auch ein Spannungsfeld zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft zu erkennen, da letztere die Patienten und Patientinnen seltener sehen und so ein solch intensiver Kontakt nicht so häufig ist.

65 Ein anderes Beispiel ist die Behandlung und Lagerung von Herzklappen in der „Herzklappenbank“ sowie deren Verwendung als Arzneimittel. Ähnliches gilt für Blutprodukte, Hornhäute etc.

66 Es konnte gezeigt werden, dass „weibliche“ Nieren bei Männern eine schlechtere Funktion haben als „männliche“ Nieren bei Frauen. Die Ursache für diese Beobachtung ist allerdings nicht in dem Geschlecht des „Spenders“ oder der „Spenderin“ zu sehen, sondern darin, dass die Nieren von Frauen (ebenso wie Körpergröße und Gewicht) durchschnittlich kleiner sind als bei Männern. Dementsprechend ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Relationen nicht stimmen, sehr groß. Unabhängig davon hat sich aber die Vorstellung, dass „Frauennieren“ nicht so gut sind wie „Männernieren“ gehalten.

Die Medizin basiert bekanntlich auf einem analytischen Ansatz vom Körper, der in einzelne Funktionseinheiten zerlegt werden kann und zu der beschriebenen Regionalisierung und Parzellierung des Körpers führt. Aufgrund dieses Konzeptes ist auch ein Entfernen, Herausschneiden krankhafter, störender oder „funktionsloser“ Körperteile wie z.B. Mandeln, Blinddarm oder Gebärmutter erst möglich. Voraussetzung dafür sind auch objektive Meßmethoden, welche die subjektiven Empfindungsorgane wie Augen, Ohren, Nase, taktiles Empfinden ergänzen. Der ‚klinische Blick‘ ist das erweiterte Auge des Arztes. Er nimmt Dinge wahr, die das Auge an sich nicht sehen kann. Ohne ihn jedoch ist keine Sparte der „Spitzenmedizin“ denkbar. Denn die Kontrolle der körperlichen Funktionen geschieht primär über messende (z.B. Blutdruck, Sauerstoffgehalt des Blutes, Leukozyten, Bilanzierung des Flüssigkeitshaushaltes u.a.) oder sichtbarmachende Verfahren (Ultraschall, Röntgen, Computertomographie etc.). Dies kann zu der paradoxen Situation führen, dass die objektiven, klinischen Werte der subjektiven Befindlichkeit eines Patienten oder einer Patientin widersprechen, also körperliche Befunde mit leiblicher Befindlichkeit nicht übereinstimmen. So zum Beispiel, wenn ein Arzt oder eine Ärztin gemäß den Parametern feststellt, der Patientin gehe es gut, alles sei in Ordnung und auf dem Weg der Besserung, diese sich aber beschwert, sie fühle sich miserabel und es gehe ihr schlechter. Umgekehrt sind etwa transplantierte Patienten auf diesen ‚Blick‘ angewiesen, z.B. wenn es darum geht, Abstoßungsreaktionen festzustellen, die sinnlich nicht wahrnehmbar sind. Diese messenden bzw. sichtbarmachenden Verfahren ersetzen in diesem Fall das leibliche Empfinden der Betroffenen und sind ein Indikator für lebensbedrohende Zustände. Der ‚klinische Blick‘, wie er in den registrierten Werten und deren Interpretation zum Ausdruck kommt, stellt somit auf nicht-sinnlich fassbare Weise Zustände fest und muss deshalb mit subjektivem Empfinden nicht übereinstimmen. Umgekehrt wirkt der ‚klinische Blick‘ zurück auf die Patienten, indem diese ihre subjektive Befindlichkeit entweder an den objektiven Werten überprüfen, sogar anpassen – oder sie ihnen gegenüberübersetzen. Das Übernehmen dieser Indikatoren von Patientenseite ist häufig, sodass eine Intensivschwester berichtete, sie würde nach Möglichkeit die Monitore am Bett der Patienten ausschalten, sodass diese ihre aktuellen Werte nicht wissen und sich bei der Frage nach ihrer momentanen Befindlichkeit nicht erst an den Monitor wenden, um dort abzulesen, sondern ihr subjektives Befinden erspüren.

Die direkten körperlichen Kontakte zwischen Ärzten, medizinischen Mitarbeitern und Patienten ist eine weitere Ebene, die betrachtet werden soll. Die körperlichen Kontakte finden jedoch beidseitig auf der leiblichen, taktil erfahrbaren Ebene statt, weshalb besondere Strategien notwendig sind, die eine sachbezogene körperliche Behandlung ermöglichen. Dies gilt vor allem für diejenigen, die aufgrund ihrer Arbeit tagtäglich auch mit Schicksalen von Menschen konfrontiert sind. Diese Schicksale sind Teil der Leiblichkeit. Aber nicht Schicksale stehen im Vordergrund von Behandlungen, sondern körperliche Leiden. Und um diese körperlichen Leiden praktisch als ‚Daueraufgabe‘ behandeln zu können, ist eine bestimmte Umgangsform notwendig, die auf Routinisierung und Uniformierung aufbaut und Objektivierung und Distanzierung bewirkt.

Der standardisierte körperliche Kontakt im Klinikalltag

Im Folgenden sollen die Mechanismen und Strategien, die der unterschiedlichen Objektivierung und Distanzierung zwischen Ärzteschaft, medizinischen Mitarbeitern sowie Ratsuchenden und Patienten dienen, am Beispiel der *reproduktionsmedizinischen Praxis oder Klinik*, dargestellt werden.

Kommt ein Paar zu einem Erstgespräch in ein „Kinderwunsch-Zentrum“ muss es zunächst bei der Anmeldung seine Daten aufnehmen lassen. Dies erfolgt in der Regel durch Arzthelferinnen, die als solche an ihrer Berufskleidung in weißer Farbe identifizierbar sind. Da die Ratsuchenden aus dem Wartezimmer zumeist von dem Arzt, der auch mit ihnen das Erstgespräch führt, direkt in das Sprechzimmer geführt werden, haben sie einen direkten Ansprechpartner. Von diesem werden sie in den überwiegenden Fällen während ihrer Therapie auch betreut. Unseren Interviews konnten wir entnehmen, dass in den Universitätskliniken ein häufiger Personalwechsel (bspw. Assistenzärzte, Ärzte im Praktikum, Ärzte in der Facharztausbildung) dazu führt, dass Beziehungen zwischen Paaren und Ärzten gar nicht erst aufgebaut werden. Die Paare begegnen zum Teil bei jeder Untersuchung einem anderen Arzt und wollen sowohl ihre medizinische, aber erst recht ihre persönliche Situation nicht jedes Mal erneut schildern (siehe auch Kapitel V). Diese Distanz – Unpersönlichkeit – wird von Patienten der niedergelassenen Praxis, der IVF-Abteilung der Frauenklinik oder Privatklinik selten erwähnt, da die Paare während ihrer Therapie nur von einem oder zwei Ärzten betreut werden.

Wie schon in Kapitel I beschrieben, wird zunächst mit Hilfe eines Fragebogens die Krankengeschichte des Paares erhoben.⁶⁷ In vielen Fällen können die Fachleute schon anhand der mitgebrachten Vorbefunde seitens des Mannes oder der Frau beurteilen, welche Therapie angezeigt ist. Die Erklärungen über das weitere medizinische Vorgehen werden häufig im entsprechenden Fachvokabular gegeben, was dazu führt, dass Paare sich nach dem Gespräch zwar gut beraten, aber durch die vielen verwendeten Fremdwörter oft auch verwirrt fühlen. Ein Erstgespräch dauert ungefähr zwanzig bis dreißig Minuten, in der Privatklinik oft auch länger. Die täglichen Routinesprechstunden sind geprägt von langen Wartezeiten und Zeitknappheit. Zwar besteht von Seiten der Ärzteschaft in vielen Fällen das Bemühen, den Paaren die Möglichkeit zu geben, Fragen zu stellen und über emotionale Schwierigkeiten oder Probleme in der Partnerschaft zu sprechen. Da Ärzte und Mitarbeiter in der von uns besuchten Praxis oder auch der Frauenklinik häufig Überstunden machen müssen, sind sie jedoch einem ständigen Zeitdruck ausgesetzt. Für die subjektiven Befindlichkeiten der Paare bleibt kaum noch Zeit, was als Distanzierung erlebt wird. Von Seiten der (überwiegend weiblichen) medizinischen Mitarbeiter, die mit den Paaren, vornehmlich den Frauen bei Telefonaten, Terminabsprachen, Blutabnahmen, Spritzen oder besonders nach der Punktion oder dem Embryotransfer direkt zu tun haben, konnten wir erfahren, dass es in diesen Situationen des Öfteren zu persönlichen Gesprächen kommt. Obwohl alle Mitarbeiter (inklusive der Ärzte) der Klinik eine weiße Berufskleidung tragen, differenzieren die ratsuchenden Frauen zwischen den Statusgruppen. Über die medizinischen Mitarbeiterinnen erzählte Bettina Klaassen (28):

„Ja, denen kann ich einfach mal aus dem Bauch heraus was erzählen. Die können ja nichts entscheiden. Bei dem Arzt denke ich dann, der meint jetzt bestimmt, ich muss zum Seelenklemmer, bevor er die Behandlung hier weitermacht. Dass er vielleicht meint, dass ich seelisch nicht in der Lage wäre, Mutter zu werden. Da halte ich lieber meinen Mund.“

Weitere Paare nannten in Bezug auf Gespräche mit dem Arzt dessen weißen Kittel, die medizinische Fachsprache, aber auch die klinische Atmosphäre als „nicht gerade förderlich“ für Gespräche

67 In Feige (1997:109) wird zu der Erhebung einer lückenlosen Anamnese die Verwendung von Fragebögen empfohlen, jedoch wird gleichzeitig darauf hingewiesen, dass Fragebögen dazu „verführen“, das ärztliche Gespräch zu ersetzen und von den Paaren als anonym und „als Fließband-Abfertigung“ erlebt werden (doppelte Anführungszeichen im Original).

über die Beziehung oder sexuelle Probleme. Silke Wiselher (25) berichtete über ihre Schwierigkeiten, in den Routinesprechstunden ein Gespräch zu führen:

„Wenn ich da auf dem Stuhl liege und die Beine breit mache, dann kann ich nicht über meine Beziehungsprobleme sprechen. Ich bringe da nichts über die Lippen. Es geht dann eben um meine Eizelle und mehr nicht. Der Arzt ist ja sehr nett, aber ich kann nicht reden. Entweder kommt er gerade aus dem OP angerannt und muss gleich wieder weg, oder er sitzt da hinter seinem Schreibtisch oder ich liege da so vor ihm [...]. Ich verstehe das schon, aber da kann doch keiner glauben, dass ich da mein Innerstes nach außen kehre.“

Hier wird die spezielle Kommunikationsstruktur zwischen Ärzten und Patientinnen besonders deutlich. Bei den Erstgesprächen oder vor den Untersuchungen sitzen alle an einem Tisch. Bei der routinemäßigen Zykluskontrolle während der Behandlungen verändert sich jedoch die Situation, da die Frau sich mit unbekleidetem Unterleib beim Ultraschall in Rückenlage auf dem gynäkologischen Stuhl befindet, während der Arzt in weißer oder zum Teil blauer Berufskleidung zwischen ihren Beinen sitzt oder neben ihr steht. Diese ungleiche Gesprächssituation wird noch offensichtlicher nach den Punktionen und dem Embryotransfer. Die Frauen liegen im Nachthemd oder im Klinikittel, der an der Rückenseite offen ist, auf einem Bett, wohingegen der Arzt bekleidet neben ihnen steht. Besonders auffällig ist diese asymmetrische Situation in der von uns besuchten Frauenklinik, in der die Eingriffe in Operationsräumen in separaten Gebäudeteilen oder -stationen stattfinden. Diese befinden sich auf einer anderen Ebene, entfernt von der Station, auf der die Frauen vor der Punktion und dem Embryotransfer aufgenommen werden. Dort ziehen sich diese auch um und lassen ihre persönlichen Sachen zurück, d.h. sie legen die private Kleidung ab und ziehen nun stattdessen den hinten offenen Kittel an. Die Haare werden unter einer weißen Kappe versteckt. Die Frauen halten sich zunächst auf den Zimmern auf, von wo sie auf Abruf von den Schwestern in liegender Position vor die Operationsräume gefahren werden. Dort bleiben die Betten manchmal noch einige Zeit im Gang stehen. Zum Teil liegen dort bis zu drei Frauen gleichzeitig und warten. Die anwesenden Schwestern sowie die Anästhesisten tragen grüne, der Arzt zumeist weiße oder grüne Berufskleidung. Alle bedecken ihre Haare, verwenden einen Mundschutz und sterile Handschuhe. Die Frauen bekommen eine Teilnarkose, sodass sie zwar schmerzfrei sind, aber ansonsten alles wahrnehmen. Während der Punktionen wird die Frau – mal mehr, mal weniger – von dem Arzt und den Schwestern angesprochen, partizipiert jedoch zumeist eher selten an den stattfindenden Gesprächen. Nach dem Eingriff werden sie von den Stationsschwestern wieder abgeholt und bleiben noch mehrere Stunden auf der Station. Die Ehemänner sind bei der Operation nicht anwesend.

In der niedergelassenen Praxis werden die Eingriffe in einem im hinteren Bereich liegenden Raum durchgeführt. Dieser ist ausgestattet mit einem gynäkologischen Stuhl und den technischen Geräten zur Durchführung der Punktionen und der Embryotransfers. Des Weiteren gehört eine Stereoanlage zur Ausstattung, auf der die vom Paar gewünschte Musik gespielt werden kann, sowie Bilder als Wanddekoration.

Die beschriebene räumliche Organisation in einer Klinik im Unterschied zu einer niedergelassenen Praxis, die Aufnahme auf eine Station, die liegende Position der Frauen in den Betten beim Holen und das Zurückbringen auf die Station nach den Eingriffen, das komplette Entkleiden und Tragen eines Klinikhemdes sowie der stationäre Aufenthalt von einer Nacht nach dem Embryotransfer,

der in der Praxis nur eine Stunde beträgt, führt in vielen Fällen dazu, dass Paare, und besonders die Frauen, die Situation, in der in ihrem Fall die ‚Zeugung‘ stattfindet, als medizinisch-technisch und distanziert empfinden, auch wenn die Ärzte und medizinischen Mitarbeiter sich überwiegend Mühe geben, die Stimmung etwas aufzulockern und auf die Paare einzugehen.

Auch in der Privatklinik befinden sich die Operationsräume auf einer anderen Ebene als die Sprechzimmer. Die Frauen legen ihre Alltagskleidung ab und wechseln diese gegen ein Nachthemd. Sie betreten selbständig den Operationsraum, zumeist in der Begleitung ihrer Ehemänner. Eine Vollnarkose wird bei einer Punktion nur auf Wunsch der Frau verabreicht. Deshalb findet in den meisten Fällen eine Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Paar statt. Ersterer erklärt, was gerade passiert und was auf einem neben dem Bett stehenden Bildschirm zu erkennen ist. Letzteres kann Fragen stellen. Dieser Versuch, das Paar gemeinsam mit in die Vorgänge einzubeziehen und Fragen zu beantworten, wird meistens positiv erlebt. Zum Zeitpunkt unseres Aufenthaltes war der Zeitdruck in der Privatklinik geringer als in den kassenärztlich zugelassenen Zentren, da die Ärzte weniger Patienten zu versorgen hatten.

Festzustellen ist, dass die oben beschriebenen Eingriffe wie Punktionen und Embryotransfers überall unter sterilen Bedingungen in entsprechend eingerichteten Räumlichkeiten stattfinden müssen. Dennoch ist der Umgang damit in den einzelnen Zentren unterschiedlich. So werden in der Frauenklinik u.a. durch die einheitliche Kleidung der Frauen und das Transportieren in Betten schon vor dem eigentlichen Eingriff aus den Frauen Patientinnen gemacht. Zudem wird eine Atmosphäre geschaffen, die eine Entpersonalisierung, eine Objektivierung des Körpers und eine Distanzierung zwischen Patienten und Fachpersonal fördert. Der klinische Charakter der Eingriffe wird noch dadurch verstärkt, dass die Frauen nach einem Eingriff eine Nacht stationär aufgenommen werden, was in den anderen beiden von uns besuchten Zentren nicht der Fall ist. Der Ablauf in den reproduktionsmedizinischen Einrichtungen weist also formalisierte und standardisierte Abläufe auf; dennoch ist aufgrund des Spektrums der Institutionen (öffentliche Klinik, Privatklinik, individuelle Arztpraxen) eine relative Variationsbreite festzustellen. Demgegenüber sind Standardisierung und Routinisierung im Umgang mit Menschen als Patienten in der *Transplantationsmedizin* eingeschränkter.

Die größte Schwierigkeit im Klinikalltag sehen wir u.a. im Aufeinanderprallen zweier gegensätzlicher Erfahrungswelten. Auf der einen Seite steht der Arbeitsalltag mit seinen routinierten Abläufen, die sich auf die Behandlung der *Körper* von Patienten und Patientinnen konzentrieren. Auf der anderen Seite befinden sich die Patienten und Angehörigen in einer oftmals lebensbedrohlichen Ausnahmesituation, die auch seelisch und psychisch sehr belastend sein kann. Diese Konstellation birgt an sich schon ein Konfliktpotential. Für die Patienten, die in ihrer Situation Zuwendung und Aufmerksamkeit als Person bedürfen, sind Kränkungen fast zwangsläufig vorprogrammiert. Weiter auffällig ist, wie schnell sich bei Betroffenen eigene Ängste und Befürchtungen – sei es vor der Diagnose oder einer Operation, aber auch Verzweiflung über einen Todesfall – in Aggressionen⁶⁸ umwandeln können. Wie schwierig muss es für im Krankenhaus Tätige bei gegebener Arbeitsbelastung sein, mit solchen Reaktionen konfrontiert zu werden und sich dennoch nicht persönlich angegriffen zu fühlen, sondern die Situation der Patienten zu verstehen, um auch darauf eingehen zu können. Häufig ist dies nicht möglich, und die Verantwortung wird an Psychologen oder Seelsorger weitergegeben. Diese Weitergabe von Gefühlen an Spezialisten stellt einen weite-

68 Zorn ist bei Trauer die Regel, die Aggressionen werden dann oft gegen Dritte (Ärzte und Ärztinnen, Schwestern, Angehörige, Bestatter etc.) gerichtet, besonders bei plötzlichen Todesfällen (Jerneizig 1992:71).

ren Distanzierungsmechanismus dar. Ein anderer Konfliktbereich ist der sogenannte ‚Klinikzynismus‘, der häufig als Zeichen der Abstumpfung und Nichtempathie von Seiten der medizinisch professionell Tätigen mit den Patienten gesehen wird. Bis zu einem gewissen Grad ist dies jedoch ein Schutzmechanismus, der dazu dient, in höchst stressvollen und emotional belastenden Situationen, bei denen es um Leben und Tod geht, „die Nerven zu behalten“ und mit klarem Kopf die notwendigen Handlungen durchzuführen. Schwierig wird es dann, wenn derartige Bemerkungen, die von Kollegen sehr wohl im oben genannten Kontext eingeordnet werden können, den Patienten und Angehörigen zu Ohren kommen. Dies kann zum Beispiel auf einer mehrbettigen Intensivstation geschehen, in der es mehr Begegnungsraum zwischen Schwestern, Pflegern und den Angehörigen gibt. Auch wenn „es nicht passieren darf“, scheint es kaum möglich, derartige Zusammentreffen vollständig zu vermeiden.

Sprache und Kommunikation zwischen Professionalisierung und Intimität in der Reproduktionsmedizin

Mit der Unterscheidung zwischen Leib als subjektivem Erfahrungs- und Empfindungsorgan, von dem aus ein Mensch seine Lebenswelt wahrnimmt und mit ihr interagiert, und dem objektiviertem und materiellem Körper, wie er Gegenstand in Untersuchungen und Behandlungen ist, drückt sich auch in Sprache und Begrifflichkeit aus. Dabei wird auf der Ebene der Sprache und vor allem der Begrifflichkeit ein Oszillieren zwischen objektiviertem Körper und subjektiv erfahrbarem Leib deutlich, sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten und Ratsuchenden. Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin ist auffällig, dass Ärzte und Ratsuchende über das gleiche Phänomen – das Suchen und Schaffen eines Weges, der zu einem eigenen Kind führt – sprechen, jedoch schwerpunktmäßig unterschiedliche Begriffe verwenden, wie das nachfolgende Beispiel über Befruchtung und Zeugung zeigt. Fertilisation und Insemination lassen sich mit Befruchtung bzw. Besamung übersetzen; sie stellen jedoch Fachtermini dar, die Ärzte in den Interaktionen mit Paaren gebrauchen, manchmal allerdings auch ‚aufweichen‘. Wir sind der Ansicht, dass die Diskurse über Insemination, Fertilisation und Befruchtung Diskurse über den Körper sind. Im Unterschied dazu sind Diskurse über Zeugung eher solche über soziale Beziehungen und Leiblichkeit. Wir wollen im Folgenden versuchen, die unterschiedlichen Diskurse nachzuzeichnen:

‚Zeugung‘ oder ‚Befruchtung‘? Die Perspektive von Ärzten und Ärztinnen

Im innermedizinischen Diskurs taucht der Begriff der Zeugung hauptsächlich im Zusammenhang mit männlicher Zeugungsunfähigkeit auf. Der Reproduktionsmediziner Prof. Dr. Peter Heise äußerte in einem Gespräch, er habe den Eindruck, dass sowohl auf Fachtagungen als auch in Fachzeitschriften der Begriff der Zeugung vermieden werde. Er wisse nicht genau, warum dies so sei, vermute jedoch, es könne damit zusammenhängen, dass Zeugung nicht genau definiert sei und „irgendwie vielleicht sogar was ‚Mythisches‘ hat“, womit man im (reproduktions-)medizinischen Alltag eigentlich nichts zu tun habe. In der Reproduktionsmedizin gehe es eben in erster Linie um die Befruchtung, das Eindringen der Samenzelle in die Eizelle und deren Verschmelzung. Im folgenden Interviewausschnitt wird deutlich, dass seitens der Ärzteschaft im Rahmen ihrer berufli-

chen Tätigkeit Zeugung oft als medizinisch-technischer Akt im Sinne einer Befruchtung definiert wird. Die Verwendung der Unterscheidung in „natürlich“ versus „künstlich“ und das Hervorheben der technischen Eingriffe seitens der Anbieter wird jedoch, wie wir in den Praxen und Zentren beobachten konnten, in der Interaktion mit den Nutzern zumeist vermieden. Hier drückt sich eine Ambivalenz in der Terminologie aus, denn in Gesprächen mit den Paaren betonen die Ärzte häufig, dass die sogenannte „Kinderwunsch“-Therapie eben nichts „Künstliches“ sei. Aus einem Interview mit dem Reproduktionsmediziner Rolf Wellmann (45) wird überdies deutlich, dass das persönliche Verständnis von Zeugung und vom Zeugungsakt ein anderes ist:

„Es ist etwas Künstliches, darüber brauchen wir nicht zu diskutieren. Das Problem ist aus meiner Sicht ein anderes. Wenn ich mich als Hightech-Kinderproduzierer definiere, dann werde ich in den Vordergrund stellen, welche schwierige hormonelle Konstellationen wir bewältigen müssen, welche technisch aufwendigen Ultraschalluntersuchungen, und dass wir dann auch noch mit Mikroinjektionsapparaten hochsensibles Zellmaterial manipulieren. Das ist die eine Sache. Das liegt an mir. Wenn das für mich wichtig ist, und ich das brauche, es so hoch zu spielen, dann werde ich es als künstliche Befruchtung sehen. Ich sage mir, wir überwinden oder wir helfen an Stellen nach, die in der Natur normalerweise sowieso genauso ablaufen. Wir beheben keine Störung, wir machen in dem Sinne keine Medizin, sondern wir machen ein bisschen Mechanik, ein bisschen Feinmechanik. Wenn man es auf die Mikroinjektion bezieht. Wir helfen ein bisschen nach an den Stellen, wo es bei den Paaren hakt. So sehe ich es!

Frage: „Ist es nicht so, dass Ärzte diese Begriffe ebenfalls mit prägen?“

Rolf Wellmann: „Klar. Wenn Sie sie darauf ansprechen, werden die das nie zugeben. Sie müssen zuhören, wie die Leute mit den Patienten umgehen, was sie ihnen erklären, mit welcher bedeutungsschwangerer Stimme sie dann über Eizellen und Sperma parlieren. Das produzieren die Ärzte selber. Das ist meine Meinung. Zeugung an sich, würde ich nicht unbedingt auf einen Zeitpunkt beschränken. Das ist für mich der formelle Zeitpunkt, wo dann das Leben in Gang gesetzt wird durch eine Samenzelle und eine Eizelle. Wir zeugen letztlich aus meiner Sicht, wir zeugen unter dem Mikroskop. Wenn man das Technische sieht. Aber eigentlich ist die Zeugung die Entscheidung, nichts mehr dagegen zu tun, dass man sich fortpflanzt. Ich würde das als den Punkt nehmen, denn das ist eigentlich ein Konsens, den die beiden Beteiligten haben. Mir wäre die Vorstellung ganz lieb, dass in dem Moment auch wirklich Einigkeit besteht. Ich habe nicht die große Hoffnung, dass das besonders häufig der Fall ist, wenn wir das gerade unter dem Mikroskop machen. Da bin ich mir nicht sicher, was das Paar macht. Der eine liegt im Bett, halb betäubt von der Narkose und der andere blättert lustlos in einer Zeitung herum. Ich weiß nicht, was das für ein Zeugungsakt ist. Ich würde mich dann lieber darauf zurückziehen, dass sie mal eine gemeinsame Entscheidung getroffen haben und den Zeugungsakt so ein bisschen vorverlegen. Wohlwissend, dass das formal natürlich ganz anders ist.“

Der unterschiedliche Umgang mit dem Begriff der Zeugung wird in mehreren Interviews mit Ärzten und Ärztinnen deutlich. Als Arzt im konkreten Umgang mit den Patienten wird versucht, den „Mythos Zeugung“ aus den Behandlungen herauszulassen („Man muss sich auch mal von dem Mythos Zeugung verabschieden können“). Es geht in erster Linie um die Befruchtung, d.h. um Zellen und deren (erwünschtes) Verhalten. Den intimen emotionalen Teil einer Beziehung, die Intimität des Paares, das Geschehen, das in den Interviews als Zeugung definiert wird, wollen die Ärzte überwiegend nicht berühren. Der Arzt oder die Ärztin sieht sich zuständig für den „mechani-

schen“ Teil. Sie möchten Hilfestellung bei der Befruchtung geben, sich jedoch aus der Zeugung heraus halten: „Ich denke, dass die Zeugung in der Klinik gar nicht stattfindet, das passiert irgendwo anders – hoffentlich.“ Dr. Eva Bircher (39) drückte ihre Vorstellung von Zeugung so aus:

„Die Frage, was Zeugung für mich ist, ist gar nicht so leicht zu beantworten. Sie haben mich ja gestern schon mal angesprochen, da konnte ich schon ein bisschen drüber nachdenken, soweit das ging, und da habe ich plötzlich gemerkt, dass es mir gar nicht so klar ist, wie ich wahrscheinlich immer gedacht habe, dass es mir klar erscheinen würde. Ich weiß nicht, ob das für Sie verständlich ist. Jetzt so spontan, was ich damit assoziiere, das wäre Entstehung neuen Lebens, im weitesten Sinne eine Urkraft. Und das ist auch etwas, was man in eine Behandlung mit hineinnehmen kann, wo die Besonderheit ist, dass das von der Sexualität, von der Erotik und von der Beziehung zwischen den beiden Menschen getrennt wird oder ein Stück weit zumindest.“

Durch die Terminologie der eher nüchternen ‚Befruchtung‘ im Unterschied zur emotionaleren ‚Zeugung‘ drückt sich nicht nur ein Versuch der Objektivierung der Vorgänge aus, sondern zugleich eine emotionale Distanzierung, die, wie Dr. Eva Bircher (39) ebenfalls erzählte, auch erwünscht sei, da eine zu intensive persönliche Auseinandersetzung mit den Paaren auch für die Ärzte und Ärztinnen emotional zu belastend wäre:

„Das ist zum Beispiel auch bei einer Geburt so, dass das auch immer wieder empfohlen wird, der Arzt macht das, was Medizinisches anfällt und ist aber ansonsten mehr eine Randfigur. Er soll das Paar, oder diese Intimität, diese Familienbildung, oder was auch immer, möglichst wenig stören, wenn nicht irgendwas ist, wobei er eingreifen muss. Und auch da hat wahrscheinlich der Arzt das Bedürfnis, dass er in der Vorstellung eben nicht mit in die Zeugung, in diese Intimität, oder sogar noch in die Sexualität einbezogen wird. Ich glaube, da will er sich ganz deutlich abgrenzen: Er macht die Mechanik am Rande und das andere tangiert er nicht. Vielleicht hat er das Bedürfnis, sich stärker abzugrenzen. In der Realität geht das nicht immer. Aber man will nicht emotional mit reingezogen werden.“

Zwei weitere Fragen schließen sich an die Verwendung und Bedeutung der Begriffe ‚Zeugung‘ und ‚Befruchtung‘ an: Welcher Zeitpunkt als Zeugungszeitpunkt angesehen wird, etwa im Fall der IVF/ICSI-Methode, wo zunächst Eizellen entnommen werden, danach im Reagenzglas mit Spermienzellen zusammengeführt und kurz darauf beim Embryotransfer wieder auf die Frau übertragen werden. Hinzu kommt noch die Möglichkeit der Kryokonservierung von befruchteten Eizellen (Vorkernstadien), die in einem späteren Zyklus transferiert werden sollen. Die zweite Frage, die mit der ersten direkt zusammenhängt, ist die nach der Rolle des Arztes bei der Zeugung.⁶⁹ Spricht, wie in dem folgenden Interview, Dr. Norbert Krüger (43) von der Befruchtung „als symbolischem Zeugungsakt“ (die ja nur durch seinen Einsatz ermöglicht wird) oder dem Embryotransfer als einem Zeitpunkt, der symbolhaft einen hohen Stellenwert trägt, dann stellt sich die Frage nach seinem eigenen Selbstverständnis als ‚Zeugungshelfer‘. In dem Interviewausschnitt wurden beide Fragen, die des Zeitpunktes der Zeugung und die der Rolle des Arztes thematisiert:

69 Das Geschlecht spielt dann eine Rolle, wenn es sich bei der Person, welche die ‚Zeugung‘ durchführt, um einen Arzt handelt. Die Situation, dass der Arzt als ‚Erzeuger‘ das ermöglicht, wozu der Ehemann nicht in der Lage ist, führt manchmal – nach Aussage einiger Ärzte – kurzfristig zu unterschwelligen Spannungen, besonders bei den Inseminationen und beim Embryotransfer. Dieser Aspekt ist den Ärzten zwar bewusst, wurde aber zumeist erst auf unser direktes Nachfragen thematisiert.

„Es findet natürlich eine gewisse Entkoppelung [zwischen dem Zeitpunkt der Befruchtung und dem des Embryotransfers] statt, das ist korrekt. Gerade wenn man das mit der Kryokonservierung hier mit einbringt. Für die Paare ist es dann meist so, dass der Zeitpunkt der Übertragung ein sehr wichtiger Zeitpunkt ist und eigentlich erst in dem Moment das Gefühl bei vielen Paaren aufkommt, so jetzt ist das meins, jetzt gehört es mir wieder, und von den Paaren, die zumindest IVF machen, ist dieser Embryotransfer ein Zeitpunkt, der symbolhaft einen hohen Stellenwert eben auch trägt.“

Frage: „Es gibt da allerdings auch ganz unterschiedliche Aussagen. Einige Paare sagen, Zeugung ist für sie das rein Technische, die Verschmelzung. Das macht es für sie auch nicht mehr so schwierig damit umzugehen, weil das bei der normalen Zeugung genauso wie bei der sogenannten künstlichen passiert. Da versucht man dann dieses Problem irgendwie zu lösen.“

Dr. Norbert Krüger: Ich denke zum Beispiel jemand, der aus der katholischen Glaubenslehre kommt, der sieht das auch noch wieder ganz anders. Auch die Penetration im engeren Sinne ist schon ein Teil des Zeugungsaktes und das ist auch ein längerer Prozess: Aber in der heutigen Zeit können sie durch die Anwendung von Verhütungsmitteln auf der einen Seite ihre Sexualität ausleben, ihre Gefühle ausleben, auf der anderen Seite eben auch terminiert ihren Kinderwunsch erfüllen, wenn sie es gerade möchten, oder wenn sie eben denken, dass es zeitlich günstig ist. Für sie persönlich als Paar [...].“

Frage: „Wenn, wie Sie sagen, der Embryotransfer für die Paare eine besondere Situation ist oder im weitesten Sinne symbolisch die Zeugung, wie sehen Sie da Ihre Rolle?“

Dr. Norbert Krüger: „Im juristischen Sinn bin ich der Erzeuger. Das bin ich auch schon in dem Moment, wo ich eine Insemination durchführe, weil eben diejenige Person, die der Frau beiwohnt innerhalb einer gewissen Zeit vor der Entbindung, – und das kann im medizinischen Bereich ein Mann als auch eine Frau sein, die der Frau beiwohnt –, Erzeuger des Kindes ist, was auch gewisse unterhaltsrechtliche Dinge nach sich ziehen kann. Manchmal kommt mir die Situation ein bisschen vor, wie einst bei der Jungfrau Maria mit der unbefleckten Empfängnis. Es ist die Entkopplung irgendwo da, weil der Akt der Zeugung außerhalb des Körpers stattfindet, zumindest auf IVF bezogen. Ich versuche das eher so zu betrachten, dass ich mich in den Dienst des Paares stelle. Allerdings ist es eine Gemeinschaftsaktivität, weil noch eine Helferin mit dabei ist, die dann tatsächlich den Stempel auch drückt,⁷⁰ und dann die Flüssigkeit mit den Embryonen eingibt. So gesehen, muss man das eher im Team sehen, wenngleich ich mir bewusst bin, dass ich da eine herausgehobene Position einnehme und ich weiß nicht, ob es vielleicht auch manchmal so ist, dass es für viele dann, nicht dass ich ein Gott bin, das möchte ich mir auch nicht anmaßen, aber dass man vielleicht auch in so eine Rolle hineingedrängt wird, oder dass das so gesehen wird, dass man eine gewisse Allmacht hat. Diese Allmacht, da sehe ich aber noch weitere Bezüge, das ist in der heutigen Gesellschaft aber auch so, dass für alles, was gemacht wird, auch eine Erklärung angeführt werden muss. Es gibt keine schicksalhaften Verläufe mehr.

Der Erklärungsnotstand ist vor allem dann sehr groß, wenn eine Behandlung nicht ‚geordnet‘ abläuft, wenn nach einer Eizellentnahme statt vier Eizellen nur eine Eizelle aufgefunden wird. Wenn nach Auffinden von fünf oder sechs Eizellen nur eine befruchtet ist; oder ursprünglich drei befruchtete sich nicht weiter teilen und vielleicht nur eine oder gar keine befruchtet ist. Dann wird auch gleich gesagt, es muss doch irgendwelche Ursachen geben. Es wird aus meiner Sicht heute

70 Der Embryotransfer erfolgt durch die Scheide, indem durch den Arzt/die Ärztin ein dünner Plastikkatheter in die Gebärmutter eingeführt wird. Eine medizinische Mitarbeiterin drückt die Flüssigkeit mit den Embryonen dann direkt in die Gebärmutter hinein.

zu wenig akzeptiert, dass man bestimmte Ursachen auch nicht benennen kann, dass das auch nicht von mir möglich ist und das hilft einem auch dabei, seine eigene Macht zu sehen und zu sehen, dass es keine Allmacht ist. Dass man auch hier nur eine gewisse Begleitung anbieten kann.“

Auch Dr. Jan Hagemann wies die Rolle als ‚Erzeuger‘ von sich:

„Ich sehe mich nicht so. Ich sehe mich eigentlich auch nicht als jemand, der Dinge möglich macht, die dem Herrgott vorbehalten sein sollen, aus welcher Religion man auch kommen mag. Sondern ich sehe eigentlich, dass ich jemand bin, der aufgrund seiner Ausbildung in der Lage ist, dieses Problem in seiner Komplexität zu erfassen und es so zu therapieren, dass das, was durch mechanische oder organische oder sonstige Ursachen nicht möglich ist, doch möglich wird. Der Zeugungsakt selber ist für mich, und das hat sich ja in den letzten dreißig Jahren auch nicht geändert, das ist für mich eine faszinierende Sache. Wir wissen viel zu wenig davon. Gucken Sie, ich bin gelernter Biochemiker, wenn ich mir überlege, wie wenig wir über das wissen, was wir letztendlich hier machen, kann ich sagen, eigentlich bin ich ein Höhlenbewohner, der einen Chagall oder Picasso beschreiben soll.“

Im innermedizinischen Diskurs und im konkreten Berufsleben liegt die Betonung in erster Linie auf dem (technischen) Vorgang der Befruchtung. Der Begriff der Zeugung wird überwiegend nicht verwendet. Die Aussagen in den Interviews legen die Vermutung nahe, dass die Definitionen subjektiver und komplexer sind, und auch für Ärzte und Ärztinnen in unterschiedlichem Ausmaß mit Intimität und Emotionen zusammenhängen, die im Rahmen der medizinisch-technischen Behandlungen – zum Teil mehr, zum Teil weniger bewusst – ausgeblendet werden. Als Privatpersonen in einer Partnerschaft mit teilweise eigenen Kindern spielt Zeugung eine andere Rolle. Aber in diesem Zusammenhang stehen die eigene Lebenswelt und die eigene Leiblichkeit im Zentrum und nicht der professionalisierte Umgang mit Körpern von Patienten und Patientinnen. Dies zeigt, wie sehr die unterschiedlichen Diskurse vom jeweiligen sozialen Kontext (Beruf oder Privatleben) abhängig sind.

‚Zeugung‘ oder ‚Befruchtung‘? Die Perspektive von Patientinnen und Patienten

Konkret auf die Begriffe ‚Zeugung‘ und ‚Befruchtung‘ angesprochen, verwenden Paare häufig beide Begriffe gleichzeitig oder im Wechsel. Ist für die einen Zeugung „die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle“ und „nur dafür da, um ein Kind zu machen“, so empfinden andere Zeugung als „das, was im Kopf schon vorher stattfindet“, oder sind der Ansicht, „da gehört aber noch ein bisschen mehr dazu. Gefühl, Zärtlichkeit, der ganze Rahmen gehört mit dazu“.

Im Zusammenhang mit dem Begriff der Befruchtung taucht sehr oft, besonders im öffentlichen Diskurs, die Dichotomie von „natürlich“ versus „künstlich“ auf. Mit dieser Unterscheidung müssen sich vor allem diejenigen Paare auseinandersetzen, die ihre soziale Umgebung über die reproduktionsmedizinische Behandlung, in die sie sich begeben, informieren. Die Reaktionen des Umfeldes auf diese Nachricht sind oft kritisch oder ablehnend bezüglich einer „künstlich“ herbeigeführten Befruchtung. In zahlreichen Fällen wird daher die Behandlung verschwiegen, um sich nicht Kommentare anhören zu müssen, dass „man die Natur künstlich zu etwas zwingt“. Überwiegend verneinten die Paare die Frage, ob für sie persönlich ein Unterschied zwischen „natürlicher“

und „künstlicher“ Befruchtung bestünde. Sie fänden alle die spontane „natürliche“ Befruchtung schöner und wären froh, wenn es auf „natürlichem“ Wege klappen würde. Da dies jedoch bei ihnen nicht der Fall sei, nähmen sie dafür Hilfe in Anspruch. Da es sich um die Körperzellen beider Partner handele, die, statt im Körper, eben im Reagenzglas zusammengeführt würden, sehen sie nichts „Künstliches“ bei diesen Behandlungsmethoden. Diese Aussagen und Ansichten stimmen auch mit denen der behandelnden Ärzte überein. Wenn das Kind dann da sei, sei es sowieso egal, wie die Befruchtung zustande gekommen sei, dann wäre es das gleiche, als wenn es „normal gezeugt“ worden wäre. Das Zusammensein der Partner, das Zusammenleben, die gemeinsame Entscheidung für ein Kind, Liebe und Geborgenheit wurden als wichtige Aspekte genannt. Bei der Verwendung des Begriffs ‚Zeugung‘ stehen die handelnden Personen im Mittelpunkt bzw. das erwünschte Kind, weniger die Zellen, die sich befruchten sollen. Ein Schwerpunkt in den Aussagen liegt auf der Gemeinsamkeit des Paares, an der ‚Erzeugung‘ eines Kindes mitzuwirken. So äußerte sich Maria Heider (26), die den zweiten ICSI-Versuch unternahm, folgendermaßen:

„Zeugung, das ist zum einen biologische Zeugung. Aber auch das Zusammenkommen von zwei Menschen mit einer bestimmten Vorstellung, ein Kind zu bekommen. Der Gedanke, der Wunsch an sich ist für mich zwar nicht schon die halbe Miete, aber das andere, wie das dann stattfindet, ist im Endeffekt nicht mehr ausschlaggebend. Das eine ist die Voraussetzung für das andere.“

Auch Martin Helming (38) nannte das Zusammenleben als wichtigstes Kriterium:

„Die Punktion war erstmal der erste Schritt, ob es überhaupt weitergehen kann, und das war schon mal positiv. Und dann haben wir gesagt, okay. Das war dann eigentlich die Zeugung. Ist zwar außerhalb passiert, aber zum einen denke ich, dass das Kind das nicht mitkriegt oder auch nicht mitkriegen kann, was in dem Moment passiert, und entscheidend ist das Zusammenleben zwischen uns beiden, das dann zum Erfolg gehört und zum normalen Verlauf, das macht das Reagenzglas mit Sicherheit nicht, egal, wie gut es wäre oder wie schlecht. Wenn wir beide uns nicht verstehen und nicht zärtlich zueinander sind, da hätte auch der ganze Technikeinsatz nichts genutzt.“

Die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung, die im Rahmen der Therapien vollzogen wird, entspricht, wie das nachfolgende Beispiel zeigt, bis zu einem gewissen Grad auch der Trennung von Zeugung und Befruchtung. Sexualität und Zeugung werden mit intimen sozialen Beziehungen assoziiert, während das Problem Fortpflanzung und damit Befruchtung von Patienten an den behandelnden Arzt oder die Ärztin abgegeben wird. Die Auftrennung von Sexualität und Fortpflanzung und, als Konsequenz der Behandlung, reglementierter, zeitlich vorgeschriebener Geschlechtsverkehr wird von vielen Paaren auch als fast unerträglicher Stress erlebt:

„Früher, als wir damit anfangen, mit den Hormontherapien und Spritztherapien, da hieß es, Sie müssen heute Abend um 22.30 Uhr Geschlechtsverkehr haben. Das war für mich furchtbar. Das war zwar in dem Sinne ein Zeugungsversuch, das hatte aber in dem Fall nichts mit Liebe und nichts mit Schönerem zu tun. Das war eine Nummer, die da abgezogen werden musste, um den Zweck zu heiligen. Als das dann nicht mehr nötig war, weil es ja nun nicht mehr ging, ist da ein wahnsinnig großer Umbruch vorgegangen, weil jetzt im Reagenzglas das Leben hervorgebracht wird. Das ist für uns nicht Zeugung. Der Begriff ‚Zeugung‘, der existiert gar nicht mehr.“ (Elisabeth Leinemann, 34 Jahre).

Auch Maria Heider (26) schilderte ihre Erfahrungen:

„Bei einer künstlichen Befruchtung ist sechs Wochen permanenter Stress. Weil das Romantische, dieses Natürliche und Lockere, ‚Ach Schatz, ich bin schwanger‘, das ist nicht gegeben. Zeugung hat mit Intimität und Gefühl zu tun. Wäre auf jeden Fall schöner [...]. Ich verlagere die Zeugung nicht in die Klinik. Auf keinen Fall. Wenn es so wäre, dann müsste auch die Klinik der Vater sein. Es kommt auf das Drumherum an, auf die Partnerschaft, auf das Zueinander. Es ist eine wahnsinnige Belastung, eine extreme Zeit für beide. Das ist wesentlich wichtiger als der Zeitpunkt, wo die Eizelle sich geteilt hat. Auch wenn was wächst, hat man noch lange keine Garantie, dass davon auch irgendwann mal ein Kind auf ihrem Schoß sitzt. Mein Mann hat mal gesagt, nachdem wir uns mal furchtbar gekracht haben nach dem Transfer ‚Das ist wirklich hervorragend. Man kann heute Kinder zeugen, ohne sich zu mögen.‘ So ist es halt. Und das ist der Punkt, den ich wahnsinnig schade finde. Das ist wahrscheinlich auch der einzige Punkt, unter dem ich leide.“

Auffällig ist hier, dass diejenigen Patienten, die zwischen Zeugung und Befruchtung unterscheiden, den ersten der beiden Begriffe mit „Zuhause“ und „Partner“ oder „Partnerin“, also mit Intimität und sozialen Beziehungen in Verbindung bringen, der zweite jedoch mit „Labor“ und „Therapie“, wie Jutta Tanner (28) im Folgenden nach einem Erstgespräch erzählte:

„Nur von der Zeugung gesprochen, ist es der Beginn eines neuen Lebens. Wenn es in einer natürlichen Umgebung oder ganz natürlich stattfindet, ist es natürlich optimal und wunderschön. Wenn es so nicht stattfinden kann, weiß ich nicht. Das verdränge ich ein bisschen. Bei Zeugung habe ich im Hinterkopf das ‚Natürliche‘, nicht das Labor. Was zwischen meinem Mann und mir passiert, hat mit dem Labor nichts zu tun.“

In den reproduktionsmedizinischen Behandlungen (vgl. Kapitel I) geht es, um die Befruchtung, das Zusammenführen der Zellen und deren Verschmelzung. Dieser Vorgang, für den die entsprechenden Fachtermini verwendet werden, ist auch Gesprächsthema zwischen Ärzten und Paaren. Ihre Körper und Körperzellen werden zu einem Ort des Diskurses, losgelöst von ihrer Leiblichkeit. Halb lachend, oft auch zynisch, beschreiben sich die Paare „als Experten in Sachen Fortpflanzung“ und empfinden ihre eigene Sprache als „total technisch“. Sie sprechen mit dem Arzt über Hormonwerte, Eizellen, Zustand der Gebärmutter Schleimhaut, Spermioogramme usw. Dies kann zwar zu einer Sensibilisierung dem eigenen Körper gegenüber führen, beinhaltet aber oft eine Distanzierung, das Übernehmen des ‚klinischen Blicks‘ auf den eigenen Körper. Diese Loslösung ihrer Leiblichkeit wird seitens der Paare überwiegend akzeptiert, da es, wie sie sich ausdrücken, eben anders nicht gehe, und trennen das Befruchtete (Körper) vom Zeugen, vom Intimen, Emotionalen (Leib).

„Eine andere Sache, mit der ich noch ein bisschen Probleme hatte, war mit diesem ‚Zeugungsvorgang‘, der mit Medizintechnik passiert. Ich habe auch schon ein paar Mal davon geträumt, und in dem Traum habe ich mich mit jemand unterhalten, der mich gefragt hat, würdest du, wenn deine Frau einen schweren Unfall hat und lebensbedrohliche Verletzungen hat, würdest du auch auf die moderne Medizintechnik verzichten? Und dann dachte ich, nein eigentlich nicht. Und wo ist dann der Unterschied? Und nach dieser Unterhaltung im Traum war am nächsten Tag klar, dass eigentlich unsere Welt so weit ist. Wir haben Computer, wir sind schon zum Mond geflogen und al-

les Mögliche, und auf der anderen Seite gebe ich der Umwelt auch ein bisschen Schuld daran, dass vielleicht die Spermaqualität schlechter geworden ist. Ich bin Entwicklungsingenieur, sitze den ganzen Tag vorm Computer und das ist der Preis, den man für den Fortschritt zahlen muss. Die Untersuchungen sind prinzipiell für Europa so, dass die Spermaqualität, über die Fläche gesehen, doch kräftig rückläufig ist. Ich denke, das hängt mit dem ganzen technisierten und gesellschaftlichen Umfeld zusammen, wenn man sich in dem bewegt und da auch leben muss, dann darf es auch erlaubt sein, auf der anderen Seite solche Mittel wieder einzusetzen. Das war schon ein bisschen meine Rechtfertigung, dass wir so weit gehen. Was ich jetzt noch ein bisschen für mich bearbeiten muss, was das Kind angeht, wenn es sich also in der Gebärmutter einnistet, dann muss man das aus dem Kopf rausschieben, dass es so zustande gekommen ist. Dann muss es so weiterlaufen, als wenn es ganz normal gezeugt wär, normal heranreift und das Thema hier ziemlich weit nach hinten schieben.“ (Martin Helming, 38 Jahre).

Das Verhältnis der Paare zu den Ärzten ist von der medizintechnischen Anwendung geprägt, d.h. wie kann eine Schwangerschaft möglichst bald mit den zur Verfügung stehenden Methoden erreicht werden. Die meisten von uns interviewten Paare haben damit keine Schwierigkeiten, wie das folgende Zitat zeigt:

„Das sind doch hier keine Psychologen, sondern Ärzte, die sich um das Kinder kriegen kümmern. Ich erwarte auch nicht von denen, dass sie sich mit mir über meine Probleme unterhalten. Da hätten die viel zu tun, wenn sie das mit allen machen würden. Die machen hier ihren Job gut, finde ich. Alles andere muss man sich eben woanders holen. Das ist eben meine Privatsache, und das hier ist die Klinik. So ist das schon korrekt.“ (Anja Dietrich, 29 Jahre)

Im Falle einer nicht eingetretenen Schwangerschaft zeigt sich die besondere Schwierigkeit, eine Trennung zwischen ‚Befruchtung‘ und ‚Zeugung‘ durchzuhalten. Es wird deutlich, dass es sich nicht nur um Körperzellen und um einen bloßen technischen Vorgang gehandelt hat, sondern dass Emotionen damit verknüpft waren. Die Visualisierung der einzelnen Schritte des Fortpflanzungsvorganges kann zu einer besonderen Bindung an die Körperzellen führen, wie Ute Wille erzählte: „Jedes Mal dachte ich, toll, das sind deine Eizellen. Wie viele sind es? Toll! Je mehr desto besser. Wir kannten uns schon richtig gut“. Weiterhin entstehen häufig starke Gefühle für die übertragenen Embryonen (siehe dazu auch Feige 1997:107 f.). Die Rede ist von dem Gefühl, Leben verloren zu haben, von Trauer über den Verlust des potentiellen (leiblichen) Babies.

„Man verlässt schon halbschwanger die Klinik. Wie ein rohes Ei. Das erste Mal war es bei mir sehr schlimm und dieses Mal habe ich mir gesagt, verflucht noch mal, wenn jemand dableiben will, soll er dableiben und wenn er gehen will, soll er gehen. Jetzt habe ich es anders gemacht. Psychisch geht es mir jetzt besser als beim ersten Mal. Da war ich ein Seelchen und habe gelitten, besonders an dem Tag in die Klinik zu gehen und zu hören, dass man doch nicht schwanger ist. Das war eine Katastrophe. Dieses Mal habe ich normal weitergearbeitet, habe normal mein Heu gemacht. Mal schauen, was rauskommt. Diese zwei Wochen sind mir leichter gefallen als das letzte Mal. Man kann sich selbst nicht beeinflussen und sich sagen, lebe normal weiter, in zwei Wochen weiß man ja Bescheid. Aber irgendwo im Hinterkopf ist es doch und je näher der Termin rückt, umso komischer wird es. Ich habe die Embryonen am Bildschirm gesehen.“ (Maria Heider, 26 Jahre)

Eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen findet selten statt. Oft erfolgt stattdessen unmittelbar darauf eine erneute Konzentration auf den Körper bzw. die Körperzellen, um schnell wieder einsteigen und die Technik erneut in Anspruch nehmen zu können. Man versucht rationale Erklärungen zu finden („Wieso hat mein Körper so reagiert? Was kann ich beim nächsten Mal besser machen?“), obwohl die Ärzte und Ärztinnen oft keine Erklärungen abgeben können, denn körperlich war alles in Ordnung.

„Man hat ein Bild davon, von dem, was jetzt in einen hineinkommt oder sowas, was man vorher eigentlich überhaupt nicht hatte. Da wusste man, das ist so klein, dass man es unterm Mikroskop sehen kann. Aber so ein richtiges Bild hat man davon gar nicht gehabt. Und das ist schon interessant, ich find das unwahrscheinlich interessant. Ich will aber auch nicht Emotionen oder sowas, darauf aufbauen [...]. Vielleicht, weil ich es [den Embryotransfer] schon dreimal hinter mir habe, und weiß, wie schnell alles wieder vorbei sein kann! Und man weiß überhaupt nicht, wie oder was das ist. Das ist schon komisch, und ich weiß auch nicht, ob ich dann darüber nachdenken soll, ob das jetzt schon Leben ist. Keine Ahnung, das weiß ich auch nicht, da habe ich mir auch schon viele Gedanken darüber gemacht. Aber das kann ich irgendwie nicht so gut hören. Ich überlege halt, was ich beim nächsten Mal noch anders, besser machen kann, mehr denke ich jetzt nicht.“ (Anja Dietrich, 29 Jahre)

Die Visualisierung des ‚Zeugungsprozesses‘ bzw. der erfolgten Befruchtung macht Prozesse und ‚Fakten‘ sichtbar, die ansonsten nicht direkt wahrnehmbar sind, weil sie sich im Körperinnern abspielen. Die Visualisierung macht aus diesen Prozessen ein leiblich erfahrbares Erlebnis, das auch zu einer Transformation des Körpers in einen Leib und umgekehrt führt.⁷¹

Damit zeigt sich, dass gerade die Visualisierung von eigentlich nicht einsehbaren Vorgängen im Körperinneren ein wesentliches Medium bilden, das an der Schaltstelle zwischen objektiviertem Körper und subjektiver Leiblichkeit steht. Die Visualisierung ist ein wichtiges Element jenseits sprachlich-diskursiver und behandlungsmäßiger Praxis, das zur Verfestigung von Körperbildern beiträgt.⁷²

Der Umgang mit Organtransplantation in der Praxis

Wie bereits dargelegt, ist die Übertragung menschlicher Organe nur möglich durch die konzeptionelle Loslösung des Leibes vom Körper. Dies gilt für alle drei an diesem Verfahren beteiligten Personenkreise: die gebende, die übertragende und die empfangende Seite. Dies bedeutet, dass sich diese drei Akteursgruppen aktiv mit der Bedeutung des „Hirntodes“ auseinandersetzen müssen, damit sie für sich selbst einen Weg finden, der ihren persönlichen Umgang mit dieser neuen

71 Duden hat sich mit Visualisierungsprozessen, der Sichtbarmachung vor allem von Schwangerschaften (z. B. durch Ultraschall, Fotografien vom Foetus etc.) auseinandergesetzt. Sie kam zum Schluss, dass nur dem, was gesehen werden kann, der Status von Realität beigemessen wird (1991).

72 Wie bereits erwähnt, führten wir fast ausschließlich mit Einzelpersonen und Paaren Gespräche, die eine Therapie anstrebten, sich in der Behandlung befanden oder mindestens eine erfolgreiche Behandlung hinter sich hatten. Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich deshalb auf diesen Personenkreis, der im weitesten Sinne Erfolgsergebnisse aufzuweisen hat. Darüber, wie Körperbild und Leiblichkeit bei jenen Menschen beschaffen sind, bei denen Behandlungen gescheitert sind, können wir keine Aussagen machen (vgl. dazu Knoll 2001:88-119).

Erscheinungsform des Todes bestimmt. Im Folgenden wollen wir zunächst die professionelle Seite zu Wort kommen lassen: Mediziner und Medizinerinnen aus dem Bereich der Transplantationsmedizin.⁷³

Der „Hirntod“ als Legitimation der Chirurgen

Für Chirurgen scheint die Objektivierung des zu transplantierenden Organs bei der Transplantation – soweit dies von außen einschätzbar ist – kein grundsätzliches Problem darzustellen. Die Objektivierung beruht nicht auf einer gesetzlichen Legitimation, sondern ist das Resultat der zuvor beschriebenen Strategien der Objektivierung im Rahmen des professionalisierten Umgangs mit Körpern. Schon vor dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes war das Konzept des „Hirntodes“ sowohl ethisch als auch praktisch die unerlässliche Basis der Transplantationsmedizin, von der die Chirurgen ausgegangen sind. Da es jedoch vorher hierfür keine eindeutig geregelte rechtliche Grundlage gab, war die praktische Handhabung von der persönlichen Risikobereitschaft der behandelnden Ärzteschaft abhängig – denn eine Organentnahme ohne die rechtliche Gleichsetzung des „Hirntodes“ mit dem Tod des Menschen würde einer Tötung entsprechen. Über die Zeit vor dem Inkrafttreten des neuen Transplantationsgesetzes äußerte sich Prof. Dr. Hans-Martin Kresche:

„Die Aufklärung ist zwar unter den Medizinern weitergegeben worden. Auf der anderen Seite wissen wir, dass sich Chefärzte ganz bewusst nicht auf Risiken eingelassen haben, was die Organspende betrifft, weil sie gesagt haben, es gäbe keine Rechtsgrundlage, sie stünden immer mit einem Bein im Gefängnis, wenn später Angehörige noch kommen und in irgendeiner Weise misstrauen, dass alles rechtens abgelaufen sei. Insbesondere, weil auch der Tod an sich als Kriterium für die Organentnahme nicht wie jetzt per Gesetz festgeschrieben war.“

Das folgende Zitat von Dr. Heiner Fahrenkamp zeigt, dass es bei der gesetzlich fixierten Akzeptanz des „Hirntodes“ nicht nur um die persönliche Absicherung gegenüber Haftungsfragen geht, sondern auch um den moralischen Rückhalt bei der Überschreitung einer kulturell bestimmten Grenze. Der „Hirntod“ wird durch seine Festschreibung im Gesetz sozusagen gesellschaftlich legitimiert.

„[Das neue Transplantationsgesetz] war erstens dringend notwendig, damit Rechtssicherheit geschaffen wird. Es ist auch wichtig als Signal für die Öffentlichkeit, dass die Transplantationsmedizin ein gewünschtes und von der Mehrheit der Bevölkerung und von den Krankenkassen getragenes Verfahren ist, um also mehr Akzeptanz zu schaffen.“

Denn die Akzeptanz des „Hirntodes“ als Tod des Menschen bedeutet nicht nur die Akzeptanz eines neuen Konzepts, sondern stellt im Grunde auch ein altvertrautes in Frage: den Herztod. Nach Meinung der Transplantationschirurgin Prof. Dr. Brigitte Ohlmann-Reiser erfordert diese Neuordnung der Todeskriterien einen gesellschaftlichen Lernprozess, der nicht zwangsläufig auf die Akzeptanz des „Hirntodes“ hinauslaufen muss.

73 Die folgenden Darstellungen basieren auf teilnehmender Beobachtung und Interviews in verschiedenen Transplantationszentren von Lutz Freudenberg (1997).

„Entweder, eine Gesellschaft verständigt sich darauf, dass der Hirntod – ein aus meiner Sicht hundertprozentiges – Kriterium eines point-of-no-return ist und dass der Patient damit sämtliche Steuerungsmechanismen, auch die integrale Persönlichkeitsfunktion, verloren hat, dann sagt die Gesellschaft: wir akzeptieren dies so. Es ist zwar gegen die eigene Wahrnehmung, weil der Patient ja noch beatmet ist. Unser ganzer kultureller Umkreis, unsere Tradition erschwert das ganze. [Denn das] bedeutet, dass wir selbst erleben müssen, dass jemand verstorben ist. Er muss nicht mehr atmen, er muss blass werden, kalt werden. Daraus resultieren die Ängste, dass ich es selbst nicht mehr erfahre. Wenn aber die Gesellschaft umlernt und sagt: ‚Das ist für uns erfahrbar, es ist nachvollziehbar‘, dann wäre es ja in Ordnung. Und sonst muss die Gesellschaft eben für sich auch abwägen, wie viel High-Tech-Medizin sie als Gesellschaft tragen und wie viel sie dafür investieren will.“

Dass der „Hirntod“ ein Konzept mit Interpretationsspielraum und damit eine Frage der Definition ist, schimmert auch im folgenden Gesprächsausschnitt mit Dr. Joachim Frehls durch:

„Es ist für uns Transplantationschirurgen wichtig, dass der Hirntod im Transplantationsgesetz festgeschrieben ist und es somit aus dem rechtsfreien Raum in einen rechtlich geklärten Bereich übergeleitet wurde, um da zu arbeiten. Wenn der Hirntod nicht akzeptiert worden wäre, dann wäre die Transplantationschirurgie zum Erliegen gekommen, weil man von keinem Arzt verlangen kann, einen Lebenden zu explantieren und damit umzubringen.“

Es genügt jedoch nicht das gesellschaftliche Einverständnis, dass bei einem festgestellten „Hirntod“ der Betroffene wirklich ‚tot‘ ist, sodass man ihn durch die Organentnahme unausweichlich dem biologischen Tod zuführen darf. Für Prof. Dr. Brigitte Ohlmann-Reiser bildete dieses Konzept auch das Zentrum ihrer persönlichen Ethik, die ihre Arbeit legitimiert:

„Der Hirntod ist für mich der Tod des Menschen. Wenn er das nicht wäre, dürfte ich und könnte ich auch nicht transplantieren. Denn ich könnte sowohl vom Verständnis und natürlich auch von der emotionalen Einstellung her nicht sagen: Ich explantiere einen Sterbenden, um einem Lebenden zu helfen. Das könnte ich mit meiner Berufseinstellung nicht vereinbaren. Ja, in der sicheren Überzeugung, dass der Hirntod der Tod des Menschen ist, kann ich das. Anders könnte ich es nicht, und das wäre auch nicht konsequent.“

Befragt zur öffentlichen Diskussion, die dem neuen Transplantationsgesetz von 1997 vorausging, zeigte die Interviewpartnerin auch auf, dass das Konzept des „Hirntodes“ seine fragilen Seiten hat. Denn wenn in einer öffentlichen Diskussion ein „Hirntod“-Gegner

„... für jeden Transplantationschirurgen [ist] dies doch ein sehr individuelles Problem ist, und jeder dies sehr persönlich sieht. Aber in der Form der Diskussionsführung [wie oben benannt] werden sofort Feind- oder Freundbild aufgebaut. Je nachdem, wie man jemanden angeht, muss er bestimmte Dinge zurückweisen und immer vehementer werden. Denn allein die Frage, ob es wirklich ein Lebender oder ein Toter ist, den wir hier explantieren, die muss man sich als Transplantationschirurg auch mal stellen. Das tun die wenigsten Kollegen gern, wenn sie es überhaupt tun.“

Wenn da der geringste Zweifel aufkommt, müssen schon ganz wilde Verdrängungsmechanismen ablaufen, damit der Betreffende weiterarbeiten kann.“

Die persönliche Überzeugung stellt also bei Transplantationschirurgen einen zentralen Faktor dar. Was verleiht nun dieser Überzeugung ihr Fundament? Dass der „Hirntod“ als Tod akzeptiert werden kann, bedarf der Vorstellung, dass nicht der Funktionszustand von Körperteilen oder Teilsystemen wie die Atmung oder der Herzschlag als Kriterium für Leben oder Tod entscheidend ist, sondern ein übergeordnetes Konzept wie das des „integralen Systems“, wie es Prof. Dr. Brigitte Ohlmann-Reiser im weiteren darlegte.

„Die Argumente [gegen den Hirntod], die aus der Pseudomedizin, sage ich jetzt mal, herangezogen wurden, dass zum Beispiel noch einige Hirnzellen leben könnten, sind Unsinn. Natürlich ist das ein Fakt, aber was passiert mit dem ganzen Körper, wenn das Herz aufgehört hat zu schlagen? Es leben noch Milliarden von Zellen. Selbst im Herzmuskel leben noch bis zu zweiundsiebzig Stunden nach eingetretenem Herzstillstand Zellen, nämlich das ganze Stützgerüst oder die Herzklappen. Das heißt, die funktionelle Einheit des Herzens ist erloschen, aber nicht jede einzelne Zelle. Und beim Gehirn ist es ganz genauso. Das funktionelle Hirngewebe wie zum Beispiel die Stützzellen, die weniger aktiven Hormonzellen in der Hirnanhangdrüse, die sind auch nicht gleich dahin. Aber mit der Mikrochirurgie auseinander zu dividieren, wie viele Zellen das Leben ausmachen, ist für mich eine unsinnige Diskussion. Und wenn in dem Organ noch fünf Zellen überleben und dem noch drei und dem noch eine, dann ist der Patient noch nicht tot oder gerade tot? So kommt man nicht weiter. Es ist auch eine unsinnige Betrachtungsweise, weil das integrale System nicht mehr funktioniert.“

Die Zitate verdeutlichen, dass Tod und Sterben ein Prozess sind, ein Übergang, der schwer auf einen definitiven Zeitpunkt begrenzt werden kann. Um sich jedoch abzusichern und die daraus resultierenden Ambivalenzen zu ertragen, muss ein definitiver Zeitpunkt des Todes festgelegt werden – der Zeitpunkt der zweiten Hirntoddiagnostik. Dieser ist jedoch deutlich sozial konstruiert, da er von äußeren Kriterien abhängig ist: Wann steht medizinisches Personal zur Verfügung, das entsprechend qualifiziert ist, um die Hirntoddiagnostik durchzuführen? Kommt eventuell ein anderer Notfall dazwischen? Die Soziologin Gesa Lindemann schildert aus der klinischen Praxis:

„Die erste Hirntoddiagnostik findet etwa Freitags um 13.00 Uhr statt. Auf Grund von Personal-mangel sind am Wochenende keine apparativen Untersuchungen möglich (es kann z. B. weder ein EEG noch eine zerebrale Angiographie gemacht werden); vielleicht ist auch einfach nur ein Apparat defekt. Wenn außerdem wegen der anfallenden Arbeit nie ausreichend lange zwei Ärzte auf der Station sind (eine Hirntoddiagnostik muß immer von zwei Ärztinnen durchgeführt werden), kann die zweite Hirntoddiagnostik erst am Montag durchgeführt werden. In diesem Fall kann der Zustand des Hirntodes erst am Montag festgestellt werden, d. h., die Patientin wird erst am Montag versterben. Wäre die zweite Untersuchung in der Nacht von Freitag auf Samstag erfolgt, hätte der Tod vielleicht schon dann eingetreten sein können und wenn eine apparative Untersuchungsmethode zur Verfügung gestanden hätte, wäre der Tod evtl. schon am Freitag Nachmittag eingetreten. Schließlich bleibt noch eine weitere Möglichkeit, daß der Patient von sich aus stirbt. In diesem

Fall wird sein Tod unabhängig von den Wahrnehmungsexperten und den organisatorischen Problemen der Klinik.“ (Lindemann 2002:371)

Es sind demnach personale, logistische und technische Faktoren, die den Todeseintritt bestimmen, Bedingungen, die *außerhalb* des versterbenden Körpers liegen. Damit wird die soziale Handlung der Todeszuschreibung besonders offensichtlich.

Ein ähnlicher Blickwinkel zeigt sich im folgenden Zitat von Dr. Joachim Frehls, für den mit dem „Hirntod“ das abstirbt, was den Menschen erst zum Menschen macht. Auch er sah das Lebensende nicht durch das Absterben aller Zellen markiert.

„Es ist die Frage, ob man den Hirntod als Tod des Menschen akzeptieren kann. Es gibt Menschen, die sagen, man könne einen Menschen erst als tot erklären, wenn die letzte Zelle abgestorben ist. Das kann zwei, drei Wochen nach dem Hirntod der Fall sein, weil die Haarzelle oder die Zelle, die Nagelsubstanz produziert, einen sehr verringerten Stoffwechsel hat und grundsätzlich für eine gewisse Zeit weiterleben kann, ohne dass Herz, Kreislauf und Hirn funktionieren. Aber es kann ja keiner sagen, dass die Nagel- oder die Haarzelle der Mensch ist. Denn der Mensch unterscheidet sich dadurch vom Tier, dass er denken kann, dass er sich aktiv mit der Umwelt auseinandersetzen und vor allen Dingen sein Handeln reflektieren kann. Doch das Kriterium des Hirntods verlangt nicht nur, dass die Großhirnfunktion ausgefallen ist, was den Menschen also vom Tier unterscheidet, sondern dass auch archaische Zentren wie der Hirnstamm ausgefallen sind, der die Atmung, den Wasser-Elektrolyt-Haushalt oder die Wärmeregulation steuert.“

Die „integrale Persönlichkeitsfunktion“ eines Menschen wird aus Sicht der Medizin in den phylogenetisch jüngeren Strukturen des Gehirns wie der Großhirnrinde verortet. Ein unwiederbringlicher Ausfall dieser Strukturen entspräche also einem Teilhirntod. Doch dieses Konzept wurde von den Befragten durchweg abgelehnt. Für Dr. Joachim Frehls war etwa die Gefahr von Willkür, auch vor dem Hintergrund der speziell deutschen Geschichte, ein gewichtiges Argument dagegen.

„Davon halte ich überhaupt nichts, weil das [Konzept des Teilhirntodes] wiederum einer gewissen Willkür Tür und Tor öffnet. Denn dann ist eine subjektive Betrachtungsweise möglich, wie viele und welche Teile abgestorben sein sollen. Der Mensch unterscheidet sich vom Tier dadurch, dass er intellektuelle Fähigkeiten besitzt, die im Großhirn, in der Großhirnrinde lokalisiert sind. Und wir wissen, dass es Patienten gibt, bei denen Teile des Großhirns abgestorben sind und wirklich nur Stammhirnbereiche funktionieren. Auch bei den sogenannten apallischen Patienten sind wir ja Gott sei Dank weit davon entfernt, sie als hirntot zu bezeichnen. Da kämen wir in Bereiche des Dritten Reiches zurück, und das möge ja nun jeder, der nur Verantwortungsbewusstsein hat, verhindern wollen!“

Prof. Dr. Hans-Martin Kresche präzisierte dies noch, indem er die Implikationen eines „Teilhirntodes“ ausführte:

„[Konzepte wie der Teilhirntod sind] letztlich eine Aufweichung der harten Kriterien. Das harte Kriterium heißt, dass der Organismus nicht mehr in irgendeiner Weise existenzfähig ist ohne technische Geräte. Und das ist beim Teilhirntod noch gegeben. Wenn zum Beispiel das Stammhirn noch funktioniert, dann ist es durchaus möglich, dass da irgendwo ein Organismus vegetiert, der zwar

gefüttert werden muss, weil er vielleicht selbst nicht in der Lage ist, das Essen zum Mund zu führen, aber er kann atmen, er kann seinen Stoffwechsel und seine Körpertemperatur regeln, kann noch selbsttätig die Kreislaufregulation machen. Es ist also sozusagen eine belebte Materie, die selbstverständlich keine Persönlichkeit mehr ist. Aber wenn man da beginnen würde, in irgendeiner Weise die strengen Regularien aufzuweichen, dann würde man auch die Möglichkeit haben, immer weiter und weiter [aufzuteilen]. Dann ist es nicht nur die Stammhirnfunktion, dann ist es vielleicht auch schon, wenn das Kleinhirn ausgefallen ist, oder Großhirn und Kleinhirn, oder vielleicht nur Großhirn, wenn das Kleinhirn noch funktioniert, dass also nur die zwischenmenschliche Kommunikation aufgehoben ist. Da sollte man hart und kompromisslos bleiben und sich nur auf diese Situation [Hirntod] beschränken.“

Auch Prof. Dr. Brigitte Ohlmann-Reiser lehnte den „Teilhirtod“ ab, weil damit ihrer Meinung nach die Gefahr, einen „Unschuldigen“ zu töten, zu groß wäre:

„Den Teilhirtod würde ich nie akzeptieren, weil jeder vernünftige Neurologe zum Beispiel auch beim apallischen Syndrom sagt, dass wir nur zu 99,99 Prozent wissen, dass dieser Patient nicht wieder zurückkehren wird in irgendeine Form des Wachheitsgrades und des Kooperationsgrades. Aber seine zentrale Steuerung der biologischen Funktionen ist nicht ausgefallen, er atmet allein, die Herztraktion ist regelrecht und die ganze hormonelle Steuerung funktioniert noch. Die Bewusstseinslage [des Patienten] ist vom Neurologen nicht zu klassifizieren, ob dieser nicht zu einem geringe[n] Prozentsatz eine Rehabilitationschance [hat]. Das heißt, es ist kein 100-prozentiger point-of-no-return gesetzt. Und selbst, wenn es 99,999 Prozent Sicherheit wäre, würde das immer noch bedeuten, dass wir bei 10.000 einen Unschuldigen töten würden. Das ist eine ungesicherte Gewissheit, mit der ich nie arbeiten und leben könnte und die ich immer ablehnen würde.“

Mittlerweile wird jedoch genau diese weitere Verschiebung der Grenze zwischen den Lebenden und den Nicht-mehr-Lebenden in Fachkreisen diskutiert. Ausgehend von der Logik, dass „Hirntote“ zu den Toten zählen, da ihnen die Charakteristik/Kriterien des Personseins, die mit der Funktion des menschlichen Gehirns verknüpft wird, fehlen und sie unwiderruflich dem biologischen Tod entgegengehen, müssten auch andere Patienten in einem ähnlich Zustand zu den Nicht-mehr-Lebenden gezählt werden: anenzephalie Kinder, Patienten im „permanent vegetative state“ (PVS) oder solche, denen nur noch „minimales Bewusstsein“ zugeschrieben wird. In einem nächsten Schritt stehe dann zur Frage, ob diese „good-as-dead“ auch für Organentnahmen oder andere medizinische Zwecke genutzt werden könnten (Lock 2001:171). Es sei angebracht, so argumentiert beispielsweise auch Margaret Lock, die Definition des „Hirntodes“ als *sozialen Tod bei biologisch noch lebendem Körper* anzuerkennen, wenngleich sie auch auf die Gefahr hinweist, die dieser, u.a. utilitaristisch motivierten Definition innewohnt (Lock 2001:192, Fn. 4).

Das Pflegepersonal im Umgang mit „hirntoten“ Menschen

Wenn ein Mensch die Transformation zum „hirntoten Organspender“ durchläuft, ist er bereits einige Zeit in der Obhut der Pflegenden der Intensivmedizin. Das Pflegepersonal befasst sich deshalb mit Menschen in einer Phase der Transformation von der Person zum Körper. Die konzeptionelle Loslösung des Leibes eines Patienten bzw. einer Patientin im irreversiblen Hirnversagen vom

„noch funktionierenden“ Körper gehört deshalb mit zu ihren (oft unausgesprochenen) Aufgaben, mit denen sie zurecht kommen müssen. Für das Pflegepersonal stellt dies in dreifacher Hinsicht eine Herausforderung dar: 1. Sie müssen den biologisch noch lebenden Körper des nun als verstorben geltenden Menschen als tot akzeptieren und ihn vom gelebten Leib und der persönlichen Geschichte des Patienten, den sie zuvor pflegten, trennen; 2. kann es zu moralischen und ethischen Konflikten beim Pflegepersonal kommen, wenn die Zeit, die sie für die Versorgung eines „Hirntoten“ investieren, nicht mehr für die Pflege noch lebender schwerkranker Patienten zur Verfügung steht;⁷⁴ und 3. stellt die Betreuung der Angehörigen „hirntoter“ Patienten eine besondere Herausforderung für die Pflegenden dar.

Der Umgang mit solchen Patienten wird weitgehend durch die soziale Nähe zu dem Patienten mit der Diagnose „Hirntod“ und späteren „Organspender“ bestimmt. So unterscheidet André Korn, Fachpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin, zwischen drei Kategorien von Patienten: 1) Patienten, die schon einige Zeit von ihm betreut wurden, bevor sie dem „Hirntod“ erlagen. Diese betreut er nach dem „Hirntod“ mit dem gleichen pflegerischen Einsatz wie vorher. Der Grund hierfür bestehe einmal in der Beziehung zu dem Patienten, die durch den „Hirntod“ nicht beendet sei, weil er ihn noch weiterhin pflegte. Zum anderen halte er den visuell wahrnehmbaren, gepflegten Zustand (Rasieren, Eincremen, Waschen) des Patienten aus Rücksicht auf seine Angehörigen aufrecht. Die anderen Kategorien von Patienten sind diejenigen, die nicht erst durch den „Hirntod“ zu „Organspendern“ werden, sondern bereits als „Organspender“ in seine Obhut kommen, darunter fallen 2) Patienten, die mit infauster Prognose als mögliche „Organspender“ stationär aufgenommen werden und 3) diejenigen, die von anderen Kliniken mit einem Leichenschein zur Organentnahme übernommen werden (Korn 1991:43-53). Er unterscheidet zwischen dem pflegerischen Einsatz, der den Grundbedürfnissen des Menschen gilt und die er Grundpflege⁷⁵ nennt, und der Behandlungspflege, die im Falle von „hirntoten“ Patienten der Organerhaltung dient.⁷⁶ Ist der Bezug zu dem Patienten besonders gering, nimmt der Pfleger nur noch die notwendigsten Handgriffe der Grundpflege vor und konzentriert sich auf die Therapien zur Organerhaltung (Korn 1991:53). Daher macht es einen grundlegenden Unterschied, in welchem Zustand ein Patient oder eine Patientin auf die Station kommt und wie lange sich das Pflegepersonal mit ihnen schon befasst hat. Werden die Patienten als Unfallopfer eingeliefert und nur kurz auf der Station, hat das Pflegepersonal keine Möglichkeit mehr Kontakt aufzubauen, so die Krankenschwester Brigitte Gerhoff, weil sie meist gar nicht mehr wach sind, so erleichtere dies die Situation für die Pflegekräfte.

Die „Hirntod“-Diagnostik stellt zwar den Status des Patienten in Hinblick auf Leben oder Tod fest, dennoch treten für die Pflegenden konkrete Probleme im Zusammenhang mit sinnlicher Wahrnehmung zwischen (lebendiger) Leiblichkeit und ‚bloßer‘ Körperlichkeit der zu Pflegenden auf, wie es die Krankenschwester Silke Babels schilderte:

„Ich habe mich anfangs sehr schwer damit getan, es zu akzeptieren, wenn es hieß, dass der Patient hirntot, dass er jetzt klinisch tot ist. Und auf dem Monitor hat man dann noch die ganzen Pa-

74 Vgl. Conrad/Feuerhack 2002:67, 2006.

75 Diese beinhaltet die Körperpflege wie Rasieren oder Waschen, was eher Bedürfnisse in Bezug auf soziale Beziehungen sind und Maßnahmen, die der Gesunderhaltung des Körpers dienen wie die Lagerung oder die Erhaltung der Mundflora.

76 Wie entscheidend der soziale Abstand für die Pflegenden in Bezug auf „Organspende“ ist, zeigen die Berichte von Operationsschwestern aus dem Buch „Ich pflege Tote“ (Striebel/Link 1991). Der Gedanke, während einer Organentnahme auf einen „Organspender“ zu treffen, der ihrem eigenen sozialen Netzwerk angehört, ist für die Operationsschwester Monika Grosser eine furchtbare Vorstellung (Grosser 1991:58).

rameter gehabt. Das Herz hat auch geschlagen und der Blutdruck ist noch gelassen worden, das war für mich irgendwie unfassbar.“

Über das Vertrauen in den Ablauf der „Hirntod“-Diagnostik und das ihr vermittelte medizinische Wissen gelingt es ihr, den „Hirntod“ zu akzeptieren:

„Inzwischen kann ich damit umgehen. Es wurde mir erklärt, dass der Mensch dann wirklich tot ist und man nicht das Gefühl haben muss, der Patient sei vielleicht gar nicht tot, was man im Unterbewusstsein wahrscheinlich immer gedacht hat. Okay, der ist jetzt hirntot, aber wie gesagt, das Herz schlägt ja noch und ich konnte das damals nicht richtig begreifen. Ich konnte es schon verstehen, aber ich dachte immer: Hoffentlich ist er wirklich tot und hirntot!“

Denn die Konsequenzen der „Hirntod“-Diagnostik sind für den betroffenen Patienten endgültig und nicht rückgängig zu machen; weshalb für den im Folgenden zitierten Pfleger Udo Riemann ein gewisses Unbehagen zurückblieb.

„Ich glaube schon, dass dieses Schrittverfahren mit zwei voneinander unabhängigen Parteien, die den Hirntod feststellen müssen, relativ sicher ist. Natürlich schwebt da immer so ein gewisses Maß an Restangst mit, ob ich dann wirklich tot bin. Denn, letztendlich, man hat zwar die EEG-Ableitung gemacht, aber für die Person ist es nun mal irreversibel. Wenn man die Entnahme vorgenommen hat, dann ist da einfach nichts mehr.“

Für Brigitte Gerhoff, die schon häufiger Patienten mit der Diagnose „Hirntod“ pflegte, stellt sich diese Diagnose, die für andere vielleicht unfassbar ist, als konkrete und sinnlich wahrnehmbare Situation dar. Aufgrund ihrer pflegerischen Arbeit an solchen Patienten hat sie weitere körperliche Merkmale von Leben und Tod gesehen, die sie die veränderten Kriterien von Leben und Tod akzeptieren ließ.

„[Der Hirntod] ist einfach eine Diagnose, die wir nachvollziehen können, wenn wir die Patienten versorgen. Sie husten nicht mehr beim Absaugen und haben weite, nicht reagierende Pupillen. Ich meine, das sieht man. Wenn sie sich noch bewegen, ist das immer irgendwie komisch. Aber das hat man ja auch mit einer Leiche, die man fertig macht und die sich dann noch bewegt. Die Diagnose Hirntod wird verstanden und wird auch akzeptiert.“

Dennoch bleibt bei manchen Schwestern und Pflegern das Dilemma bei der Pflege von Patienten mit der Diagnose „Hirntod“ bestehen: Wer oder was ist es, dem sie da ihre pflegerische Aufmerksamkeit schenken? Denn der Körper, den es zu pflegen gilt, bleibt derselbe, ungeachtet, ob es noch ein Schwerstkranker, ein Sterbender oder nach der „Hirntod“-Diagnostik ein juristisch Toter und damit eine ‚Leiche‘ ist, wie es der Pfleger Jörg Reuters schilderte.

„Das Problem in der Pflege ist, dass dieser Patient lebt und er genauso gepflegt werden muss wie jeder andere, obwohl man weiß, dass dieser Patient in dem Moment, wo ich ihn in den OP schiebe, eigentlich schon tot ist. Da gibt es eine ganz große Diskrepanz, mit der diejenigen umgehen müssen, die diese Patienten pflegen. Das heißt, ich pflege jemanden, und da ist nichts. Auch der Patient, bei dem die „Hirntod“-Diagnostik schon abgeschlossen ist, ist ein lebender Patient und

wird genauso angesprochen wie jeder andere auch, beim Drehen, Wenden, Mundpflege, alles, was dazu gehört. Und das ist der große Konflikt. Er ist ein lebendiger Patient, aber im Endeffekt auch ein toter Patient und ist irgendwann nicht mehr da.“

Die Unsicherheiten, inwiefern es sich hier um Menschen im Prozess des unaufhaltsamen Sterbens oder um bereits verstorbene Menschen und damit nur noch Körper im Sinne von sterblichen Hüllen handelt, spiegeln sich etwa in der Anrede, die für solche Patienten gewählt werden. In fast allen Zusammenhängen ist bei den Pflegenden die Rede von „Patienten“ oder „Patienten, die hirntot sind“, von „Person“ oder auch von „Jemand“. Demnach stellen diese Patienten keine ehemaligen, sondern noch präsente Menschen dar, auch wenn man für sie nichts tun kann, weil sie als tot gelten. Wie man mit einem solchen Menschen umzugehen hat, hängt dabei von der persönlichen Einstellung ab, wie aus dem Zitat von Brigitte Gerhoff hervorgeht, die der Praxis der „Organspende“ kritisch gegenüber stand.

„Ich persönlich finde es ganz einfach unmenschlich, eine Leiche, die es im Prinzip ja ist, aufzuschneiden. Sie bekommt zwar zur Explantation noch eine Narkose⁷⁷ – aus welchen Gründen auch immer – die sie ja eigentlich gar nicht braucht, die aber alle bekommen. Das ist für mich ein großer Widerspruch. Dann wird es meistens noch nachts gemacht, angeblich, um den OP-Ablauf nicht zu stören. [...] Ich kann das gar nicht weiter ausdrücken, mir ist das Ganze oftmals schleierhaft. Im Nachhinein, wenn die Organe alle raus sind, wird die Leiche zwar wieder ausgefüllt, aber womit? Das ist schon so eine Sache für sich.“

Mit der Feststellung des „Hirntodes“ und der Entscheidung, die Organfunktionen aufrecht zu erhalten, beginnt für die Pflegenden eine intensive Arbeitsphase. Der Körper aber, um den sie sich kümmern, bleibt derselbe wie zuvor. Dies mag der Grund sein, weshalb sich die Arbeit zu eher technischen Aspekten verlagert, die primär dem Erhalt der Organe dienen. Für manche Pfleger und Krankenschwestern wie für Brigitte Gerhoff bleibt jedoch die soziale Beziehung zu den Patienten in ihrer Obhut bestehen:

„Von der Pflege her behandeln wir jeden Patienten mit voller Würde. Er bekommt die komplette Pflege, wird komplett gewaschen, wird zum Teil umgelagert, wenn er irgendwelche Druckstellen aufweist. Wir sagen nicht: ‚Komm, das ist sowieso nichts mehr‘. Er wird komplett versorgt, gepflegt, angesprochen. Wir machen da überhaupt keinen Unterschied. Der Verordnungsplan ändert sich, aber ansonsten – von uns, von der Pflege her und von dem Umgang – ändert sich nichts.“

Für Silke Babels, eine Schwester auf einer Anästhesie-Intensivstation, ergibt sich dieser würdevolle Umgang mit solchen Patienten nicht nur aus Respekt vor dem Gegenüber, ungeachtet, wie viel noch von diesem Gegenüber vorhanden ist, sondern aus Respekt für sich selbst und ihre Arbeit. Sie tröstet sich nicht damit, dass sie nur noch einen zu erhaltenden Körper pflegt, der mit dem verstorbenen Menschen lediglich die sterbliche Hülle gemein hat. Die paradoxe Situation, einen Patienten zu pflegen, bei dem der „Hirntod“ diagnostiziert wurde, wird für sie dadurch erträglich, indem nicht der Patient, also der Mensch ausgeblendet, sondern das harte Adjektiv „hirntot“ abge-

70 Die medizinische Erklärung lautet, dass zur Verhinderung sogenannter spinaler Reflexe, die zu Bewegungen der Extremitäten der hirntoten Patienten führen können, Muskelrelaxantien gegeben werden.

mildert wird. „Hirntot“ zu sein, ist ein Merkmal neben anderen und beendet noch nicht sein Dasein als Mensch:

„Ich kann sagen, dass sich bei mir da nichts ändert, sondern dass ich den Patienten, der als hirntot gilt, genauso behandle wie jeden anderen auch. Das tue ich einfach für mich, weil ich dann besser damit umgehen kann. [...] Denn der Patient ist dann zwar klinisch tot, aber ich pflege ihn ja noch. Und weil ich das tue, sage ich auch immer noch, was ich mache. Ich habe ein besseres Gefühl dabei. Denn das hat für mich auch etwas mit der Würde zu tun, der Würde jedes Einzelnen. [...] Ich meine, man sollte jeden Kranken oder jeden Patienten akzeptieren, egal, was er hat. Ob er jetzt hirntot ist oder nicht, ist es für mich keine Frage, ihn nur deswegen anders zu behandeln, weil ich weiß, dass er sowieso nichts mehr mitkriegt und ich mal schnell-schnell machen kann, weil es sowie nicht so drauf ankommt.“

Silke Babels standardisiert den Umgang mit diesen Patienten, indem sie jeden ihrer Handgriffe ankündigt, sei der Patient wach, im Koma oder „hirntot“ und distanziert sich somit auch von der konkreten Situation. Ein Pfleger, der ebenso Patienten mit der Diagnose „Hirntod“ bei all seinen Handlungen an ihrem Körper anspricht, schreibt, dass er sich in Acht nehmen muss, dies nicht in Anwesenheit von Angehörigen zu tun, die darin einen Zweifel am tatsächlichen Tode sehen könnten (Petri 1991:36). Dieses Konzept des noch immer anzusprechenden Patienten kommt dann an seine Grenzen, wenn die Pflegenden den Übergang des Patienten aus dem Zwischenstadium des „Hirntodes“ zum vollständig Toten am Ende der Entnahme selbst mitverfolgen müssen, was eindrücklich Jörg Reuters schilderte.

„Dann kommt noch die große Tragik, dass wir einen Patienten in den OP bringen und ihn anschließend auch wieder herausholen müssen. Das ist bei uns im Hause so, und das ist für manche sehr schwierig, vor der OP einen lebenden Körper hereingebracht zu haben und danach einen sterbenden oder einen verstorbenen wieder herauszuholen. Das heißt, für mich ist nicht Schluss, sobald er im OP ist. Für mich ist wirklich Schluss, wenn er unten auf der Bahre liegt.“

Er beschreibt damit die verschiedenen Formen des Todes, die im Zusammenhang mit Organentnahmen auftreten. Als definitiven Tod kann er den Zustand begreifen, wenn der Tod auch auf sinnlicher Ebene über einen erkalteten und erstarrten Leichnam erfahrbar ist, was dem kulturell übermittelten Bild des Todes entspricht. Am Schluss dieser Aktionen ist dann auch nicht mehr die Rede von einem Menschen mit einem unklaren Status, sondern wie bei Brigitte Gerhoff von einem endgültig toten Körper.

„Wir mussten die dann wieder aus dem OP abholen und in die Leichenhalle bringen. Wenn wir dann quasi die ausgeräumte Leiche noch in die Leichenhalle bringen müssen, da schaudert es eben auch viele davor.“

Trotz aller Schwierigkeiten, die für die Pflegenden im Umgang mit Patienten mit der Diagnose „Hirntod“ auftreten können, stellt deren spezielle Pflege einen Teil ihres Alltags dar, jedoch den schwierigsten Teil davon, der zudem mit einer hohen Arbeitsbelastung wie auch emotionalen Belastung einhergeht (vgl. Henske 2002, Rach 2004). Diese Arbeit steht von dem Moment an, in dem ein potentieller „Organspender“ zur Organentnahme freigegeben wird, unter äußerstem Zeitdruck,

der sich aus der Koordination von Entnahme und Übertragung ergibt. Die Zeitknappheit birgt zwar indirekt die Möglichkeit der Distanzierung in sich (keine Zeit zu haben, sich mit dem, was passiert, ‚hautnah‘ auseinander zu setzen), führt aber wegen der intensiven Arbeitssituation auch zu Konflikten, indem etwa der eine Patient wegen eines anderen vernachlässigt werden muss. Jörg Reuters sagte dazu:

„Der normale Stationsablauf bleibt für uns. Das heißt, er [derjenige, der sich um einen „hirntoten“ Patienten kümmert] wird immer wieder herausgerissen. Es hat sicherlich auch etwas Gutes, aus diesem Zimmer mal herauszugehen, aber er muss nach wie vor auch andere Patienten pflegen und diesen anderen Patienten auch sagen: ‚Ich muss jetzt hier wieder raus, denn ich habe dort meinen lebendsterbenden Patienten‘. Auf der einen Seite möchte man gerne; auf der anderen Seite möchte man aber auch, dass der normale Stationsablauf nicht gehandikapt wird mit allem, was da kommt, mit Notfällen, dass andere Leute versterben. Das bleibt ja ständig bestehen.“

Die Perspektive, dass die zu verrichtende Arbeit einem anderen sterbenskranken Menschen zugute kommen wird, kann zur positiven Motivation für Schwestern und Pflegern werden. André Korn, der bereits genannte Fachpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin, versucht, mit diesem Konflikt umzugehen. Er setzt seine Priorität zugunsten der ihm anvertrauten, schwerkranken Patienten mit einer Chance auf Heilung, auch wenn ihm die Verantwortung gegenüber den unbekanntem Organempfängern bewusst ist (Korn 1991:49). In der Abwägung, die Korn vornehmen muss, offenbart sich ein Dilemma für die Pflegenden, für das es keine einfache Lösung gibt. Die verschiedenen Arten der Distanzierung, die Internalisierung der „Hirntod“-Diagnose, die Standardisierung der Handlung an lebenden und „hirntoten“ Patienten, das Ansprechen mit Namen, das rasche Handeln unter Zeitdruck erfahren einen Bruch, sobald Angehörige anwesend sind. Denn diese verkörpern das soziale Dasein des Menschen, seine Beziehungen zu anderen Menschen also, seine Emotionen und seine Leiblichkeit – und damit eine Dimension, die beim professionalisierten Umgang mit einem „hirntoten“ Körper⁷⁸ sonst ausgeblendet wird. Die konzeptionelle Loslösung des Leibes eines Patienten vom „noch funktionierenden“ Körper wird dann für Silke Babels schwierig:

„In Zusammenwirkung mit den Angehörigen, erfährt man ziemlich viel über den Patienten. Dann fängt man an, darüber nachzudenken. Wenn das dann über Tage hinweg geht, sich immer wieder mit den Angehörigen auseinander zu setzen, das nimmt einen ganz schön mit.“

Lässt sich zwar der Kreislauf des Patienten noch aufrechterhalten, aber sein Leben nicht mehr retten, sodass nur noch der „Hirntod“ diagnostiziert werden kann, tritt eine weitere Dramatik im Umgang mit den Angehörigen hinzu, die Brigitte Gerhoff schilderte.

„Da steht man manchmal so ein bisschen im Ungewissen, was will man sagen, was darf man sagen, was können die Angehörigen noch verkraften? Aber im großen und ganzen müssen wir die Hoffnungslosigkeit unterstützen, die die Angehörigen eben oftmals nicht wahrhaben wollen.“

78 Auch ein Körper erzählt eine Geschichte, ohne dass der Mensch selbst sich äußert, ob er zum Beispiel gepflegt oder vernachlässigt, alt oder jung, vernarbt oder tätowiert ist. Die Lebensdimensionen, die durch die Angehörigen verkörpert werden, gehen jedoch hierüber weit hinaus.

Das folgende Zitat von Jörg Reuters zeigt auf, dass für Pflegende nicht nur der Umgang mit den Angehörigen belastend ist, sondern die Situation selbst auch in ihnen Gefühle hervorruft, mit denen sie fertig werden müssen.

„Das ist für uns das Andere, was auch immer recht schwer zu verarbeiten ist. Es gibt Verwandte oder Angehörige, die schreien und weinen dabei. Das ist eigentlich noch ganz gut, das kann man ganz gut verdauen. Man möchte zwar gerne selbst mitmachen, es gibt aber auch einige, die gehen ganz still hin und gehen einfach wieder ganz, ganz still heraus. Und da weiß man nie, ob sie das verkraftet haben und ob sie überhaupt wissen, was los ist.“

Ist der Patient nach klinischen Gesichtspunkten als „Organspender“ geeignet, steht die Frage nach einer Einwilligung zur „Spende“ an. Hat er seine Einstellung zur „Organspende“ nicht zu Lebzeiten in seinem Umfeld erklärt, erschwert auch dies den Umgang mit den Angehörigen. Doch auch wenn die Pflegenden das leibliche Weiterbestehen eines Patienten mit der Diagnose „Hirntod“ akzeptieren können, so ist der Umgang für Brigitte Gerhoff mit den Angehörigen problematisch, die eben keinerlei Erfahrung mit diesem ungewöhnlichen Tode haben.

„Hinzu kommt, dass die Angehörigen meist doch sehr geschockt sind, vielmals auch den Hirntod anzweifeln, nach dem Motto: Das stimmt doch gar nicht, das kann doch gar nicht sein. Und dass man ihnen sagen muss, dass es aber tatsächlich so ist. Und weil das so ist, könnte er Organe spenden. Da kommt man manchmal schon in einen ziemlichen Konflikt mit den Angehörigen, weil sie das in ihrer Trauer oder in ihrem Schmerz gar nicht verarbeiten können oder auch wollen.“

Denn gerade, wenn die Pflegenden feinfühlig sind und sich in die Tragik der Situation für die Angehörigen eines Patienten mit der Diagnose „Hirntod“ hineinversetzen können, sehen sie wie Silke Babels, was auch die Angehörigen sehen: die sonst untrüglichen Merkmale des Lebens.

„Was für mich schwer ist, ist die Betreuung der Angehörigen, weil man es ihnen nicht plausibel machen kann – das ist genau das gleiche, wie das bei mir am Anfang war – wenn der Patient als hirntot gilt, den Tod auch so zu akzeptieren, dass der Patient tot ist. Denn die Angehörigen sehen auch, dass das Herz noch schlägt.“

Dieser Herzschlag ist in der Situation der Intensivstation als optisches und visuelles Signal über den Monitor der Kreislaufüberwachung präsent. Diese Signale können ohne direkten Körperkontakt mit dem Patienten wahrgenommen oder aber auch ausgeblendet werden. Wer den Patienten jedoch berührt, wird eine sinnliche Wahrnehmung machen, der man sich schwer entziehen kann. Er wird, wie es Jörg Reuters schilderte, die Wärme des durchbluteten Körpers fühlen.

„Da sind die Angehörigen [konfrontiert mit der Tatsache, dass ihr Angehöriger tot ist] das erste Mal wie vor den Kopf geknallt. Dann kommen sie noch in dieses Zimmer herein mit der riesigen Maschinerie, aber dieser Patient oder dieser Angehörige ist noch warm und sieht im Endeffekt genauso aus wie wir, außer dass er an den Schläuchen angeschlossen ist. Und wie kann man von so einem Patienten Abschied nehmen? Das ist die große Schwierigkeit, da gibt es auch nichts, wie man jemandem helfen kann. Kann man diesen Angehörigen helfen, indem man sagt: Sie sehen ihn

jetzt das letzte Mal? Und der ist warm und hat eventuell die Augen auf oder geschlossen, und die Hände sind ganz warm, sind auch durchblutet. Das ist für die ganz, ganz schwer.“

Daraus entsteht für Angehörige von „Organ Spendern“ ein Dilemma: ihnen ist eine ‚Objektivierung‘ des Leibes ihres Verwandten nicht möglich, was wir im nächsten Kapitel beleuchten werden.

Die Übernahme des ‚klinischen Blickes‘ von „Organempfängern“

Unsere Untersuchungen zeigten, dass Organempfänger selbst, vor allem durch die lebenslang notwendigen medizinischen Nachkontrollen ihren eigenen Leib objektivieren. Die klinischen Nachuntersuchungen sind stark angstbesetzt (deuten die Werte auf eine nicht erspürbare Abstoßung hin?). Sie können aber auch schmerzhaft und körperlich anstrengend sowie risikobehaftet (z.B. Biopsie beim Herz) sein. Weiter ist auch ein persönliches Engagement der Organtransplantierten (*compliance*) in der Kontrolle und Beobachtung des eigenen Körpers gefragt, damit Hinweise auf mögliche Abstoßungen frühzeitig erkannt werden. Je nach Organ kann dies durch Abtasten (z.B. der Niere), Gewichtskontrolle, Blutdruck-, Urin-, und Temperaturkontrolle geschehen.⁷⁹ Diese Kontrolle von körperlichen Parametern kann zwar zu einer Sensibilisierung der Wahrnehmung des eigenen Körpers und der körperlichen Empfindungen führen (im Sinne eines Hineinhorchens in den eigenen Körper), aber auch zu einer Distanzierung, der Übernahme des ‚klinischen Blicks‘ auf (und in) den eigenen Körper. Es stellt sich die Frage, ob dies mit einem gesamtgesellschaftlich veränderten, vom dominanten Diskurs der Naturwissenschaften bestimmten Umgang mit dem eigenen Körper zusammenfällt, wie er sich auch in anderen Bereichen finden lässt.⁸⁰ Denn mehr und mehr wird der Körper auch als „chirurgisches Gestaltungsprojekt“ begriffen: es gilt ihn zu formen und zu verbessern (vgl. Westerhoff 2007).

Weiteren Aufschluss über einen objektivierten Umgang mit dem eigenen Körper auf Seiten der Organempfänger geben konkrete Äußerungen zum transplantierten Organ. Die Bezeichnung des „neuen“ Herzens als „reiner Muskel“, „nur eine Pumpe“, oder anderer Organe als „Ersatzteil“ weisen stark auf einen objektivierten Umgang mit dem Körper hin. Mit dem neuen Herz sei es wie mit einem reparierten Auto, erläuterte Rainer Petersen (56). Wenn man in einen Dreizylinder einen Fünfzylinder einbaue, funktioniere das auch zunächst nicht. Die Systeme müssten erst aufeinander abgestimmt werden, und so müsse sich auch sein Körper erst an das leistungsstärkere neue Herz gewöhnen. Gisela Lemke (46) berichtete:

„Ich habe noch nie mit der Niere gesprochen. Nein, ich habe sie erst als Fremdkörper empfunden, rein anatomisch. Ich war sehr dünn und auf einmal war da mehr als sonst im Bauch und wenn ich mich bückte, ist da irgendwie so etwas Festes. Und mit der Zeit habe ich das nicht mehr gespürt, sodass ich die Niere eigentlich gar nicht mehr wahrnehme. Ich habe sie immer nur dann wahrge-

79 Die wohl extremste Form der Kontrolle, welche die raumübergreifenden Dimensionen der technologischen Überwachungsmöglichkeit verdeutlicht, ist durch ein neues Computersystem möglich. Per Telefon und ‚Datenautobahn‘ können selbst nachts die physischen Werte von Transplantierten an das Deutsche Herzzentrum übertragen werden, was somit eine ständige Kontrolle und sofortiges Handeln bei abweichenden Parametern ermöglicht (Keil 1999).

80 Weiteres Indiz könnte sein, dass eine stetig steigende Zahl von Frauen eine exakt geplante Kaiserschnittgeburt auch ohne spezifisch medizinische Indikation einer Spontangeburt vorziehen. Jedes vierte Kind kam in der BRD 2005 per Kaiserschnitt zur Welt, 1995 war es noch jedes sechste (Lutz/Kolip 2006).

nommen, wenn es mal weh tat. [...] Dann habe ich gefühlt: ‚Wird sie hart‘? Weil das dann doch [...] ein kritisches Zeichen sein kann. Weil ich auch noch dünner war als jetzt, konnte ich die auch richtig gut fühlen! So dieses Bohnenförmige etwa, und dass sie sehr groß ist. Aber es ist für mich immer trotzdem was ganz Nüchternes geblieben.“

Auch für Veränderungen im psychischen Empfinden (Stimmungsschwankungen, Depressionen, Nahtoderlebnisse) werden rationale Erklärungen über physische Parameter gesucht, was – wie im Falle der Nebenwirkungen von Kortison – auch zutreffend sein kann. Gerade eine Erhöhung der Kortisondosis kann sich bei empfindlichen Patienten stark auf die Psyche auswirken. Manche macht es stark depressiv, andere wiederum euphorisch oder einfach unruhig und nervös.

Wir haben in diesem Kapitel die objektivierende Sichtweise der Biomedizin auf den menschlichen Körper gezeigt und dargelegt, wie erst durch diese Sichtweise die Anwendung der Humantechnologien möglich wird. Wir konnten zeigen, dass die Objektivierung des Körpers, eine Routinisierung im Umgang damit sowie eine Distanzierung von der persönlichen Lebenswelt der Patienten eine Voraussetzung für eine professionelle Behandlung innerhalb des medizinischen Alltags ist. Von dieser Sichtweise ist auch das Körperverständnis in unserer Gesellschaft und demnach auch der Rat suchenden Paare und Patienten geprägt. Es wurde jedoch deutlich, wie dabei die Ebene der subjektiven Empfindungen, der gelebte Leib, vernachlässigt wird. Weder den Betroffenen noch den Professionellen scheint es möglich, den menschlichen Körper vollständig auf seine „Körperaspekte“ zu reduzieren. Vielmehr wurde deutlich, dass in der Interaktion und Kommunikation zwischen Arzt und Patient die Dimension des Körpers mit derjenigen der subjektiven Befindlichkeit, also des eigenen Leibes, teilweise als Widerspruch erlebt wird, in vielen Fällen jedoch ein Hin- und Heroszillieren zwischen beidem stattfindet. Im nächsten Kapitel soll es um die Bruchstellen gehen, in denen die leiblichen Aspekte, die in der Anwendung dieser Humantechnologien berührt werden, hervortreten.

III. Der Leib

Leib und Leiblichkeit

Im vorliegenden Kapitel wollen wir uns der Dimension des Leibes zuwenden: dem Leib als subjektivem Wahrnehmungs- und Empfindungsorgan, als verkörpertem Selbst. Vom Sprachlichen her geht der deutsche Begriff ‚Leib‘ auf das mittelhochdeutsche *lip* zurück und ist auf das engste verwandt mit dem niederländischen *lijt*, dem englischen *life* und dem schwedischen *liv*; er gehört also in die Bedeutungsfelder von ‚Leben‘. In den erwähnten Sprachen hat sich diese Bedeutung bis auf den heutigen Tag erhalten (im Deutschen nur in einigen Wendungen, wie z.B. Leibrente). Mit ‚Leib‘ hängt auch ‚Leiche‘ zusammen, dessen ursprüngliche Bedeutung v. a. Leib, Körper, Leibesgestalt war und sich im Verlauf immer mehr zu ‚totem Körper‘ verschob. In seiner alten Bedeutung ist es z. B. in ‚Fronleichnam‘ vorhanden: der *vrone licham*, der ‚göttliche Leib‘, d. h. die ‚Hostie als Leib des Herrn‘.⁸¹ Sprachliche Veränderungen wie auch die Einführung von neuen Begriffen (wie etwa dem des Körpers im 13. Jahrhundert) sind nicht loszulösen von kulturellen Veränderungen bzw. Neuerungen, die zweifellos damit einhergehen.

Nach Husserl ist der Leib das Wahrnehmungsorgan des erfahrenden Subjektes (1993:144).⁸² Leib ist deshalb bei jeder Erfahrung mit dabei, d.h. jede Erfahrung ist eine sinnliche, leibliche. Sie ist geprägt durch die entsprechenden Sinne, etwa das taktile Empfinden mittels der Hand, die es erlaubt, Dinge wahrzunehmen wie die kalte, harte Glasplatte eines Tisches oder die Wärme und die Weichheit der anderen Hand. Auch der eigene Körper ist ertastbar, den das verleiblichte Subjekt nie in seiner ganzen Körperform sieht. Der Leib konstituiert sich auf doppelte Weise. Er ist ein physisches Ding, Materie, die eine bestimmte Beschaffenheit aufweist. „„Auf‘ ihm und ‚in‘ ihm empfinde ich“, so schreibt Husserl weiter, „die Wärme auf dem Handrücken, die Kälte in den Füßen, die Berührungsempfindungen in den Fingerspitzen. Ich empfinde ausgebreitet über die Flächen weiter Leibstrecken den Druck und Zug der Kleider, die Finger bewegend habe ich Bewegungsempfindungen [...]“.“ Gleichzeitig ist der Körper auch Willensorgan, „das einzige Objekt, das für den Willen meines reinen Ich unmittelbar spontan beweglich ist und Mittel, um eine mittelbare spontane Bewegung anderer Dinge zu erzeugen“ (1993:150). Diese Leiblichkeit ist auch die Grundlage der Begegnung mit dem Anderen, durch den ich mich selbst wieder erfahre. Husserl hat den Begriff der „Lebenswelt“ geprägt: die Welt der subjektiven, leiblichen Erfahrung, im Unterschied zum mathematisch-naturwissenschaftlichen Weltbegriff, der das von den Wissenschaften objektivierbare Universum umfasst.

Ausgehend von Husserl hat Merleau-Ponty (1966:180) das Verhältnis zwischen Ich und Leib folgendermaßen beschrieben: „[...] mein Leib steht nicht vor mir, sondern ich bin in meinem Leib, oder vielmehr ich bin mein Leib. [...] Wir betrachten nicht lediglich die Verhältnisse zwischen Körpersegmenten und die Korrelationen zwischen sichtbarem und taktilem Leib: wir sind es selbst, die diese Arme und Beine zusammenhalten, sie zugleich sehen und berühren“. Damit hat Merleau-Ponty indirekt auch ‚Leib‘ vom ‚Körper‘⁸³ abgegrenzt, nämlich der Leib als Gesichtspunkt zur Welt. Jede Wahrnehmung geht von einem Leib, d.h. von einem (verleiblichten) Subjekt aus und besitzt deshalb eine eigene Räumlichkeit. Es gibt keine Wahrnehmung jenseits davon. An an-

81 All diese und die folgenden etymologischen Angaben stammen aus dem Duden Herkunftswörterbuch (1997).

82 Der Philosoph Edmund Husserl (1859-1938) gilt als Begründer der Phänomenologie.

83 Obwohl in anderen, auch europäischen Sprachen z. T. keine separaten Begriffe analog zu ‚Leib‘ und ‚Körper‘ existieren, bestehen die unterschiedlichen Bedeutungsspektren offensichtlich dennoch.

derer Stelle (1966:123) erklärt uns Merleau-Ponty die Räumlichkeit des eigenen Leibes folgendermaßen: „Wenn mein Arm auf dem Tisch ruht, werde ich nie auf den Gedanken kommen, zu sagen, er liege *neben* dem Aschenbecher, so wie der Aschenbecher neben dem Telefon steht. Der Umriss meines Leibes bildet eine Grenze, die von gewöhnlichen Raumbeziehungen unüberschritten bleibt. Der Grund ist der, dass die Teile des Leibes in einem ursprünglichen Verhältnis zueinander stehen: sie sind nicht nebeneinander ausgebreitet, vielmehr ineinander eingeschlossen.“ Der Autor beschreibt damit, dass jedes Subjekt sich (und seine Mitwelt) auf dem Hintergrund seines Körperschemas wahrnimmt.⁸⁴ Dieses lässt es als selbstverständlich erscheinen, dass man ‚weiß‘, wo sich sein Fuß, sein Ohr etc. befindet, ohne dass der betreffende Körperteil jedes Mal ‚gesucht‘ werden muss. In diesem Sinn ist auch die Aussage ‚ich bin mein Leib‘ (s.o.) zu verstehen. Indirekt hat Merleau-Ponty in diesen Zitaten aus seinem Buch „Phänomenologie der Wahrnehmung“ auch auf die Abgrenzung zur Betrachtungsweise eines Körpers hingewiesen: die (objektivierte!) Betrachtung etwa der Verhältnisse zwischen Körpersegmenten oder von Körperteilen wie ‚Dinge‘. Auch der deutsche ‚Leib-Philosoph‘ Hermann Schmitz macht eine Unterscheidung zwischen Leib und Körper, die wir für zentral halten. Schmitz hat die „Örtlichkeit“ zu dem Bestimmungskriterium zwischen Leiblichem, Körperlichem und Seelischem erklärt. Er sagt:

„Leiblich ist das, dessen Örtlichkeit absolut ist,
 Körperlich ist das, dessen Örtlichkeit relativ ist,
 Seelisch ist, was ortlos ist.“ (1965:6)

Damit sind klare Unterscheidungsmerkmale gegeben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass etwas nicht auch gleichzeitig leiblich und körperlich sein kann. Eine Reaktion auf einen plötzlich zugefügten Schmerz, z.B. das Berühren eines glühenden Gegenstandes, ist zuerst leiblich, d.h. man zuckt zusammen, weicht zurück und stößt vielleicht einen Schrei aus. In einem zweiten Schritt wird das Leibliche zum Körperlichen, nämlich in der Feststellung, dass man sich beispielsweise nur die Fingerkuppe verbrannt hat. Die anfängliche Schmerzempfindung, die ‚total‘ ist, ist deshalb absolute Örtlichkeit. Die Feststellung, dass es nur die verbrannte Fingerkuppe ist, macht das Absolute zu einem relativ Örtlichen. Die Naturwissenschaften gründen sich auf Messungen und erreichen deshalb nur das Geschehen an relativen Orten, also das Körperliche. Durch die Unterscheidung zwischen absoluter und relativer Örtlichkeit des Leibes bzw. des Körpers, könne an das Leibliche, so betont Schmitz, als „objektive, von allem subjektiven Belieben unabhängige leibliche Tatsachen geglaubt werden, so gut, wie an Tatsachen der naturwissenschaftlich zu erforschenden Natur“ (1965:10).

An dieser Unterscheidung zwischen ‚Leib‘ und ‚Körper‘, wie sie implizit von Merleau-Ponty und explizit von Schmitz vorgenommen wird, lässt sich auch die in der Medizin und Soziologie wichtige Unterscheidung zwischen ‚Kranksein‘ (*illness*) und ‚Krankheit‘ (*disease*) festmachen, wie sie David Mechanic (1962) vornahm. ‚Kranksein‘, oder auch ‚sich krank fühlen‘, knüpft an der subjektiven Wahrnehmung und Empfindung an (also an Leiblichkeit) und drückt Befindlichkeit aus. ‚Krankheit‘ jedoch geht vom Diagnostizierbaren, objektiv Feststellbaren an einem Körper aus.⁸⁵ Ersteres hat mit dem zu tun, an dem ein Individuum leidet und über das es sich beklagt. Letzteres beschreibt die intersubjektive Überprüfbarkeit und das Selbst-Erkennen von Krankheiten, von

84 Gemeint ist damit das Raumbild, das jeder von sich selbst hat.

85 Der Medizinethnologe Arthur Kleinman, der oft als Schöpfer dieser Unterscheidung beschrieben wird, hat schließlich (1988) auch die medizinische Kategorie der *disease* als kulturell geprägtes Konzept nachgewiesen.

denen das Subjekt noch nichts zu spüren braucht, sie also noch nicht wahrgenommen hat. Das ‚Zuhausesein‘ im Leib, die Leiblichkeit des fühlenden und denkenden Menschen, und die objektivierbare Welt der Naturwissenschaften, die einen Umgang mit Körpern (und nicht mit Leibern!) möglich machen, ist unserer Ansicht das Dilemma, in welchem sich Menschen befinden, die mit Humantechnologien direkt zu tun haben. Denn der Körper ist ‚Behandlungsgegenstand‘ und verkörpertes Selbst, das sich auch über die Kontrolle des eigenen Körpers konstituiert. Regelmäßiges Überprüfen und Korrigieren des Körpers (z. B. der prüfende Blick in den Spiegel „ob alles stimmt“, bevor man das Haus verlässt, das vielleicht wöchentliche Sich-auf-die-Waage-stellen etc.), so sagt Giddens (1991:57), ist auch ein grundlegendes Mittel, durch das die Biographie der Selbst-Identität aufrecht erhalten wird. Gleichzeitig präsentiert sich dieses Selbst in seiner verkörperten Form auch kontinuierlich anderen Menschen und tritt ihnen entgegen. Körperkontrolle und Verkörperung des Selbst nach außen sind die beiden Konstituenten von körperlicher Integrität. Und diese basiert ihrerseits auf der (subjektiven) Leiblichkeit, dem Leib als Wahrnehmungs- und Empfindungsorgan.

In diesem Kapitel wollen wir Leib und Leiblichkeit nachspüren: den Empfindungen und Erfahrungen, die Menschen in ihrer Leiblichkeit unter den Bedingungen der Humantechnologien machen. Wir werden zeigen, dass die Leiblichkeit nicht eine feste Größe ist, die Menschen besitzen. Humantechnologien produzieren ‚Fakten‘ ihres Körpers, mit denen Ratsuchende und Patienten konfrontiert werden. In dieser Konfrontation erfährt die leibliche Selbstverständlichkeit oft eine drastische Erschütterung und Veränderung; und durch eine Transplantation oder erlangte Schwangerschaft wird sie sich nochmals ändern. Zum Thema Leib und Leiblichkeit gehört auch die Frage, welche Bedeutung ‚leibliche‘ (im Unterschied zu nicht-leiblichen) Kinder für Menschen haben, die sich in reproduktionsmedizinische Behandlung begeben und inwieweit die reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten auf solche Vorstellungen und Bewertungen zurückwirken, ja sie verstärken.

Die Bedeutung von Leib und Leiblichkeit untersuchen wir zuerst im Zusammenhang mit Reproduktionsmedizin und anschließend unter den Bedingungen von Organtransplantationen.

Kinderlosigkeit und Leiblichkeit

In Gesprächen mit Paaren offenbarte sich, dass deren Leiblichkeit durch reproduktionsmedizinische Abklärungen und Behandlungen eine massive Veränderung erfuhr. Auch wenn zuvor Eheleute keine Kinder hatten, war ihre subjektive Befindlichkeit zunächst meist ungestört, weil die ‚Kinderlosigkeit‘ weder an der Frau noch am Mann und vor allem nicht an bestimmten, benennbaren, ‚fehlerhaften‘ Organen festgemacht wurde (sofern keine konkreten Beschwerden oder Krankheiten bzw. früher getroffene Entscheidungen wie Sterilisation vorlagen). Eine Zäsur im leiblichen Befinden bilden reproduktionsmedizinische Abklärungen, die mit konkreten Tests durchgeführt werden. Tests dienen der Untersuchung des Körpers im Hinblick auf Krankheiten, Fehler und Mängel. Die Resultate bedürfen der Interpretation, vor allem auch im Hinblick auf Maßnahmen und Therapien, mit denen versucht wird, Mängel zu beheben, zu lindern oder zu überbrücken. Durch Tests soll Kontrolle über den Körper erlangt werden; erst wenn der Körper ‚kontrolliert‘ ist, kann er behandelt werden. Durch Tests „wird das kranke Andere festgelegt und sichtbar gemacht“ (Gottweis et al. 2004:85). Dieses Andere ist der Körper, die ‚Fakten‘ des Körpers, mit denen die ratsuchende Frau und ihr Mann konfrontiert werden. Überspitzt formuliert,

ist es gerade der objektivierte Körper (vgl. Kapitel II) und sein medizinischer Befund, welche Frauen und Männer in ihrer leiblichen Selbstverständlichkeit dezentriert. Der Umstand, keine Kinder bekommen zu haben, wird objektiviert und festgemacht in einem (oder mehreren) kranken/unzulänglichen Organ(en). Dieser medizinische Befund von einem der beiden Partner, trennt das Paar in zwei Einzelwesen und führt zu einer Unterscheidung zwischen einem verantwortlichen bzw. ‚schuldigen‘ und einem ‚schuldlosen‘ Individuum. Der ‚Schuldspruch‘ lautet auf ‚Unfruchtbarkeit‘. Das objektivierte Körperverständnis und dessen bedeutungsschwerer Befund, mit dem sich Frau und Mann auseinander setzen müssen, wirken direkt auf deren Leiblichkeit und damit auch auf die emotionale Beziehung zwischen dem Paar zurück.

Die in unserer Studie befragten Paare empfanden „Sterilität“ als das Nichtvorhandensein eines Potentials, das sie zu besitzen glaubten. Aus diesem Grund stellt sich nach der Diagnose ein Gefühl von Unzulänglichkeit und von Verlust ein (vgl. auch Hölzle 1987:23). Sich nicht fortpflanzen zu können, führt zu Selbstzweifeln und stellt oft die eigene Identität in Frage (vgl. Delaisi de Parseval 1985).

So berichtete Martin Schmidt (33):

„Und als dann plötzlich klar war, es liegt an mir, da wollte ich mich spontan von ihr trennen. Ich dachte, über kurz oder lang verläßt sie mich sowieso und geht zu einem Mann, der Kinder zeugen kann. Das war eine miese Situation. Weil ich so frustriert war, war ich auch besonders eklig zu meiner Frau und bin oft grundlos ausgeflippt. Dann hat sie sich auch zurückgezogen. Aber nicht weil ich nicht zeugungsfähig bin, sondern weil ich so gemein war. Ich dachte aber wieder, sie zieht sich zurück, weil ich nicht zeugen kann. Ein totaler Teufelskreis. Gott sei Dank haben wir uns wieder zusammen gerauft und überlegt, was es für Möglichkeiten zusammen gibt.“

Frauen trifft die Diagnose ‚unfruchtbar‘ bzw. ‚steril‘ zu sein, besonders empfindlich. Dies hängt in erster Linie damit zusammen, dass nur sie (und nicht der Mann) schwanger werden und ein Kind gebären können. Hinzu kommt die Tatsache, dass seit Beginn der Gesundheitspolitik in euro-amerikanischen Gesellschaften das Bild der Frau von dem Mutterbild geprägt war und Frauengesundheit immer mit reproduktiver Gesundheit gleich gesetzt wurde (vgl. Gottweis et al. 2004:63-67); die Idealisierung der Frau als Mutter spielte in der deutschen Politik in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts (v.a. auch während der Nazi-Zeit) eine ganz herausragende Rolle.

Barbara Berger (33), deren Mann aufgrund einer Erbkrankheit keine Kinder zeugen kann, erfuhr 1993 von ihrer eigenen Sterilität. Um einen Eisprung herbeizuführen, waren bei ihr Hormongaben notwendig. Das Paar nutzte die Methode der heterologen Insemination mit gleichzeitiger hormoneller Stimulation; 1995 kam ein Sohn zur Welt. Frau Berger erzählte, wie der Prozess der Entdeckung der eigenen „Unfruchtbarkeit“ die Beziehung zum Leib und damit die Wahrnehmung des Selbst veränderte:

„Ich habe eine Periode ohne Eisprung. Ich kann eben nur mit Medikamenten eine Ovulation haben. Ich bin also eine taube Nuss. Meine Sterilität schlägt mich stark. Wie oft habe ich schon an mir gezweifelt und mit mir gehadert. Seitdem ich wusste, dass ich steril bin, fühlte ich mich wie ein körperliches Wrack.“

Auch Berit Schreiber (35) konnte zunächst mit der Diagnose „unfruchtbar“ nicht umgehen und erzählte von ihren Gefühlen:

„Ich dachte, ich falle in einen tiefen Brunnen. Es war schrecklich. Damit hatte ich nie gerechnet. Ich wollte nach meiner Ausbildung zwei Kinder und dann zuhause bleiben. Und was sollte nun werden? Ich kam zum einen nicht damit klar, dass meine oder besser unsere Lebensplanung zusammenbrach. Denn wir hatten uns alles so gut überlegt. Tja, und was war ich denn überhaupt. Ich war ein ausgetrockneter Boden, nicht fruchtbar. Da wird nie was wachsen. Alle Hoffnungen waren zerstört. Ich hatte das Gefühl, die ganze Welt kriegt Kinder, nur ich nicht. Zuerst habe ich mich und meinen Körper gehasst. Es hat lange gedauert, bis ich wieder klar denken konnte und neue Pläne hatte.“

Die Diagnose „Sterilität“ hat Auswirkungen auf die eigene Leiblichkeit und Selbstwahrnehmung als auch auf die Eigen- und Fremdwahrnehmung gesellschaftlicher Erwartungen und der sozialen Rolle, die eine verheiratete Frau und ein verheirateter Mann einnehmen sollten, nämlich Mutter bzw. Eltern eines Kindes zu werden.

Die Frauen und Männer, die wir befragten, hatten in den seltensten Fällen an ihrer Fruchtbarkeit gezweifelt; sie hatten ein Kind in ihre Vorstellung über ihr Leben fest eingeplant. Oft wurde die „Sterilität“ anderen Personen gegenüber verschwiegen, um nicht den Eindruck zu erwecken, man wäre ‚anormal‘ oder ‚krank‘. Inge Groß (38), die ihren Sohn nach acht Versuchen mit Hilfe der heterologen Insemination bekam, schilderte ihre Situation:

„Ich beneide jeden, bei dem es spontan klappt. Ist alles nicht so einfach. Und wissen Sie, was auch noch so weh tut, wenn sie verheiratet sind und sie kriegen kein Kind und kein Kind. Egal, ob es Freundschaft ist, Verwandtschaft oder Nachbarschaft alle fragen ‚Was Ihr habt noch kein Kind? Wollt Ihr Euch nicht mal ranhalten? Wieso klappt’s denn nicht?‘ Und sie selbst wissen ja, dass es nicht klappt. Wissen Sie, wie weh das tut? Ich bin froh, dass es Möglichkeiten gibt. Dass man sagt, man kriegt ein Kind, man ist schwanger. Ohne ein Kind adoptieren zu müssen. Sondern, wenn es so [mit Spendersperma] geht.“

Der medizinische Befund der „Sterilität“ und deren Behandlungsmethoden führt zu einer Individualisierung, zu einer Zuweisung von Verantwortlichkeiten, innerhalb der Paarbeziehung. Dies belastet die Beziehungen aufgrund unterschiedlicher Befindlichkeiten von Frau und Mann. Maria Heider (26) erzählt:

„Man kann sich das Kind auch richtig verleiden. Die erste Zeit geht ja noch. Aber ab der Punktion, wo einem ein paar Tabletten in die Scheide eingeführt werden, da mag man sich zum Schluss selbst nicht mehr. Der Bauch schwillt an, egal ob schwanger oder nicht. Man wird unförmig und passt nicht mehr in die Hosen rein. Es ist einfach zum Durchknallen. Da leidet natürlich die Beziehung drunter, die Sexualität und diese Tipps ‚Leben Sie so natürlich weiter‘ ist zwar ein netter Satz, aber nahezu unmöglich. [...] Die Belastung, die auf eine Ehe zukommt, ist wirklich immens. Der Mann versteht nicht, dass die Frau sich 14 Tage nach dem Transfer bremsen will, sich bremsen muss, der sagt ‚Du bist schon schwanger, bevor es überhaupt richtig losgeht‘. Es ist ein wahn-sinniges Problem, das haben auch andere Paare schon gesagt, weil die Frau sich so sehr auf sich

selber konzentriert, und der Mann sich vernachlässigt fühlt, als ob schon ein Kind da wäre. Es ist eine absolut verrückte Situation, mit der man nicht umzugehen weiß.“

Die Leiblichkeit von Männern ist aufgrund ihres männlichen Körpers anders beschaffen. Das Wissen um die biologische Fähigkeit, mit dem eigenen Sperma die Eizelle der Frau befruchten zu können, ist in vielen Fällen für die geschlechtliche Identität und das Selbstbild eines Mannes von besonderer Bedeutung. Männliche „Sterilität“ wird in der Öffentlichkeit häufig in einem Atemzug mit Impotenz, d.h. die Unfähigkeit zum Geschlechtsverkehr, genannt. Zitate aus den Interviews belegen, wie die langfristige Kinderlosigkeit eines Paares mit Sprüchen kommentiert wurde, die sich auf die vermeintlichen Schwierigkeiten des Mannes bei der Zeugung eines Kindes bzw. dem Geschlechtsverkehr bezogen: „Na, klappt’s bei Euch nicht? Du brauchst wohl ein bisschen Hilfe?“, „Soll ich da mal ran? Ich kann immer“, „Du schaffst es wohl nicht richtig?“ u.ä.

Emotional werden eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes von der Frau in jedem Fall, von Männern vor allem unter den zuletzt genannten Bedingungen als ‚Heilung‘ empfunden. Dieses ‚Heilung‘ vom Tatbestand der „ungewollten Kinderlosigkeit“ erfüllt gleichzeitig eine – von den Paaren internalisierte – gesellschaftliche Erwartung. Der körperliche ‚Defekt‘ der „Unfruchtbarkeit“ an sich bleibt weiterhin bestehen, aber der Umgang damit wird erleichtert. Daraus kann man schließen, dass es nicht der ‚Defekt‘ an sich ist, der den Paaren langfristig zu schaffen macht, sondern die sozialen Konsequenzen davon: kein eigenes Kind haben zu können.

Nachhaltigen Einfluss auf die Leiblichkeit hat auch das zeitliche Regime, welchem die Körper und damit die Personen in der Behandlung verordnet werden: Das Einnehmen von Medikamenten, Geschlechtsverkehr nach verordneter Uhrzeit, die vom Arzt ausgeführte Insemination, die operativen Eingriffe, das Warten und innere Horchen auf den Eintritt einer Schwangerschaft bzw. das Ausbleiben der monatlichen Blutung und, damit zusammenhängend, der Kampf gegen das Gefühl, ‚defekt‘ oder gar ‚krank‘ zu sein. Je nach Persönlichkeit wurde diese Fremdbestimmung und Kontrolle über den eigenen Körper unterschiedlich auf das eigene verleblichte Selbstverständnis rückbezogen.

Marion Wieger (34), die nach zwei Inseminationstherapien einen Sohn bekam und sich jetzt für ein zweites Kind wieder in Behandlung befindet, erzählte von den besonderen Schwierigkeiten und wie sie versuchte, diese zu bewältigen:

„Wo ich heute immer noch daran kaue, ist mehr so dieses Gefühl, nicht zu funktionieren oder nicht perfekt zu sein, und dieses Gefühl wird durch die ständigen Arztbesuche und Kontrollen und Untersuchungen nicht gerade besser [...] Das Schlimme ist, da ist die eigene Ohnmacht, dieses Gefühl, man kann machen, was man will, es geht einfach nicht. Das ist viel belastender als der Vorgang [die Inseminationstherapie] an sich [...] Nur das ewige Kontrollieren von meinem Körper. Ich gucke mich schon an wie meine Ärztin: Was machen die Hormone denn heute und wie geht es wohl den Eizellen? Gute Werte heißt gute Gefühle. Das ist nun mal so. Und dann kommt die Zeit, wo man meint, jetzt könntest du schon mal merken, ob du schwanger bist oder nicht. Und dann sucht man wirklich nach jedem kleinen Anzeichen. Und dann gegen Ende des Zyklus, wo es dann auch spannend wird, weil man dann denkt, es sind ja nur noch fünf, sechs Tage, dann wird es relativ unerträglich. Weil man dann auch den Kopf nicht mehr freikriegt davon. Aber auch das geht vorbei, und das Blöde ist auch, dass ich eigentlich jedes Mal relativ schnell sicher war, wenn ich nicht schwanger war. Aber man lässt sich immer so ein Hintertürchen auf, dass man sagt, ach, es

muss ja nicht jedes Mal gleich sein, und es gibt Frauen, die merken überhaupt erst ganz spät, dass sie schwanger sind, und du könntest ja doch schwanger sein. Wenn man den Schwachsinn hier nicht machen würde, wäre es gar nicht schlimm. Weil dann nach einer knappen Woche spätestens die Luft raus wäre und man würde sagen, auf zu neuen Ufern, wir versuchen es nächsten Monat nochmal. Aber dadurch, dass man eben noch diese Kinkerlitzchen [Hormoneinnahme] macht und sagt, ich fress jetzt das Dufaston⁸⁶ zu Ende, auch wenn ich's eigentlich nicht brauche, weil ich ja nicht schwanger bin. Ich könnte ja doch schwanger sein [...] An dem Schwachsinn ist man selber schuld. Wenn man auf seinen Körper hört, und sagt, okay, du bist nicht schwanger [...] Aber man traut dem eigenen Körpergefühl ja nicht mehr. Man hört auf das, was die Ärzte sagen. Fühlst Du Dich schlecht, was soll es. Sagt der Arzt ‚Ihre Eizelle entwickelt sich prima‘, dann muss es einem doch gut gehen. Also was soll das Hineinfühlen in sich, das ist doch egal. Ich bin auch dieses Mal eigentlich sicher, dass ich nicht schwanger bin, aber vielleicht bin ich ja doch schwanger.“

Ira Wagner (33), die drei IVF-Therapien hinter sich hat und Elisabeth Leinemann (34), die nach 13 IVF-Versuchen einen Sohn bekam und nun wieder schwanger ist, akzeptierten die Behandlungen an sich und fanden sich damit ab, „dass ein bisschen nachgeholfen werden muss“. Trotz – oftmals wiederholter – Enttäuschungen nach erfolglos verlaufenen Zyklen, hatten sie immer wieder neue Hoffnungen und wollten alle Möglichkeiten, welche die Reproduktionsmedizin bot, nutzen, um sich später nicht vorzuwerfen, sie hätten nicht alles versucht.⁸⁷ Beide Patientinnen haben das objektivierte, instrumentalisierte Körperbild weitgehend adaptiert, um das Ziel, schwanger zu werden und ein Kind zu haben, zu erreichen:

„Bei uns geht es eben nicht normal, da müssen wir ein bisschen nachhelfen. Ist doch nichts Schlimmes. Es ist doch ein Segen, dass es die technischen Möglichkeiten gibt. Außerdem, was stört es die anderen. Es ist doch mein Körper, den ich spritze, und der kommt damit klar. Ich weiß ja, wofür ich es tue.“ (Ira Wagner)

„Wenn es nun von oben so gewollt ist, dass ich nun nicht auf einfache Art und Weise zu einem Kind komme, dann machen wir es eben auf die kompliziertere. Kriegen wir auch hin. Ein Versuch, noch einer, noch ein Versuch. Ich habe zack, zack, zack, alle hintereinander weggeknallt. Angefangen 1992, 1995 ist der Junge geboren. In der Zeit habe ich 13 Versuche durchgeknallt. Es ist für mich Routine. Ich habe schon Schmerzen, und es ist mir auch unangenehm, und es ist sehr lästig. Aber es gibt für mich schlimmere Sachen. Zahnarzt ist mir viel unangenehmer, als wenn ich da auf den Stuhl muss. Die Versuche sind an mir vorübergezogen. Jedes Mal mit furchtbarer Trauer, aber keinen Depressionen. Das würde ich rundum ablehnen. Die habe ich nie gehabt. Okay ist in die Hose gegangen, in vier Wochen komme ich wieder.[...] Weil ich gesagt habe, das klappt irgendwann. Ich hatte immer Hoffnungen. Noch gebe ich nicht auf. Der Arzt hat ja auch nicht aufgegeben, obwohl er nach dem zehnten Mal skeptisch war. Aber ich habe gesagt, weiter. Ich ziehe das jetzt noch ein paar Mal durch. Wir haben die medizinischen Möglichkeiten und ich will mir nicht irgendwann vorwerfen müssen, ich hätte nicht alle versucht.“ (Elisabeth Leinemann)

86 Dufaston ist ein Gelbkörperhormon, das in der zweiten Zyklushälfte gegeben wird, um die Gebärmutter Schleimhaut für eine Schwangerschaft aufzubauen.

87 Vgl. dazu auch Franklin (1997).

Das leibliche Kind

Auch wenn reproduktionsmedizinische Behandlungen in erster Linie einer Überbrückung von „Sterilität“ dienen, darf nicht vergessen werden, dass die Diagnose „Unfruchtbarkeit“ auch früher in Europa nicht zwangsläufig eine „ungewollte Kinderlosigkeit“ bedeutete. So gab es schon immer gesellschaftliche Mechanismen zur Überwindung derselben: durch Adoption und Pflegschaft. Durch die neuen Möglichkeiten zur Zeugung eines Kindes besteht für die meisten Paare heute jedoch das Problem darin, keine eigenen Kinder *bekommen* zu können und nicht unbedingt darin, generell keine Kinder *haben* zu können.

Bereits der Sozialanthropologe Jack Goody beschrieb ([1983] 1989), wie sich im Verlauf von Jahrhunderten Vorstellungen und *Bewertungen von leiblichen und nicht-leiblichen Kindern* in unserer Kultur veränderten. Bevölkerungspolitische Strategien der Kirche grenzten den Kreis der möglichen Heiraten und damit die Zeugung von legitimem Nachwuchs ein, um die Weitergabe von Eigentum innerhalb von Verwandtschaftsverbänden einzuschränken.

„Die Bemühungen der Kirche zielten hingegen darauf ab, die auf der Geschwistergruppe basierende Berechnungsweise durch eine Methode zu ersetzen, die auf der Einheit des Fleisches (*unitas carnis*) beruhte und durch den Akt der Eheschließung (oder *copula*) eingesetzt wurde; ein System also, das auf dem verheirateten Paar und seinen Kindern fußte. Eine derartige Berechnungsmethode war darauf ausgerichtet, die Bedeutung der Nachkommen innerhalb der direkten Linie besonders hervorzuheben und Verwandte der Seitenlinien auszuschließen.“ (Goody 1989:158; Hervorhebung im Original)

Verwandtschaft wird seitdem über die biologische Reproduktion definiert, d.h. ‚Blutsverwandte‘ gelten als die wahren Verwandten, mit denen man eine gemeinsame – heute biogenetisch definierte – Substanz, das Blut, teilt und durch die man unauflöslich miteinander verbunden ist. Der Kulturanthropologe David Schneider, der sich 1968 aus ethnologischer Perspektive mit der amerikanischen Verwandtschaftsvorstellung beschäftigte, stellt fest, dass sich Verwandtschaft als primär biosoziale Einheit definiert. In der amerikanischen Gesellschaft ist die Kernfamilie der Inbegriff einer sozialen Lebens- und Fortpflanzungsgemeinschaft (Schneider 1980). Das gleiche gilt auch für Deutschland. Angeheiratete Verwandte und andere Formen von Verwandtschaft, wie beispielsweise Adoption und Pflegschaft, werden ganz anders klassifiziert und erfahren eine deutlich andere Bewertung (vgl. dazu auch Beck et al. 2007).

„Die Idee der Blutsverwandtschaft besitzt eine doppelte Macht, weil sie real *und* zugleich metaphorisch gedacht ist. Zum einen ist das konkrete Blut in den Adern gemeint, die Physis, der menschliche Körper im Sinn ‚von gleichem Fleisch und Blut‘, zum anderen ist es die metaphorische Dimension, die mindestens ebenso stark und wichtig ist: das physische Blut, das Menschen verbindet, verbindet sie auch in sozialer Hinsicht ebenso unauflöslich.“ (Hauser-Schäublin 1996:1 f., Hervorhebung im Original)

Anhand der von uns erhobenen Daten lässt sich feststellen, dass nicht mehr ‚Zeugung‘ im Sinne eines Geschlechtsaktes im Vordergrund steht. Vielmehr ist es das konkrete Zusammenführen von Körpersubstanzen eines Paares, wenn es darum geht, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln ein ‚eigenes‘ Kind zu erschaffen. Im Rahmen der Reproduktionsmedizin wird Sexualität (Geschlechtsbeziehungen) von der Fortpflanzung bzw. Befruchtung (die erst durch den Arzt

möglich wird) getrennt. Dementsprechend gewinnt der Akt der Verschmelzung der Gameten immer mehr an Bedeutung für die Begründung von Verwandtschaft (vgl. auch Franklin 1995). Der Wunsch nach Weitergabe der eigenen Gene und der darin enthaltenen Informationen sowie der Gedanke, dass damit ein Teil von einem selbst weiterlebt, ist untrennbar verknüpft mit der Vorstellung von einem leiblichen Kind.

„Und dann haben wir gesagt, neugierig sind wir eigentlich schon darauf, was bei so einem Kind rauskäme, was es vom wem erbt, wie es sich benimmt. Jetzt mal ein bisschen steril ausgedrückt, dieses Reproduzieren, was jetzt vom wem reinkommt und wie das Kind dann wäre, da waren wir schon sehr neugierig darauf. Und von daher haben wir gesagt, probieren wir es doch mal, es ist doch lohnenswert, wenn da etwas rauskommen kann.“ (Ehepaar Martin und Tatjana Helming, 38 und 36 Jahre)

Auch Sophie Jansen (30) erzählte von der besonderen Bedeutung eines eigenen Kindes, besonders betonte sie den Aspekt des Fortbestandes der Familie:

„Ich möchte einfach, dass unsere Familie fortbesteht, dass es nicht einfach irgendwann zu Ende ist. Außerdem fragt man sich ja doch, was kommt denn dabei raus, also ich meine, so von einem selbst. Sieht das Kind vielleicht aus wie ich, oder wie mein Mann, oder wird es eine Mischung aus uns beiden. Das wünscht man sich doch, dass die Eigenschaften, die man an dem Partner so liebt, dass die sich auch in dem Kind wiederfinden. Ja, und die eigenen natürlich auch. Eben eine Mischung wäre das Optimale. [...] Mit einem eigenen Kind wäre nach einem auch nicht einfach alles vorbei, da kommen vielleicht noch Enkel und so geht die Familie weiter.“

Dieses Suchen und Entdecken des ‚Eigenen‘, der physischen Ähnlichkeiten sowie charakterlichen Eigenschaften, in dem leiblichen Kind, führte, wie Marion Wieger (34) im folgenden Interviewausschnitt erzählte, zu einem Gefühl von besonderer Vertrautheit und könnte auch dazu beitragen, dass Eltern bereit wären, eventuell ungewöhnliches Verhalten eines Kindes zu entschuldigen bzw. zu akzeptieren.

„Weil man doch unwillkürlich in einem Kind, in einem leiblichen Kind, nach Ähnlichkeiten sucht, und wenn man dann gewisse Dinge wiederentdeckt, macht es einem so ein Kind auch vertrauter. Nun ist Michael meinem Mann als auch meinem ältesten Schwager sehr, sehr ähnlich, nicht nur optisch, sondern auch in so vielen Kleinigkeiten. Der ist zum Beispiel völlig närrisch auf Gelb. Das waren die beiden auch. Das sind solche Sachen, wo meine Schwiegermutter, jetzt wo er größer wird, immer wieder voll Begeisterung Bekanntes entdeckt. Das ist schon etwas ganz Besonderes, das geht eben nur bei dem eigenen Kind. Bei einem Adoptivkind würde man, glaube ich, sobald es Schwierigkeiten gibt, überlegen, wer weiß, wo das herkommt. Man würde sich vielleicht selber gar nicht so die Mühe machen, irgendwelche Probleme zu lösen, sondern würde selber unwillkürlich zu der Entschuldigung greifen, na ja, wer weiß, wo das herkommt.“

Auch von Ute Wille (36) wurde das (potentielle) Problem der ‚fremden‘ Eigenschaften eines Adoptivkindes im Unterschied zu den vertrauteren eines eigenen Kindes angesprochen:

„Die [Ungewißheit] ist bei einer Adoption extrem groß. Über die macht man sich bei einer Adoption bestimmt bis zu 40% Gedanken. Wer weiß, ob es [das Kind] Verbrechergene hat oder ob es nicht so intelligent ist, zu intelligent ist, sportlich oder unsportlich ist. Also man macht sich schon Gedanken, was da auf einen zukommt. Weil man von sich selbst ausgehend und dem Partner vielleicht schon eher Eigenschaften abschätzen kann, so wird es [das Kind] vielleicht jähzornig. Das Kind wird das und das. Aber wenn man praktisch die Eltern, die das Kind gezeugt haben, gar nicht kennt, weiß man gar nicht, was da für Wurzeln dahinter stecken. Sensibilität gehört – glaube ich – auch zu den Sachen, die angeboren sind. Es gibt auch Eigenschaften, die angeboren sind, die man nicht erziehen kann. Nicht Ordentlichkeit, nicht so lapidar. Ich meine jetzt schon feste Verhaltensregeln.“

Ein weiterer Aspekt, der sich aus den Interviews mit „ungewollt kinderlosen“ Paaren herauskristallisierte, ist die vorherrschende Ideal von der sozialen und biologischen Einheit der Kernfamilie. Für manche Interviewpartner implizierte Kernfamilie eine emotionale Einheit mit engen und intimen Bindungen, was sie mit Familie gleichsetzten. Ein gemeinsames Kind wurde oft als „Zeichen der Liebe“ bezeichnet, d.h. Kinder als Teil der Beziehung der Erwachsenen, entweder aus einer Liebesbeziehung oder aufgrund der persönlichen Lebenssituation bzw. gesellschaftlichen Position heraus (vgl. auch Stein/Sproll 1995:61).

Sabine Hiller: „Ich wollte schon immer eine Familie mit Kindern. Jemanden, mit dem ich mich ganz tief verbunden fühle. Und dann ein gemeinsames Kind. Also schon eine Erweiterung, eine Bereicherung. Ich könnte mir nicht vorstellen, ein Kind zu kriegen ohne meinen Mann. Für mich ist das eine Erweiterung der Partnerschaft. Ich glaube, mit ihm ein Kind zu haben und von ihm. Das ist es beides. Das ist auch eine Bewusstseinsweiterung, eine Erweiterung der eigenen Person, sich selber in neuen Räumen erleben. Sich selber auch als Paar erleben.“

Stefan Hiller: „Außerdem weiß man dann, wem man sein Haus und all den Kram vererben kann. Das ist doch ein ganz anderes Gefühl, als wenn man weiß, dass alles, was man sich aufgebaut hat, an andere Leute geht.“ (Ehepaar Sabine und Stefan Hiller, 33 und 38 Jahre)

Auch Markus Treis (30) erzählte uns von seinen Vorstellungen von ‚Familie‘:

„Zu einer Familie gehören für mich Kinder. Als Paar bleibt man doch immer zu zweit, zwei einzelne Personen. Es wird nie als so etwas Festes und Verbundenes angesehen, als wenn man Kinder hat. Aber mit Kindern wird man zu einer Familie. Man wird zu einer Einheit, man gehört zusammen. Und dieses Gefühl von Zusammengehörigkeit als Familie gibt nochmal eine andere Geborgenheit als vorher. Die Situation verändert sich, es beginnt irgendwie ein neuer Lebensabschnitt.“

Ein wichtiger Aspekt, der uns immer wieder genannt wurde – insbesondere im Zusammenhang mit der Frage nach Alternativen zum leiblichen Kind – ist der Aspekt der Zugehörigkeit: Ein Kind ist eine Person, die zu einem gehört – emotional und rechtlich. Obwohl zumindest adoptierte Kinder, rechtlich gesehen, in Deutschland den leiblichen Kindern vollständig gleichgestellt sind, spielt dennoch der Aspekt der biologischen Zugehörigkeit eine Rolle.⁸⁸ Bei einem eigenen Kind gebe es,

88 Auch in Deutschland spielt die Idee der ‚offenen Adoption‘, das Verlangen von ‚Herkunftsmüttern‘ auf ein Beziehung zu ihrem Kind eine zunehmende Rolle (vgl. Schmitt 2000).

so wurde argumentiert, keine anderen biologischen ‚Wurzeln‘. Bei einem adoptierten Kind spiele die Suche nach seinen leiblichen Eltern immer eine Rolle.⁸⁹ Das Gefühl, man müsste sich mit diesen gegebenenfalls zu einem gewissen Zeitpunkt konkret auseinandersetzen, beschäftigte die von uns befragten Paare. Insbesondere, was dann geschehen könnte, ängstigte die Interviewten sehr.

Die Reproduktionsmedizin greift das Axiom der Blutverwandtschaft als Inbegriff sozialer Verwandtschaft auf und verstärkt es durch die medizinischen Technologien, die kinderlosen Paaren ‚eigene‘ Kinder versprechen. Dennoch ist ‚echte‘ Verwandtschaft selbst unter den Bedingungen der Reproduktionsmedizin interpretierbar. Bei heterologer Insemination zählt das so gezeugte Kind als ‚eigenes‘. Kaum ein Paar teilt seinem sozialen Umfeld die Umstände der Befruchtung mit. Ein heterolog gezeugtes Kind soll äußerlich seinen Eltern, vor allem dem Vater, ähneln, damit keine Zweifel an der biosozialen Einheit auftreten. Die Ärzte sichern den Paaren zu, daß sie einen „Samenspender“ auswählen, der dem Ehemann, also dem zukünftigen sozialen Vater, möglichst ähnlich sehe bezüglich Augenfarbe, Haarfarbe und körperlicher Statur.⁹⁰ So sollte zumindest der Anschein einer leiblichen – genetischen – Verwandtschaft erweckt werden, was für die betroffenen Paare von großer Bedeutung ist. Thomas Berger (35), steril aufgrund einer Erbkrankheit, berichtete:

„Ich musste mich darauf verlassen, was die Ärztin uns gesagt hat. Dass er mir ähnlich sieht. Das war schon wichtig für mich. Man kennt das doch, alle unsere Verwandten suchen dann nach Ähnlichkeiten. Ich hör das doch immer bei Festen ‚Ganz der Papa‘. Und wie soll ich denn reagieren, wenn das Kind nun ganz anders aussehen würde als ich. Das wäre doch jedes Mal ein Spießbrutenlaufen.“

Das Streben der Eltern, eine möglichst große körperliche Ähnlichkeit zwischen ihnen und ihrem heterolog gezeugten Kind zu erzielen, dient auch dazu, die soziale Umgebung darin zu bestärken, dass es sich um ein leibliches Kind beider Eltern handele. Denn bei allzu großen Unterschieden in den äußeren Merkmalen zwischen Eltern (v.a. Vater!) und Kind beginnen Verwandte und Bekannte sich zu wundern und zu fragen, woher das Kind dieses und jenes Merkmal habe. Implizit schwingt immer die Vermutung eines Ehebruchs mit – ein Tatbestand, den die heterologe Insemination in sozialer Hinsicht vollständig ausblendet. Einerseits, indem die Zeugung durch Vermittlung des Arztes ohne Geschlechtsverkehr zustande kam und keine direkte leibliche oder gar emotionale Beziehung zwischen „Spender“ und Empfängerin bestand. Andererseits, indem der „Spender“ völlig anonym bleibt und der Ehemann mit dem Transfer des fremden Spermias einverstanden ist. Wird die Ähnlichkeit zwischen Eltern und Kind vom sozialen Umfeld bestätigt, ist auch das Ziel der sozialen Akzeptanz erreicht.

Der Wunsch nach dem Erleben von Schwangerschaft seitens der Frauen, aber auch die damit verbundene performative Darstellung von „Fruchtbarkeit“ beider Ehepartner, war ebenfalls ein Aspekt der heterologen Insemination. Im Unterschied zur Adoption eines schon geborenen Kindes wurde von Seiten der Ärzte, aber auch der betroffenen Paare eindeutig die gemeinsame

89 „Das Recht auf Kenntnis der genetischen Abstammung“ ist im allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1) des Grundgesetzes der Bundesrepublik verankert (siehe Kapitel VI).

90 Die Auswahl des „Samenspenders“ ist in Deutschland berufsrechtlich geregelt. Deshalb existieren keine frei zugänglichen Samenbanken (siehe Kapitel IV).

Schwangerschaft als Vorteil der heterologen Insemination gesehen. Barbara (33) und Thomas Berger (35) schilderten ihre jeweilige Sichtweise:

Barbara Berger: „Ich bin davon überzeugt, dass die Möglichkeit einer gemeinsamen Schwangerschaft, also dass man schwanger sein kann als Paar, ein Riesenvorteil gegenüber einer Adoption ist. Ich bin sicher, dass Vater werden dadurch erst möglich wird. Viel besser möglich wird. Dass es auch für den nicht zeugungsfähigen Mann eine unheimliche Erleichterung ist, eine Beziehung zu dem Kind aufzubauen.“

Thomas Berger: „Ja, das unterschreibe ich so. Wenn die eigene Frau schwanger ist und irgendwann dieses Kind zur Welt bringt, dann ist man eben Vater. Für sich selbst und für alle anderen auch. Da gibt es keine Frage nach Abstammung, da ist klar, das ist mein Kind. Und alle Welt erklärt Dir, dass er [der 1995 geborene Sohn] Dir völlig aus dem Gesicht geschnitten ist.“

Fassen wir die Bestrebungen der Ärzte um größtmögliche Ähnlichkeit zwischen heterolog gezeugtem Kind und sozialen Eltern und die Aussagen der Interviewten zusammen, zeigt sich folgendes Bild: Alle Bemühungen im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin - sowohl von Seiten der Ärzte wie auch der rat- und hilfesuchenden Paare zielen auf die Schaffung von *leiblichen* Kindern ab. Äußerlich betrachtet gilt die Übereinstimmung vor allem körperlicher Merkmale als wichtigstes Kriterium, sowohl bei der sozialen Umgebung als auch beim Paar selbst. Diese Merkmale werden als Zeichen sozialer Zugehörigkeit betrachtet ungeachtet der ‚genetischen Information‘, die in anderen Zusammenhängen als entscheidend angesehen werden. Als leiblich gelten also auch Kinder, deren Mutter die leibliche ist, deren Ehemann jedoch ‚nur‘ der soziale Vater bzw. der Stiefvater ist. Zentral in der kulturellen Konstitution von Leiblichkeit ist in Deutschland die Mutter. Eine gespaltene Mutterschaft ist laut des Embryonenschutzgesetzes nicht erlaubt (siehe Kapitel I). Aushandelbar und damit modifizierbar ist dagegen die Vaterschaft. ‚Gespaltene‘ Vaterschaft – d.h. die Auftrennung in biologische und soziale Vaterschaft – dient nur der Verstärkung der sozialen, denn in Deutschland hat der ‚Samenspender‘ rechtlich keine Möglichkeit, Ansprüche auf ein Kind zu stellen.⁹¹

Die Leiblichkeit des Nächsten im Zustand des ‚Hirntodes‘⁹²

In diesem Abschnitt soll zunächst der Frage nachgegangen werden, was die subjektive Erfahrung der Leiblichkeit eines engen Angehörigen bedeutet, der als ‚hirntot‘ diagnostiziert wurde. Die meisten Angehörigen eines sich im Sterbeprozess befindlichen Patienten setzten sich mit dieser Problematik zum ersten Mal auf der Intensivstation in einer Klinik auseinander. Die Gespräche mit Angehörigen von ‚Organspendern‘ wiesen darauf hin, dass sie noch größere Schwierigkeiten als das Pflegepersonal (siehe Kapitel II) hatten, die Leiblichkeit des ‚hirntoten‘ Menschen auf der Intensivstation zu ‚objektivieren‘. So berichtete uns eine Krankenhauselsergerin von der Mutter eines verunglückten Kindes, bei dem der ‚Hirntod‘ diagnostiziert wurde:

91 Nach § 1600 ff BGB ist die Vaterschaftsanfechtung bei einer ‚Samenspende‘ begrenzt. Berechtigte Person, welche selbst die Vaterschaft anfechten kann, ist nur das Kind. Die Mutter und der soziale Vater können dessen Vaterschaft nicht einklagen, wenn beide Eheleute mit der heterologen Insemination einverstanden waren (§ 1600 Abs. 4 BGB). Auch ein ‚Samenspender‘ kann die Vaterschaft nicht feststellen – und damit einfordern – lassen.

92 Vgl. hierzu ausführlich Kalitzkus (2003: 128-138).

„Er liegt an Maschinen und ist noch warm, sein Herz schlägt noch. Die Mutter hat sich mit ihrem Ohr auf die Brust des Jungen gelegt und gesagt: ‚Sein Herz schlägt noch, er ist warm, er hat rosige Wangen, wie könnt Ihr sagen, er ist tot?‘“

Die Angehörigen sahen einen warmen, beatmeten Menschen vor sich, der mit der rationalen Erklärung des „Hirntodes“ als dem Tod des Menschen nicht übereinstimmte:

„Ich war zweimal [bei meiner Mutter auf der Intensivstation]. Ja, und es war schrecklich, weil sie war schon da, du konntest sie anfassen, aber irgendwie wusstest du, dass sie tot ist. Und das hat nicht zusammengepasst. [...] Andererseits, klar, du hast es gewusst, aber irgendwie hätte sie da auch nur schlafen können. Ja, das war schon schlimm.“ (Christine Menge, 35 Jahre)

Wie erwähnt, lag in dieser Ambivalenz zwischen Fühlen (Erfühlen der Leiblichkeit) und ‚Wissen‘ (um den „Hirntod“, d.h. das Vorhandensein des bloßen Körpers) die Hauptschwierigkeit in der Verarbeitung eines Trauerfalles bei durchgeführter „Organspende“. Sehr eindrücklich schilderte Tanja Deneke (28), Mutter eines im Alter von zwei Jahren bei einem Autounfall verunglückten Jungen, unter Tränen ihre Wahrnehmung auf der Intensivstation:

„Sicherlich, ein Hirntoter atmet nicht mehr. [...] Das ist auch das, woran ich mich halte. Wenn man die Geräte abschaltet, dann wäre Michael auch gestorben. Aber das letzte Bild, das ich von meinem Kind habe, ist ein atmendes Kind. Das ist ganz schwer später, damit zu leben. [...] Der Tod wird, das klingt jetzt vielleicht komisch, nicht mehr sinnlich erfahrbar. Man kriegt ihn nicht mehr zu fassen. [...] Man kann es nicht begreifen. Ich habe noch eine Stunde mit meinem Sohn auf dem Schoß gesessen oder noch länger. Und man wusste, er ist jetzt tot, aber er hat ja geatmet. Und er muss ja atmen, sonst kann man die Organe nicht mehr verwenden. [...] Ich meine, dass das nicht geht, dass man es eigentlich nicht tun kann. Denn es macht, es entzieht uns den Tod, die Erfahrung des Sterbens. [...] Das macht es sehr viel schwerer, den Abschied, den man nehmen muss, wirklich zu gehen.“

Einige berichteten, den Verwandten im „Hirntod“ noch angesprochen und um ‚Erlaubnis‘ gefragt zu haben. Darin drückt sich unseres Erachtens diese Ambivalenz aus und zugleich der Versuch, die Diskrepanz zwischen ‚tot‘ gesagtem Menschen und sinnlich wahrgenommenem lebendigen Leib mittels einer verbalen Kommunikation zu überbrücken, sozusagen um vom verleiblichten Angehörigen selbst die Einwilligung für die Verfügung über dessen Körper zu erhalten. In einem Brief, den Milena Gerke (38) an ihren Bruder (22) nach dessen Tod schrieb,⁹³ erzählte sie:

„Du liegst genauso da wie gestern [...]. Ich spreche mit Dir. – Du, ich habe ja gesagt zur Organentnahme, was meinst Du dazu; ich habe das Gefühl Du sagst zu mir – es ist in Ordnung ‚Kleine‘.“

Manche empfanden es verkehrt, wenn ihnen die Bitte um „Organspende“ direkt am Bett des oder der „Hirntoten“ gestellt wurde, zum Teil aus Pietät, aber auch aus der Befürchtung heraus, er oder sie könne eben doch noch etwas „mitkriegen“. Auch bei intellektueller Akzeptanz des „Hirntodes“

93 Sie stellte uns diesen Brief dankenswerterweise zur Verfügung.

und auch bei einer retrospektiv positiven Einschätzung der „Organspende“ trat immer wieder eine Unsicherheit bezüglich des Todeszeitpunktes auf. Dazu berichteten Brigitte Nowak (34), Mutter eines im Verkehr verunglückten siebenjährigen Kindes, und ihr Mann (38):

Brigitte Nowak: „Wir haben gedacht, es würde jetzt sofort losgehen, aber uns war der Ablauf gar nicht richtig klar. [...] Und dass es Stunden dauern würde, auch Tage dauern könnte, bis diese Organentnahme stattfindet und dann eben auch erst das Todesdatum, der Zeitpunkt bestimmt würde“.

Martin Nowak: „Das war ein Punkt, der uns sehr arg gestört hat, dass der Todeszeitpunkt nicht das Unfalldatum war, an dem auch der Hirntod festgestellt wurde, sondern ein Tag später. Dann kamen wir nämlich in diesen Konflikt, dass wir das mit der Organspende bis auf den Verwandtschaftskreis, aber im Freundeskreis gar nicht großartig erzählt hatten,⁹⁴ aber dann Erklärungen abliefern sollten, wieso ist er denn erst einen Tag später gestorben?“

Das Ehepaar bringt hier zum Ausdruck, wie schwierig für sie die Aufsplitterung des Todes in unterschiedliche Phasen mit der traditionell überlieferten Vorstellung eines definitiven Todeszeitpunktes in Übereinstimmung gebracht werden kann. Als Todeszeitpunkt ist in Deutschland der Zeitpunkt der zweiten Hirntoddiagnostik festgeschrieben. Zuvor werden die Angehörigen jedoch schon auf den Zustand des Patienten im Hirnversagen hingewiesen – und es kann einige Zeit vergehen, bis die Hinterbliebenen den Körper, der nun im herkömmlichen Sinne einem Leichnam entspricht, nach der Organentnahme zur Bestattung übergeben bekommen. Brigitte Nowak ging im Verlauf des Gesprächs noch einmal auf diesen Punkt ein und merkte in Bezug auf die schweren Verletzungen ihres Sohnes an:

„Weil ich wusste, so was kann nicht reparabel sein, wenn Hirnmasse aus Nasen und Ohren fließt. Obwohl ich Laie bin und nichts mit Medizinischem zu tun habe. Aber ich muss sagen, in diesem Nicht-zu-wissen, wann ist er wirklich gestorben? Da habe ich immer noch Schwierigkeiten mit, das eben nicht einordnen zu können.“

Dieses Nicht-einordnen-können kam auch in dem Moment zu tragen, indem die Angehörigen den „Hirntoten“ verabschiedeten und die Intensivstation verließen, bevor die Organentnahme stattfand. So Brigitte Nowak:

„Ja, dass ich auch nicht genau weiß, als ich mich verabschiedet habe, lebte er da noch? War das nur durch die Maschine? Hat er danach gelebt und ich war schon weg? Habe ich ihn da liegen gelassen und er hat dann irgendwas empfunden? Das ist für mich schwer einzuordnen, dieses Nicht-fassen-können.“

Auch die Zeit des Wartens auf den Anruf aus der Klinik, dass die Organentnahme beendet sei und der Leichnam vom Bestattungsinstitut abgeholt werden könne, wurde als sehr belastend geschildert. Christine Menge (zum damaligen Zeitpunkt 29 Jahre alt), deren Mutter im Alter von 52 Jahren den Folgen eines Asthmaanfalles erlag, berichtete:

94 Dies geschah aus Rücksicht auf ein weiteres Kind, dem von der Tatsache der „Organspende“ zunächst nichts berichtet wurde.

„Ich weiß nicht, ich habe da sehr, sehr rational reagiert. In den dreimal, wo ich da war, hatte ich das Gefühl, ich sehe auch ihren Verfall. Also, wie die Reflexe immer mehr nachlassen. Beim zweiten Mal hatte ich das Gefühl, ihre Zunge hängt aus dem Mund, was vorher noch nicht war. Einfach so, dass da immer weniger ist. [...] Es war dann so, ich kann mich an den zeitlichen Ablauf nicht mehr ganz erinnern, dass meine Mutter im Prinzip tot ist. Das war Montagmittag, -nachmittag. Jetzt müssen aber noch zwei Ärzte kommen, und das abschließend beurteilen [die „Hirntoddiagnose“]. Und dann müssen ihr noch die Organe entnommen werden. Und irgendwann ist sie dann richtig tot. Das hat zwei Tage gedauert. Das war schon belastend. Ich glaube, für meinen Vater am belastendsten: dies Gefühl, auf einen Anruf zu warten, dass sie jetzt wirklich tot ist.“

Letztlich ging es hierbei um den Zeitpunkt, zu dem sich auf sinnlich erfahrbarer Ebene der „hirntote“ Mensch in eine Leiche verwandelt hatte. Es lässt sich der Versuch einer Rationalisierung des Erlebten durch intellektuelle Erklärungen erkennen:

„Obwohl das dann so nebeneinander steht. Dies Gefühl, man kann ihre Hand halten und sie ist warm und man sieht sie atmen und alles. Ja, und trotzdem ist sie tot. Das ist, glaube ich, auch das Komische. Wenn sie nicht die Geräte hätte, wäre sie ja einfach schon tot gewesen. Also diese Sache, die Kombination, warum hat sie daran gehangen? Natürlich auch aus diesem Grunde einer möglichen Organspende. Das ist so dies... was es einem selber so schwierig macht, das zu verstehen.“ (Christine Menge)

Es stellte sich heraus, dass in den Fällen, in denen die Angehörigen den „Organspender“ nicht im Zustand des irreversiblen Hirnversagens auf der Intensivstation gesehen hatten, diese Zweifel an dem Todeszeitpunkt nicht auftraten. Dies bedeutet, dass sie die Mitteilung vom Tod ihres Angehörigen nicht als Widerspruch zu ihrer sinnlichen Wahrnehmung erfahren mussten. Um den Tod in seinem überlieferten Gewand zu erleben und damit besser begreifen zu können, suchte Tanja Denneke (28) später nach Erfahrungen mit Sterben im ‚herkömmlichen‘ Sinne. Beim Tod einer ihr nahe stehenden älteren Frau konnte sie die Veränderungen, die im Sterben auf körperlicher Ebene vor sich gehen, miterleben, womit der Tod an Schrecken verlor:

„[...] nach Michaels Tod habe ich das eine Zeitlang richtig gesucht, bei anderen Menschen, bei älteren Menschen, die gestorben sind. Da habe ich mir angeguckt, wie sieht ein toter Mensch aus. [...] Und habe dann auch gesehen, gerade bei einer Frau, an der ich sehr gehangen habe, die nun im hohen Alter verstorben ist, das ist sie gar nicht mehr. Also das ist, was der Tod mit dem Menschen macht. Ja, wie das ist, wenn nur noch der physische Leib zurückbleibt und die Seele eben nicht mehr da ist, das Leben einfach aus dem Menschen rausgegangen ist. Das hat es für mich bei anderen Menschen so viel leichter gemacht, zu kapieren.“

Das „Hirntod“-Konzept beruht auf dem Konzept des Körpers und ist nur intellektuell zu verstehen und anhand medizintechnischer Ableitungen nachzuweisen. Die Angehörigen erkennen jedoch in diesem Körper des „Hirntoten“, den lebenden *corpus*, das sinnlich wahrgenommene verleblichte Subjekt. Insofern erscheint die Idee der Leiblichkeit, also der leiblich-empfindungsmäßigen Einheit, als Schlüssel zum Verständnis der besonderen Problematik, mit der sich Angehörige von „Hirntoten“ bei der Frage nach einer „Organspende“ konfrontiert sehen. Die naturwissenschaftlich

messbaren Kriterien des „Hirntodes“ sind nicht mit den Sinnen wahrzunehmen, zu begreifen. Daraus entsteht für Angehörige ein Dilemma: die Diskrepanz von Körper und Leib.

Veränderte Leiblichkeit nach der Transplantation⁹⁵

Im Unterschied zu Frauen und Männern, die Hilfe bei der Reproduktionsmedizin suchen, haben die Patienten und Patientinnen der Transplantationsmedizin meistens jahrelange lebensbedrohliche Krankheit und Leiden hinter sich. Ihre Leiblichkeit erhielt durch diese Erfahrung ihre ganz besondere Prägung. Mit der Transplantation eines Organs erfahren viele Empfänger und Empfängerinnen eine weitere, nachhaltige Veränderung ihrer Leiblichkeit. Bei einigen deshalb, weil der eingepflanzte Fremdkörper ja nicht nur Physis, sondern auch Teil einer fremden Leiblichkeit war. Viele aber nehmen das neue Organ anfangs primär als noch nicht integrierte neue ‚Materie‘ auf, als ausgewechseltes, fremdes Teil in ihrem Körper. Beides aber ist Teil der leiblichen Wahrnehmung und Erfahrung der Patienten. Schlussendlich geht es bei der Transplantationsmedizin auch um Leiblichkeit des Menschen in Sterben und Tod. Wie können die Angehörigen den Tod wahrnehmen in einem noch vitalen, weil über intensivmedizinische Maßnahmen in seinem Kreislauf stabil erhaltenen Körper ihres „hirntoten“ Verwandten, der ihnen die Zeichen des Lebens entgegenbringt und somit nicht vom Leib ihres Verwandten zu Lebzeiten zu unterscheiden ist?

Neben der sinnlichen Wahrnehmung der Leiblichkeit des „hirntoten“ Nächsten, so wie sie im vorangegangenen Abschnitt zum Ausdruck kam, hat die subjektive Befindlichkeit von Organempfängern vor und nach einer Transplantation eine hervorragende Bedeutung. Die meisten Menschen, die vor einer Organtransplantation stehen, haben zumeist schon eine längere Krankheits- und Leidensgeschichte hinter sich, d.h. ihre Leiblichkeit ist davon geprägt. Aus diesem Grund wirken Alter, Geschlecht und Krankheitsverlauf sowie der Gesundheitszustand kurz vor der Transplantation auf komplexe Weise zusammen.

Bei der Frage nach der Befindlichkeit von Organtransplantierten muss – abgesehen vom transplantierten Organ – grundsätzlich die Art der Erkrankung sowie der Krankheitsverlauf vor einer Transplantation berücksichtigt werden. Handelt es sich um eine plötzliche, unerwartete Erkrankung, welche die Betroffenen wie „aus heiterem Himmel trifft“? Oder handelt es sich um eine chronische Krankheit mit langem bzw. langsamem, auf den Tod zusteuern den Verlauf? In diesem Fall ist die Krankheit, wie zum Beispiel bei Mukoviszidose,⁹⁶ auch Anlass, um sich mit der eigenen Endlichkeit und begrenzten Lebenszeit auseinander zu setzen.

Des Weiteren wird die leibliche Befindlichkeit auch vom jeweils transplantierten Organ beeinflusst, da bei Herz, Leber und Lunge keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten gegeben sind. In Kapitel I haben wir bereits auf die Hierarchisierung von Organen hingewiesen, wie sie im gesellschaftlichen Umgang definiert und von der „Hirntod“-Diagnose abhängig gemacht wird. Beim konkreten Umgang mit Organen aus der Sicht von Organempfängern (sowie den Angehörigen von

95 Vgl. hierzu ausführlich Kalitzkus (2003: 144-217).

96 Mukoviszidose (auch zystische Fibrose) gehört zu den häufigsten angeborenen Stoffwechselkrankheiten, die sich u. a. durch zäh- oder dickflüssige Lungensekrete äußert, welche zu massiven Atembeschwerden und Lungenproblemen führen. Dennoch werden 80% der Patienten 19 Jahre und älter (Psyhyrembel 1993).

Organspendern“) spielt auch die unterschiedliche metaphorische Besetzung der Organe in unserer Kultur⁹⁷ eine Rolle.

Von der Transplantation, dem Ersetzen eines kranken Organs durch ein gesundes, hängt in einem ersten Schritt das (Über-)Leben ab; in einem zweiten Schritt kann das transplantierte Organ nur durch eine erfolgreiche Unterdrückung einer Abstoßungsreaktion durch das Immunsystem erhalten werden. Hinzu kommt der konkrete Gesundheitszustand kurz vor der Transplantation. Die Zeit auf der so genannten Warteliste stellt für die Patienten und ihre Familien eine überaus belastende Phase dar. Bei langen und schweren Erkrankungen ist diese Zeit vor der Transplantation oftmals von Todesangst und dem Gefühl der Todesbedrohung geprägt. Martina Mecke (38), die im Alter von 35 Jahren einen schweren Herzinfarkt erlitt, schilderte diese Wartezeit und die Ängste, die sie dabei bewegten.

„Das war so ein Zweizimmer-Appartement,⁹⁸ natürlich entsprechend dürftig und trist. Ja, da habe ich gewartet mit meinem Citypiepser⁹⁹ und dem Fernseher. Das war die einzige Beschäftigung, weil das Lesen einfach nicht mehr klappte. Ich konnte mich nicht konzentrieren. Ich war so müde, konnte ein bisschen telefonieren, so eine halbe Stunde, dann war es mir zu anstrengend. Das war wirklich der einzige Kontakt zur Außenwelt, mich zu bedödeln mit dem Fernseher und hoffen, immer wieder ein Stückchen schlafen, und hoffen, dass es noch rechtzeitig klappt. [...] Ja, das war schon ziemlich hart, weil ich immer geträumt hatte, dass sie mich vergessen hatten, dass der Computer mich aus der Liste ‚rausgeschmissen‘ hätte oder dass ich diesen Citypiepser nicht gehört hätte. Das habe ich mir eingebildet. Oder dass die Batterien leer sind oder dass sie vergessen, mich anzurufen und so weiter. Die absurdesten Geschichten.“

Es kann aber auch sein, dass erst der zunehmende körperliche Verfall, die massive Verschlechterung zu der Entscheidung für eine Organtransplantation führt – die oftmals zu spät ist. So erklärte Walter Meinhardt, selbst herz-lungentransplantiert, dass viele Mukoviszidose-Patienten und Patientinnen, deren Leben seit Anbeginn von ihrer chronischen Erkrankung und der Perspektive eines frühen Todes geprägt sei, oftmals erst dann zu einer Entscheidung bezüglich einer Transplantation kämen, wenn sich ihr körperlicher Zustand schon sehr verschlechtert habe. In Folge müsste eine Transplantation häufig abgesagt werden, da der medizinische Eingriff physisch nicht zu verkraften wäre, oder die Wartezeit auf ein neues Organ wäre zu lange, um bis dahin zu überleben.

Bei plötzlichen Erkrankungen bzw. ‚Zufallsbefunden‘ bei Routineuntersuchungen entsteht das Paradox, dass der Patient oder die Patientin sich zwar „immer noch gut fühlt“, aber sich mit einer tödlichen Diagnose und der Option einer Transplantation konfrontiert sieht. Es handelt sich, wie bereits erörtert, um die Diskrepanz zwischen subjektiver Wahrnehmung, Leiblichkeit, und diagnostiziertem kranken Körper. Gerade bei kurzen und plötzlichen Krankheitsverläufen und gerade dann, wenn man „immer kerngesund war“ oder „noch so jung ist“ scheint es schwieriger, das Ausmaß der Erkrankung wirklich zu erkennen und auch die Schwere der Erkrankung für sich an-

97 Es sei auf Märchen, Sprichwörter und ähnliches verwiesen, in denen Organe in einem metaphorischen Sinn für Gefühle und Empfindungen verwendet werden, vgl. z.B. „Das eiserne Herz“, „von Herzen“, „es geht mir an die Nieren“ u.a.m. Insbesondere das Herz ist kulturell gesehen von prominenter Bedeutung (vgl. Berkemer/Rappe 1996), was sich auch auf die Akzeptanz und Verarbeitung von Herztransplantationen auswirkt, vgl. hierzu Obrecht (1996), Wiebel-Fanderl (2003).

98 Eine Wohnung, welche die Patientin in der Stadt angemietet hatte, bevor sie in der dortigen Klinik transplantiert werden sollte.

99 Damit sie jederzeit benachrichtigt werden konnte, wenn ein geeignetes Organ plötzlich zur Verfügung steht.

zunehmen. Die Krankheitsgeschichte von Jörg Paschke (24) begann im Alter von 18 Jahren, davor war er „wirklich nie krank“. Er bekam innerhalb weniger Tage einen plötzlichen Leistungsabfall. Der „endgültige Zusammenbruch“ ereilte ihn während seiner schweren körperlichen Arbeit und führte zur Einweisung in ein Krankenhaus:

„Das Lustige für mich an der Sache war, als ich ins Krankenhaus rein kam, hab ich sofort strikte Bettruhe verordnet gekriegt. Dann lag ich da in meinem Bett und ich habe mich wirklich pudelwohl gefühlt. Das ging mir so gut. Ja, und das Krankbett stand so, dass ich direkt auf die Toilettentür gucken konnte. Nun hatte ich aber striktes Verbot: Du bleibst im Bett und du stehst überhaupt nicht auf! Na ja, [...] habe ich doch versucht, heimlich auf die Toilette zu gehen. Aber das war nicht. Kaum dass ich aus dem Bett draußen war, ging es mir auf deutsch gesagt so beschissen, dass mir schwarz vor Augen wurde. Mir ging es wirklich schlecht! Ja, die Diagnose war auch noch nicht so, dass es auf eine Transplantation hinausläuft. Davon war nie die Rede am Anfang. Und dann, na ja, als junger Mensch, wenn man nie irgendwas damit zu tun hatte, dann denkt man ja, das geht schon wieder vorbei.“

Gerade den sehr jung Erkrankten fällt es oftmals schwer, ihren Status als chronisch Kranke und die damit verbundene Veränderung ihrer Lebensperspektive anzunehmen.

Bei Nierenerkrankungen steht vor einer Transplantation (und auch im Falle eines Versagens der transplantierten Niere) als Alternative die Hämodialyse zur Verfügung. Mit der Blutwäsche wird das Überleben der Patienten gesichert, sie stellt aber auch eine starke körperliche, psychische und seelische Belastung dar. Es kann zu trockener Haut, ständigem Hautjucken, Knochenschmerzen und anderen Gebrechen kommen. An der Dialysemaschine selbst treten häufig massive Kreislaufprobleme und Muskelkrämpfe auf, bis hin zu Erbrechen und Kollabieren. Auch die Dialyse ist also kein Heilverfahren, sondern eine auf Dauer dem Körper zur Verfügung gestellte „Ersatzfunktion“. Ein Auslassen der regelmäßigen Dialysezeiten würde den sofortigen Tod bedeuten. Auf die Frage, wie sie die Zeit „an der Maschine“ empfunden hat, antwortete Gisela Lemke:

„Dieses Abhängigkeitsgefühl, dieses Festgebunden-Sein. Man kann nur mit rechts essen, wenn man dann links den shunt hat. Man kann nur in einer gewissen Richtung liegen oder schlafen, wenn man überhaupt schlafen kann. Ja, man ist irgendwie gefesselt. Nicht nur, weil man an einer Maschine ist, weil man ganz konkret die Nadeln mit dem Schlauch dran [hat], sodass man körperlich sich nicht so richtig regen kann, weil man auch Angst hat, dass die Kanüle durchsticht.“

Die Dialyse nimmt viel Zeit in Anspruch: meist dreimal die Woche bzw. jeden zweiten Tag für jeweils drei bis fünf Stunden. Rechnet man die An- und Abfahrt noch hinzu, so ist ein Dialysetag „wie ein richtiger Arbeitstag“. Das ganze Leben strukturiert sich nach der Dialyse, sodass Gisela Lemke das Gefühl hatte, ein Doppelleben mit zwei getrennten Bereichen zu führen. Dialysepatienten müssen eine strenge Diät einhalten, vor allem wenig Trinken, was zu häufigem Durstgefühl führt. Das Leben ist geprägt von Abhängigkeit, Kontrolle und Verzicht. Auch die Sexualität lässt durch die Dialyse stark nach. Die Belastung der Dialyse kann so groß sein, dass Patienten an Selbstmord denken und die seelischen Wunden der Dialysezeit lange nicht verheilen:

„Ich saß zitternd im Bett vor Nervenstress und wollte von der Maschine ab, aber es waren noch fünf Minuten. Dann sagte der Pfleger, ‚Ach die fünf Minuten brauchen wir doch noch‘. Da habe ich

mir gedacht, so jetzt weiß ich wie Folter sein kann. Obwohl Folter schlimmer ist, aber ich dachte ja, das ist Folter. Das kann man sich gar nicht vorstellen, fünf Minuten, was ist das schon. Aber so schlimme fünf Minuten! Können eine Ewigkeit sein! Ich habe insgesamt wirklich das Gefühl, dass ich durch manches in der Dialyse traumatisiert worden bin.“

Patienten erleben in dieser Zeit oft Todesbedrohung und Todesangst, sei es durch das Miterleben von Todesfällen bei Mitpatienten bzw. eigenen körperlichen Zusammenbrüchen während der Dialyse. Für Gisela Lemke (46) bedeutete dies, sich bei jedem Dialysetermin ihrer Todesangst zu stellen:

„Die Ängste wurden am größten, als ich erlebt habe, wie eine Frau in der Dialyse behandelt wurde. Es ging ihr sowieso nicht gut und sie wurde dann reanimiert. [...] Na ja, für mich war die Frau tot. Sie starb aber erst am nächsten Tag. Da war für mich die Angst auf einmal total da. Da stirbt man ja, das war für mich ganz neu. Ich habe gar nicht gedacht, dass man in der Dialyse so dahin siecht, wie es mir dann auch passiert war und dass man ganz konkret da sterben kann. Einmal war ich eingeschlafen in der Dialyse, weil die Angst noch nicht so total war. Ich wurde wach und da hing das Blut da oben und mir ging es so schrecklich. Ich konnte auch gar nicht beschreiben, was es war. [...] Ich dachte, ich wäre am Sterben. [...] Und von da ab, von diesem Tag, habe ich alle Tage in meiner Dialyse-Zeit an meinen Tod gedacht. Ich habe den Tod so in mein Leben einbezogen, dass ich jeden Tag daran dachte, weil es mich auch furchtbar erschreckt hat.“

Durch die Zeit „an der Maschine“ wird das Selbst- und Körperempfinden der Patienten bereits stark beeinflusst, wie dies ebenfalls eingehend in der medizinischen und psychologischen Literatur zu dieser Thematik behandelt wird. Todesangst und Grenzerfahrung sind also oftmals vor einer Transplantation bestimmende Lebenselemente. Umso deutlicher wird dann auch der qualitative Unterschied in der Befindlichkeit nach der Transplantation im Vergleich zum vorherigen Zustand erlebt.

Ein Leben nach gelungener Transplantation und Genesung ist jedoch von weitreichenden Begleiterscheinungen geprägt, die sich auf die subjektive Befindlichkeit der Betroffenen auswirken. Hierzu zählen – wie geschildert – die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Kontrolle des Körpers durch die Klinik als auch täglich durch die Patienten selbst sowie die Immunsuppression (siehe Kapitel I). Die genaue Beobachtung der physischen Parameter und die Kontrolluntersuchungen können zu einer Distanzierung vom Leib und zu einem Vertrauensverlust in den eigenen Leib führen. Sie halten den Organempfängern immer wieder vor Augen, „ein Leben auf des Messers Schneide“ (Wiebel-Fanderl 1997:6) zu führen. Ständiger Begleiter des „neuen Lebens“ ist die Angst, primär vor einer Abstoßung, aber auch vor Folgeerkrankungen sowie vor erhöhter Ansteckungsgefahr durch die Immunsuppression. Die tägliche Medikamenteneinnahme, die zu festen Uhrzeiten zu geschehen hat, ist dabei die ständige Erinnerung, dass „doch nicht mehr alles so ist wie vorher.“

Ein Faktor der Verunsicherung, auch gerade dem eigenen Körper und dem transplantierten Organ gegenüber, ist die Tatsache, dass eine chronische Abstoßung nicht erspürt werden kann, sondern nur durch eine Biopsie nachzuweisen ist. Dieses für Selbst und Identität so wichtige Gefühl der Kontrolle über den eigenen Körper erfährt damit eine Erschütterung durch die Notwendigkeit einer Fremdkontrolle. Umgekehrt muss ein Transplantiertes erst erspüren lernen, inwieweit dem

„neuen Organ“ zu vertrauen ist. So schilderte der herztransplantierte Rainer Petersen (56), wie er seinen Körper mit dem transplantierten Herz und dessen Leistungsfähigkeit vertraut machte:

„Das neue Herz und das alte System, der alte Sack, der ist 56 Jahre alt, und der da drin ist jung. Ihr müsst euch aneinander gewöhnen. Die Ärzte haben auch gesagt, ‚Trainieren, trainieren, trainieren‘. Denn es ist ja verständlich, der Vorhof oben des alten Herzens ist stehen geblieben und das neue ist da angenäht, also sind die Vorhöfe relativ groß. Somit ist das Lungenvolumen etwas gering. Daher die Luftnot, und durch Training kannst du den Herzmuskel wieder neu formen in deinem alten Körper und dann normalisiert sich das. Das habe ich innerlich verarbeitet und hab gesagt, ‚nun gib Gas‘.“

Sportliches Training wirkt sich diesbezüglich sehr förderlich aus, da es Ängste in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit abbauen und damit auch das Vertrauen in das „neue Organ“ sowie in die eigene Leiblichkeit steigern kann. Ein 34-jähriger nierentransplantierte Teilnehmer bei den Weltspielen der Organtransplantierten¹⁰⁰ 1997 in Sydney berichtete, dass er zur Zeit der Transplantation vor fünf Jahren starke Schwierigkeiten hatte, seinen Status als junger Schwerbehinderter zu akzeptieren. Durch intensives Sporttreiben (er trainiert regelmäßig in einem ‚normalen‘ Sportverein) hätte er seine damalige Lebenskrise überwinden und neuen Lebensmut schöpfen können. Auch andere aktiv sporttreibende Transplantierte verzeichneten ein positiveres Lebensgefühl sowie mehr Zutrauen in den eigenen Körper und das ‚neue‘ Organ.

Ebenso beeinflussen die beträchtlichen Nebenwirkungen der Medikamente die leibliche Befindlichkeit von Transplantierten, was zum Teil bis zur Trennung des Leiblichen vom Körperlichen, zur eigentlichen Trennung von sich selbst, führen kann. Einmal, da sie sich (v.a. durch das Kortison) auf das körperliche Erscheinungsbild auswirken können, wie zum Beispiel verstärkter Haarwuchs, oder starke Gewichtszunahme durch ständiges Hungergefühl und daraus folgend das kortisontypische „Mondgesicht“. „Huch, wer bist Du denn?“, fragte sich ein Nierentransplantierte eines Morgens vor dem Spiegel, „ich kenne Dich zwar nicht, aber ich rasiere Dich trotzdem.“ Er fing daraufhin an, regelmäßig Sport zu treiben und eine strenge Diät einzuhalten. Oft, so berichtete er, fand er sich plötzlich vor dem Kühlschrank wieder und bemerkte erst in dem Moment, was er tat.

Häufig ist kurz nach einer Transplantation eine Art „euphorischer Schub“ zu bemerken, in dem die Patienten ihre neu gewonnenen Möglichkeiten austesten. So können bei Herztransplantierten mitunter kurz nach einer Transplantation massive Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit auftreten. Eine unglaubliche Erfahrung ist es für Herzpatienten, wenn sie vor der Transplantation lange Zeit nur liegen bzw. halb sitzen konnten und einige Tage nach der Operation, manchmal noch auf der Intensivstation, bereits wieder auf einem Trimmrad trainieren können, wie es Rainer Petersen (56) möglich war:

„Nach der Transplantation, am andern Tag, bin ich schon auf dem Fahrrad gefahren auf der Intensivstation. Ja, mit den ganzen Schläuchen, das sah aus wie so ein Weltraumfahrer, und das ging alles.“

100 Vergleichbar den Paralympics, gibt es nationale und internationale Sportwettkämpfe für Organtransplantierte. Die Weltspiele, organisiert von der *World Transplant Games Federation* (WTGF), finden alle 2 Jahre statt.

Besonders positiv und befreiend wurde das Leben nach einer gelungenen Transplantation von denjenigen erlebt, die oftmals jahrelang von einer Dialysebehandlung abhängig waren. Sie waren nun von dem Zwang befreit, regelmäßig zur Dialyse fahren zu müssen und konnten nach Jahren restriktiver Diätführung wieder essen und trinken, was sie mochten. Vor allem nicht mehr unter ständigem Durst zu leiden, was auf die Dauer sehr belastend und quälend war, stellte eine große Verbesserung im subjektiven Lebensgefühl dar. Hierzu gehörte auch eine wiederkehrende Sexualität. Der größte Teil der interviewten Transplantierten berichteten von einer höheren Sensibilität nach der Transplantation, einer neuen Wertschätzung des Lebens an sich. So der 58-jährige Uwe Lüdecke, der nach einer missglückten Bypassoperation mit einem neuen Herzen aufwachte, über seine Empfindungen in der Rehabilitationszeit:

„Mensch du bist davon gekommen, Du lebst wieder! Ich habe mir alles wesentlich genauer angesehen und auch verfolgt, Bewegungsabläufe, das Fallen der Blätter von den Bäumen oder die Vögel, wie sie da fliegen. Was vorher so selbstverständlich war, das fing ganz langsam erst wieder an selbstverständlich zu werden. Durch das vorher, wie ein Neuling, der so etwas zum ersten Mal betrachtet. Das ist mir sehr haften geblieben.“

Organtransplantierte sprachen auch häufig von einem gesteigerten Harmoniebedürfnis, aber auch davon „näher am Wasser gebaut zu sein“ was sich bei dem herztransplantierten Wolfgang Wirth (55 Jahre) zum Beispiel darin zeigte, dass er sich keine Krimis oder Katastrophenberichte im Fernsehen mehr anschauen konnte, ohne zu weinen.

Das subjektive Hochgefühl, wieder in einem ‚gesunden‘ Körper verleiblicht zu sein, verschwand jedoch, wenn erste Rückschritte oder Komplikationen auftraten, die deutlich machten, dass der Weg nach einer Transplantation kein einfacher sein würde. Sehr anschaulich beschrieb dies Martina Mecke (38):

„Es ist ziemlich schnell wieder aufwärts gegangen. Ich dachte mir, das ist so. Am Anfang bist du ganz schwach und hilflos und so weiter, und es geht eben so langsam den Berg wieder rauf. Und dem ist nicht so! Man geht bis zur Mitte des Berges, dann fällt man wieder runter und dann fällt man wieder ein bisschen rauf. Ich denke, man erreicht ungefähr eben dreiviertel des Berges wieder. Man ist nie wieder richtig gesund, weil man nie wieder richtig normal und unbefangen mit sich und seinem Körper und auch mit der Umwelt umgehen kann.“

Die Transplantation stellt einen Wendepunkt in der Biographie des Individuums dar: Aus einem todkranken Menschen, dessen Identität und Selbst vom Leiden geprägt waren, kann plötzlich ein Mensch werden, der aufgrund seiner veränderten Körperlichkeit eine ganz andere Lebensperspektive erhält.¹⁰¹ Dieser Bruch bzw. die abrupte Wende bedeutet deshalb auch immer, das alte Selbstverständnis mit der neuen Situation zur Übereinstimmung zu bringen. Das heißt, die alte Leiblichkeit muss transformiert werden. Dazu gehört die Integration des fremden Organs in die eigene Leiblichkeit. Dieser Prozess (und auch diese Erfahrung) werden nicht von allen Patienten gleichermaßen durchlebt. Monika Wiese, eine 58-jährige Lebertransplantierte, schilderte in der Retrospektive, wie sie sich vor der Operation, als es ihr noch relativ gut ging, mit dem Gedanken eines fremden Organs im eigenen Leib nicht anfreunden konnte:

101 Für viele ist aber auch das Leben nach einer Transplantation weiterhin vom Leiden geprägt.

„Ganz zuerst empfand ich Ekel bei dem Gedanken an eine Transplantation. Ganz zuerst habe ich an Frankenstein gedacht. Dann hab ich an die Operation gedacht: die Öffnung des Körpers, das Herausnehmen des Organs von einem anderen Menschen. Das war so abstoßend, dass ich nun mit dem Fleisch eines anderen leben sollte, das war ein völlig fremder Gedanke. Aber heute ist das nicht mehr so.“

Nach einer Nierentransplantation kann zum Teil das Transplantat auch ertastet werden, da die übertragene Niere nicht an den ursprünglichen Platz eingesetzt wird, sondern vorne unter die Bauchdecke. Damit findet eine Veränderung des Körperschemas und der Leiblichkeit statt: Körperteile, Organe, können nun ertastet werden – und das zusätzlich an einem anderen Ort. Vor dem ertasten der ‚neuen‘ Niere scheute sich jedoch Eva Vogt (65):

„Ich weiß wohl, dass ich einmal bei einer Nachsorgeuntersuchung gefragt wurde, ‚Hier, spüren Sie mal, ob die Niere sich verändert, ob sie hart oder wie auch immer ist.‘ Da hab ich dem Arzt ganz klar gesagt, ‚Ich achte da überhaupt nicht drauf. Das ist meins und da fummle ich auch nicht dran!‘ Denn dann weiß ich nicht, war sie gestern nicht anders? Heute fühlt sie sich doch ganz anders an? Da macht man sich doch ganz verrückt. Das habe ich grundsätzlich nicht gemacht, das war nun eben meines und so hab ich das auch akzeptiert.“

Bei einer Herz-, aber auch Herz-Lungen-Transplantation wird die nervliche Verbindung zwischen Herz und Gehirn durchtrennt. Auch damit geschieht eine grundsätzliche Veränderung der Leiblichkeit, indem sich die körperliche Rückkopplung emotionaler Erregung verändern kann.¹⁰² Rainer Petersen (56) erklärt, dass die bei Gefahr vom Gehirn ausgesandten Impulse das Herz nicht erreichen und damit bei ihm auch die somatische Folgeerscheinung des erhöhten Herzschlages nicht auftreten würden:¹⁰³

„Ich rege mich nicht mehr auf. Das heißt, es kann etwas knallen hinter mir, andere erschrecken sich [...]. Das spüre ich nicht mehr, weil keine Verbindung zum Nervensystem besteht. Ich bin insofern ruhig. Ich kann auf der Autobahn Auto fahren, wenn andere dann einen Puls haben von 180, dann geht meiner ganz locker, 60, 70, ganz ruhig vor sich hin.“

Dieser Aspekt wurde in dieser Form nur in einem Gespräch mitgeteilt. Auf Nachfrage berichtete eine weitere Herztransplantierte, dass bei ihr die somatische Folgeerscheinung z.B. eines Erschreckens sehr wohl noch eintritt, jedoch mit einer gewissen Verzögerung. „Aus einer Schrecksekunde werden zwei“. Das läge daran, dass der ausgesandte Impuls sozusagen einen Umweg über die hormonelle Ausschüttung der Nebennierenrinde nehme. Es dauert ihrer Erfahrung nach auch etwas länger, bis diese Erscheinung wieder abklingt. Wolfgang Wirth wurde von einer Schwester in der Transplantationsambulanz erzählt, sie hätten schon des Öfteren herztransplantierte Patienten gehabt, die – obwohl sie gemäß den naturwissenschaftlichen Erklärungsmustern betreffend Übermittlung von Informationen über Nervenbahnen nicht hätten spüren können – mit dem Verdacht auf einen Herzinfarkt die Klinik aufsuchten und dieser sich dann auch bestätigte. Dass die Verankerung von Gefühlen im Körper mit der nervlichen Abtrennung des Herzens nicht aufgehoben ist,

102 Obrecht (1996:106) bezeichnet diesen Verlust der körperlichen Verankerung des Gefühlslebens als eine symbolische Abkoppelung des Verstandes vom Gefühl. Sie nennt es „das verbindungslose Herz“.

103 Siehe auch Wellendorf (1993:123).

zeigt darüber hinaus auch die Erfahrung, die Claire Sylvia nach ihrer Herz-Lungen-Transplantation machte (dargelegt in ihrer Autobiographie „Herzensfremd“, 1998). Sie beschreibt die emotionale Reaktion auf den Besuch ihres Exmannes nach ihrer Transplantation:

„Als David eintrat, bekam ich heftiges Herzklopfen. [...] Dann wurde mir bewußt, daß ich tatsächlich mit meinem neuen Herzen fühlte. Dieses Herz, das vor weniger als einer Woche noch im Körper eines anderen Menschen geschlagen hatte, fühlte jetzt meine Gefühle. Und es schien sie stärker zu fühlen als mein eigenes Herz, zumindest in den letzten Monaten.“ (Sylvia 1998:126 f.)

Ein weiterer Aspekt der leiblich-gefühlsmäßigen Befindlichkeit nach einer Organtransplantation ist die von Transplantierten geäußerte Erfahrung, man müsse sich das transplantierte Organ zunächst aneignen und kennen lernen. Dies ist auch Teil eines existenzanalytischen Konzeptes für Transplantierte, das unter anderem zum Ziel hat, „den Charakter der Fremdheit des neuen Organs [zu] verringern, um in der Folge weniger Immunreaktionen zu evozieren [...] sich das fremde Organ vertraut zu machen, damit der Körper darauf nicht weiter wie auf einen Fremdkörper reagiert.“ (Hohmeyer 1996:6)

Allerdings ist dies ein Erfahrungsbereich, der zumeist von nur wenigen Betroffenen angesprochen wurde. Man könnte dies als einen Prozess der Inkorporation bzw. der Verleiblichung bezeichnen, bei dem das ‚Fremde‘ zum ‚Eigenen‘ wird. Noch seltener scheint ein Erfühlen des neuen Organs mit seinen vom „Spender“ geprägten Qualitäten zu sein. Dabei handelt es sich nicht um den Prozess der Verleiblichung, sondern um die Akzeptanz *geteilter* Leiblichkeit, der Koexistenz von zwei verleiblichten Selbst in der Hülle eines Körpers. Pearsall, ein Psychoneuroimmunologe aus den USA, führte Interviews mit 73 Herz- und 67 anderen Organtransplantierten sowie 18 Familien von „Organspendern“, von denen 17 „kardio-sensitive“ seien und eine Verbindung zu ihren „Organspendern“ erspürten (Pearsall 1998). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt die Psychologin Bunzel in ihrer Studie zu Herztransplantierten. 6% der von ihr befragten Patienten berichten von Persönlichkeitsveränderungen, die sie eindeutig auf das transplantierte Herz zurückführten (Bunzel 1993:162). Einen ausführlichen Bericht zu solchen Empfindungen gibt Claire Sylvia, die nach ihrer Transplantation Wesensveränderungen bei sich feststellt, die sie sich nicht über medikamentöse Nebenwirkungen und die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erklären kann:

„Manchmal hatte ich das Gefühl, daß noch jemand anders bei mir war und daß auf irgendeine nicht näher bestimmbare Weise mein Ichgefühl zu einer Art von Wir geworden war. Zwar konnte ich diese zusätzliche Präsenz nicht immer wahrnehmen, doch manchmal fühlte es sich fast so an, als ob ich meinen Körper mit einer zweiten Seele teilte.“ (1998:136)¹⁰⁴

Nur einmal berichtete uns in diesem Sinn ein Herztransplantiertes, er hätte eine Ahnung, was die Herkunft seines transplantierten Herzens angehe. Auf die Frage, ob er Informationen über den „Organspender“ hätte, antwortete Rainer Petersen (56):

„Nein, habe ich nicht. [...] Ich finde es eigentlich auch ganz gut so. Aber irgendwie spürt man das. Ich könnte ungefähr ahnen, aus welcher Ecke er kommt, wie er gelebt hat und so weiter. Irgendwie gibt es so eine innere Verbindung, die ich auch nicht erklären kann. Vielleicht ist das

104 Sowohl Pearsalls Forschungsergebnisse als auch der Bericht Sylvias stoßen auf großen Widerspruch und Ablehnung sowohl von ärztlicher Seite als auch von Seiten Transplantiertes.

Gehirn dadurch [durch Informationen zu Alter und Größe des Herzens von Seiten eines Arztes, Anm. d. Verf.] auch ein kleines bisschen in der Phantasie angeregt worden.“

Ein Leben mit einem transplantierten Organ bedeutet also – bei gutem Verlauf – ein Leben mit neuer Lebensqualität, Lebensfreude und stark verbesserter Befindlichkeit. So positiv für viele ein Leben nach Organtransplantation aussieht, haftet diesem neuen Leben auch eine Schattenseite an. Sie wurde jedoch häufig nicht in unseren Interviews offen thematisiert. Letztlich können die Belastungen einer Transplantation – vor allem in der Zeit auf der Warteliste sowie bei Nierentransplantierten das Warten, ob die transplantierte Niere „auch anspringt“ – durchaus dazu führen, bei nochmaligem Transplantatversagen keine weitere Transplantation mehr zu wünschen.¹⁰⁵ So antwortete Hans Wegener (47), der bereits drei Nierentransplantationen hinter sich hatte und erneut an die Dialyse musste, ob er sich noch einmal auf die Warteliste für eine Transplantation setzen lassen würde:

„Nein. Es müssten zu umfangreiche Voroperationen gemacht werden [...]. Das will ich nicht mehr machen. Ich mache jetzt so lange wie es geht und dann [...], ich glaube, ich würde das auch nervlich gar nicht mehr durchhalten. Denn diese Transplantationen, vor allem die ersten beiden, wo man immer so gehofft hat, die Niere fängt irgendwann noch mal an zu laufen und das war nicht, und die dritte lief auch erst nach 42 Tagen. Da hatte ich die Hoffnung auch schon aufgegeben, und dann fing sie doch noch an zu laufen. Ich glaube, das halte ich nicht noch mal durch.“

Nach einer Transplantation müssen sich die Organempfänger mit zusätzlichen physischen und psychischen Belastungen und Ängsten auseinandersetzen. Die Befindlichkeit nach einer Transplantation ist stark von Gegensätzen geprägt. So schwanken die Einschätzungen des Lebens nach einer Transplantation von den Betroffenen zwischen einem betonten „ich bin wieder gesund“ und der realistischeren Einschätzung, chronisch krank zu sein. Zumindest bleibt die Ahnung, dass es nicht mehr so sein wird wie früher. Ein zwölfjähriger transplantierte Junge, der von seiner Krankenhausseelsorgerin eine Glasmurmelt geschenkt bekam „damit Dein Leben wieder so schön rund und bunt wird wie diese Glasmurmelt“, bemerkte, nachdem er diese ganz nachdenklich betrachtet hatte: „Nein, ein bisschen eckig bleibt sie doch“. In Anbetracht der Auseinandersetzungen, die Transplantierte auf physischer, psychischer und seelischer Ebene zu leisten haben, kann die durch eine Transplantation gewonnene Lebenszeit und Lebensqualität nicht nur als „geschenktes Leben“, sondern als ein Leben betrachtet werden, das schwer erarbeitet ist.

Alle in diesem Kapitel aufgezählten Beispiele haben gezeigt, dass die medizinisch-technischen Bemühungen, Leben zu schaffen bzw. einen Menschen am Leben zu erhalten, zwar den Körper als solchen zum Gegenstand haben, gleichzeitig aber die Befindlichkeit der Patienten und Patientinnen fundamental berühren, wobei subjektiv ganz unterschiedlich umgegangen wird.

105 Siehe auch Wiebel-Fanderl (1997:6).

IV. Prozesse der Schaffung gesellschaftlicher Akzeptanz

Wissenschaftliche Erkenntnis und politische Meinungsbildung

Medizintechnische Erkenntnisse, die in Reproduktions- und Transplantationszentren angewandt werden, beruhen auf Forschungsarbeiten verschiedenster Expertensysteme. Sie sind zum Teil staatlich, in großem Maß jedoch auch privatwirtschaftlich industriell organisiert. Dazu zählen sowohl technisch geschaffene Apparate und Infrastrukturen als auch das zu ihrem Betrieb nötige Expertenwissen bzw. der Experte selbst (Giddens 1992:27).¹⁰⁶ Die medizintechnische Forschung basiert auf einem naturwissenschaftlich bestimmten Menschenbild, das in unserer Kultur von drei Säulen getragen wird: Der Trennung von Geist und Körper, der Sektion als erstem ‚klinischen Blick‘ ins materielle Innere des Menschen und der Schaffung eines naturwissenschaftlich begründeten Weltbildes, das auf Objektivierung und Objektivität abzielt und von der subjektiven sinnlichen Lebenswelt abstrahiert. Diese drei Pfeiler sind historisch verankert (siehe Kapitel II). Sie machten den medizintechnischen Fortschritt, wie er in Behandlungen von Krankheiten heute besteht, erst möglich. Indem die Expertensysteme ständig neue Handlungsoptionen produzieren, tauchen aber gleichzeitig permanent neue Fragen über mögliche Folgen und Risiken auf. Der Soziologe Ulrich Beck (1986:254ff.) sieht darin ein entscheidendes Kennzeichen der spätmodernen Wissensgesellschaft: Je mehr die Wissenschaft versucht, Risiken aufzuklären, umso mehr verdeutlicht sie die Vorläufigkeit wissenschaftlichen Wissens und wird selbstreflexiv.¹⁰⁷ In Konsequenz büßte die Wissenschaft ihr Monopol auf die gesellschaftlich verbindliche Definition von ‚Wahrheit‘ ein. Anstelle von einer ‚Wahrheit‘ als wertneutrale Schiedsinstanz und Bezugspunkt für gesellschaftliche Rationalität, aus der sich stringent gesamtgesellschaftlich verbindliche Normen für die kulturelle Praxis ableiten lassen, müssen diese nun in einem zunehmend komplexeren gesellschaftlichen Diskurs ausgehandelt werden.¹⁰⁸

Bei der Anwendung medizintechnischer Forschung brauchen die Betroffenen Handlungssicherheiten. Durch die wachsende Abhängigkeit von der durch Expertenwissen entwickelten Technik wird das Vertrauen in Expertensysteme zu einer zentralen Ressource bei deren Anwendung. Um das Vertrauen in die Anwendung der Humantechnologien zu legitimieren und zu festigen, fordern Patienten wie Ärzte zunehmend Bewertungen und Gewährleistungen für die ihnen zur Verfügung gestellten Handlungsoptionen ein. Da immer mehr Bedingungen des Handelns gesellschaftlich

106 Expertensysteme durchdringen fast vollständig unser tägliches Leben, ohne dass wir deren Wissen teilen, wie Anthony Giddens (1992:28) anschaulich beschreibt: „When I go out of the house and get into a car, I enter settings which are thoroughly permeated by expert knowledge – involving the design and construction of automobiles, highways, intersections, traffic lights, and many other items. (...) I have very little knowledge of how the car works and could only carry out minor repairs upon it myself should it go wrong. I have minimal knowledge about the technicalities of modes of road building, the maintaining of the road surfaces, or the computers which help control the movement of the traffic. When I park the car at the airport and board a plane, I enter other expert systems, of which my own technical knowledge is at best rudimentary.“

107 Die Wissenschaftskritik, welche die Wissenschaft selbst zum Gegenstand der Untersuchung macht, hat diesen Prozess der Demystifizierung der Wissenschaften eingeleitet, den Beck (1986:255 f.) mit der Entwicklung der Wissenssoziologie, der Ideologiekritik, dem wissenschaftstheoretischen Fallibismus und der Expertenkritik auf Anfang des 20. Jahrhunderts datiert. Zur historischen Analyse der Wissensgesellschaft siehe auch Heidenreich (2003).

108 Damit zerbricht im ‚Zeitalter der Ungewissheit‘ (Nowotny et al. 2004 [2001]) das technokratische Selbstverständnis, nach dem umsetzbare Problemlösungsvorschläge aus den Antworten von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen auf politische Fragen – nach dem Modell des ‚speaking truth to power‘ – gewonnen werden können (s. z.B. Maasen/ Weingart 2005; Neidhardt et al. 2008).

produziert werden,¹⁰⁹ liegt auch die Aufgabe, Handlungssicherheiten herzustellen, nicht in der Kompetenz des Einzelnen; „sie muss gesellschaftlich (u.a. wissenschaftlich/technisch) garantiert werden und wird deshalb zum Politikum“ (Hennen 1994:457).

Dabei kommt dem rechtspolitischen Diskurs eine entscheidende Bedeutung zu, da der Gesetzgeber gesellschaftlich legitimiert ist, in der konkreten Rechtsetzung verbindliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Gesetzlich bindende Entscheidungen trifft der Deutsche Bundestag, dessen rund 600 Abgeordnete Gesetze und Entschlüsse mit Mehrheitsvotum verabschieden. Gesetzgebungsverfahren werden initiiert, indem Gesetzentwürfe dem Plenum vorgelegt werden. Die Bundesregierung, mindestens fünf Prozent der Bundestagsmitglieder oder der Bundesrat sind berechtigt, Gesetzentwürfe ins Plenum einzubringen (Art. 76 Grundgesetz). Im Plenum berät der Bundestag über die eingebrachten Gesetzesanträge. Kernstück der Plenarsitzungen sind die Debatten, in denen Abgeordnete der Fraktionen Redebeiträge vortragen.¹¹⁰ Jeder Gesetzentwurf durchläuft drei Beratungen (Lesungen). In der ersten Lesung wird der Gesetzentwurf an einen oder in der Regel an mehrere Ausschüsse überwiesen.¹¹¹ In den Ausschusssitzungen beraten die Ausschussmitglieder Inhalte und Einzelheiten der Gesetzentwürfe. Die überarbeiteten Gesetzentwürfe kehren nach den Beratungen und gegebenenfalls Überarbeitungen der Fachausschüsse ins Plenum zurück. In der dritten Lesung stimmen alle Abgeordneten über die Gesetzesanträge ab.¹¹²

Da Expertensysteme ständig Unsicherheiten produzieren, für deren Bearbeitung sie selbst keine Instrumentarien besitzen, burden die Expertensysteme den Politikern eine schwierige Aufgabe auf. Trotz ungelöster wissenschaftlicher Unsicherheiten und innerwissenschaftlicher Kontroversen müssen Politiker und Politikerinnen Risiken sowie mögliche Folgeprobleme für die kulturelle Praxis kalkulieren und Entscheidungen treffen, um mögliche Handlungssicherheiten für den Einzelnen zu schaffen (s. z.B. Wehling 2001, 2007).

Für die immer komplexer werdenden Themen der Risikoregulierung suchen politische Entscheidungsträger deshalb Entscheidungshilfen – und greifen dafür wiederum zunehmend auf Wissen der Expertensysteme zurück. Um sich über den Verhandlungsgegenstand zu informieren, führen die beratenden Ausschüsse des Deutschen Bundestages bei fast allen Gesetzentwürfen öffentliche Anhörungen durch (vgl. Schick/Zeh 1999:98).¹¹³ Dafür lädt der Ausschuss Sachverständige ein, die sich in der Regel aus Vertretern der Expertensystemen und Interessenvertretern zusammensetzen. Öffentliche Anhörungen dienen deshalb einerseits der Information der Abgeordneten und schaffen gleichzeitig den Expertensystemen und gesellschaftlichen Interessengruppen ein Forum für Stellungnahmen, die zuvor in der Vorbereitung des Gesetzentwurfs nicht beteiligt waren.¹¹⁴ In den Parlamentsdebatten zum Embryonenschutzgesetz waren mehr als die Hälfte der ein-

109 Die fortschreitende Technisierung des Alltags wird durch zunehmende Abhängigkeit der individuellen Handlungssituation von gesellschaftlichen – also vom einzelnen nicht steuerbaren – Voraussetzungen erkaufte. Handlungen werden durch die Anbindung an Expertensysteme von zeitlich und räumlich entfernten Prozessen abhängig, was Anthony Giddens (1992:21ff) als ‚disembedding‘ bezeichnet.

110 Die Gesamtberatungsdauer wird auf die Redner nach einem festen Schlüssel gemäß dem Stärkeverhältnis der Fraktionen verteilt (Schneider/Zeh 1989:347f.).

111 Die Ausschüsse sind Organe des Parlamentes und entsprechen in ihrer Zusammensetzung den Fraktionsstärken des Plenums (§ 57 Abs. 1, § 12 Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages [GOBT]).

112 Sie treten in Kraft, wenn der Bundespräsident keine rechtlichen Vorbehalte hat, und er das Gesetz unterzeichnete (vgl. Ismayr 2001:290).

113 Die Einladung der Sachverständigen erfolgt nach einer Vorschlagsliste der Fraktionen, wobei die Anzahl der Vorschläge, die eine Fraktion einreichen kann, im Verhältnis zu deren Stärke im Parlament steht.

114 Auch wenn öffentliche Anhörungen eine ausschließlich beratende Funktion besitzen, geht von ihnen eine inhaltliche Wirkung aus, da grundlegende Argumentationen der Politiker häufig auf Anhörungen zurückzuführen sind (vgl. Beyme 1997:241).

geladenen Sachverständigen praktizierende Reproduktionsmediziner und Vertreter aus medizinischen Fachverbänden (insbesondere die Bundesärztekammer und die Deutsche Forschungsgemeinschaft) sowie Juristen (Strafrecht, Familienrecht und Medizinrecht). Vertreter der evangelischen und katholischen Kirche, zwei Betroffenenverbände¹¹⁵ sowie eine Biologin und eine Soziologin waren ebenfalls eingeladen; sie wurden aber wesentlich weniger angehört als die Mediziner und Juristen.

Auch bei den öffentlichen Anhörungen zum Transplantationsgesetz (zwischen 1995 und 1997) fand eine notwendige, aber einseitige Begrenzung der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer statt: Unter den Sachverständigen gehörten die meisten Interessenverbänden an, die am Transplantationssystem selbst beteiligt sind. Neben den Medizinern, welche die heutige Etablierung und Praxis der Transplantationsmedizin mitverantworten, war eine abweichende Perspektive nur von den beiden Betroffenenvertretungen „Kontaktstelle Organspende“ und „Interessengemeinschaft Angehörige“ sowie von den gesellschaftspolitischen Interessenverbänden vertreten.

Aber nicht nur der Ausschuss, sondern auch die Regierung, die Verwaltung oder Interessenverbände (etwa Selbsthilfegruppen, NGOs etc.) berufen sich in politischen Auseinandersetzungen auf Expertenwissen. Politische Akteure konkurrieren dabei um die jeweils neuesten Forschungsergebnisse, was in dem Phänomen der Gegenexpertise deutlich wird.¹¹⁶ Die Konkurrenz um das neueste und deshalb vermeintlich überzeugendste Wissen treibt die Experten über den konsentierten Wissensbereich hinaus. Erkenntnisse, die noch nicht abgesichert sind, weil Kontroversen in den Expertensystemen noch andauern, fließen in die politische Diskussion (Maasen/Kaiser 2005:5). Die Akteure im spätmodernen Prozess der gesellschaftspolitischen Meinungsbildung können somit wissenschaftlich argumentieren, auch wenn Interessen oder Ideologien ausgetragen werden. Dieser Prozess der Politisierung von Wissenschaft verursachte einen dramatischen Autoritätsverlust wissenschaftlicher Politikberatung (Weingart 2001),¹¹⁷ während sich die Präsenz wissenschaftliche Politikberatung im politischen Entscheidungsprozess nach wie vor inflationär verstärkt (Weingart/Maasen 2005). Vor diesem Hintergrund wissenschaftlicher Politikberatung wollen wir die Wissensbestände und Werte im politischen Diskurs über Lebensanfang und -ende des Menschen analysieren.¹¹⁸

Embryonen, Selektion und menschliches Leben

Bereits 1959 thematisierten Ärzte auf dem 62. Deutschen Ärztetag mögliche Missbrauchsgefahren bei der Anwendung reproduktiver Technologien. Aber erst die Sensation des ersten ‚Retortenbays‘ in Großbritannien 1978, an der die Öffentlichkeit großen Anteil nahm, löste eine nachhaltige, gesellschaftspolitische Diskussion um rechtliche Regelungen aus. In der Bundesrepublik dauerte es weitere 13 Jahre, bis am 1.1.1991 das Embryonenschutzgesetz in Kraft trat. Parlamentsdebatten

115 Diese waren die „Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen“ und „Pro Familia“.

116 In der Wissenssoziologie wird die Pluralisierung wissenschaftlichen Expertenwissens hinsichtlich seines Wahrheits- wie auch seiner Wertansprüche als ‚Expertendilemmata‘ bezeichnet (siehe z. B. Mohr 1996; Grunwald 2002).

117 Die Wissenssoziologen Sabine Maasen und Mario Kaiser (2005:2) konstatieren aufgrund dessen eine weitreichende Vertrauenskrise und fragen: „Wie können wir politische Entscheidungen, die angesichts (unsicherer) Wissens und (pluralisierter) Werte getroffen werden müssen, vertrauen?“

118 Für die detaillierte Analyse der Parlamentsdebatten zum Embryonenschutzgesetz, Stammzellgesetz und Transplantationsgesetz unter besonderer Berücksichtigung der kulturellen Konzeption von ‚Person‘ siehe Petersen (2002).

in Bundestag, Bundesrat und im Rechtsausschuss des Bundestages bereiteten die Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes vor.¹¹⁹ Die politischen Diskussionen von 1987-1990 offenbarten, dass für die Bewertung der reproduktiven Technologien die Frage nach dem Lebensbeginn des Menschen im Mittelpunkt stand.¹²⁰

Das erhoffte Resultat reproduktiver Technologien – die Entstehung menschlichen Lebens – wurde im parlamentarischen Diskurs 1990 entsprechend dem jetzigen naturwissenschaftlichen Erkenntnisstand definiert.

„Embryologie und Humangenetik haben uns inzwischen die Kenntnis verschafft, dass bereits die Verschmelzung der Kerne von Ei- und Samenzelle das Genom des späteren geborenen Menschen endgültig festlegt.“ (Günther: 242, 11/73. SdRA)

Die Verschmelzung von je 23 Chromosomen der Mutter und des Vaters definierten viele Stimmen in den Parlamentsdebatten als Zeitpunkt des Lebensbeginns. Gleichzeitig wurde die Verschmelzung mit der Zeugung eines Menschen gleichgesetzt. Es entstehe – wenn es sich entwickelt – neues artspezifisch menschliches Leben, das „gar nichts anderes werden kann als ein Mensch“ (Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland: 306, 11/73. SdRA). Gleichzeitig wurde in der politischen Debatte immer wieder betont, dass bei der Kernverschmelzung die genetische Identität des neuen Individuums endgültig festgelegt werde, da „alle Anlagen ‚im Kern‘ bereits vorhanden sind und nur noch zur Entfaltung zu kommen brauchen“ (Eser: 212, 11/73. SdRA). Menschliches Leben erscheint damit von Anfang an als individuelles Leben, dessen weitere Entwicklung ein kontinuierlicher Entfaltungsprozess der genetischen Information ist. Weitere qualitative ‚Sprünge‘ im Sinne einer Menschwerdung seien nicht mehr festzumachen.¹²¹ Daraus schlussfolgern die Parlamentarier, dass dem Vorkernstadium noch nicht die Qualität menschlichen Lebens zugeschrieben wird, da die Kernverschmelzung, welche die genetische Identität determiniert, noch nicht stattgefunden habe. Der Rechtswissenschaftler Eser (30, 11/73. SdRA) verglich deshalb in der Öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses (1990) den Status des Vorkernstadiums im menschlichen Entstehungsprozess mit menschlichen Keimzellen. Trotz dieser Differenzierung warnte Eser (29, 11/73. SdRA) allerdings davor, ‚Leben‘ gesetzlich definieren zu wollen. Eine überzeugende Lösung sei schwierig, da auch andere Auffassungen über die Frühphase der menschlichen Entstehung existierten.¹²² Der Gesetzgeber könne Lebensschutz auch ohne gesetzliche Definition garantieren,

119 Die mündlichen Parlamentsdebatten umfassen zwei Plenardebatten des Bundestages, eine Aussprache im Bundesrat sowie eine Öffentliche Anhörung des Rechtsausschusses. Für die Einzelheiten des Debattenverlaufs siehe Petersen (2000).

120 Inhaltliche Schwerpunkte in der politischen Diskussion waren die Forschung an Embryonen und Regelungen zur künstlichen Befruchtung sowie Embryoübertragung, wobei insbesondere die Frage nach dem Personenkreis, bei dem die fortpflanzungsmedizinischen Maßnahmen angewendet werden dürfen, kontrovers diskutiert wurde.

121 Indem genetische Prozesse der Reproduktion zunehmend als die grundlegenden ‚natürlichen Fakten‘ anerkannt werden, rücken diese in das Zentrum der euro-amerikanischen Zeugungsvorstellungen, wie Sarah Franklin (1993:533) ausführt: „As ‚natural facts‘, genetic processes are both hierarchically dominant and sequentially prior to the events of fertilisation and conception, thus establishing them as both ontologically and teleologically determining.“

122 Befürworter und Befürworterinnen der Embryonenforschung, wie z.B. die Bundesärztekammer oder die Deutsche Forschungsgemeinschaft (178-195 und 196-207, 11/73. SdRA), formulierten allerdings während der Öffentlichen Anhörung 1990 keine andere Definition, sondern legitimierten die Einschränkung des Lebensrechtes mit hochrangigen Forschungszielen, unter denen die Ursachenforschung zur hohen präimplantativen Verlustrate, zur Entwicklungs- und Krebsgenetik, zur Mehrfachbefruchtung, zur Verbesserung der IVF-Methode und zu neuen Verfahren der Kontrazeption angegeben wurden (vgl. Bundesärztekammer: 179 ff., 11/73. SdRA).

indem er Aktivitäten verhindert, die menschliches Leben verletzen können. Auch die Abgeordnete Schmidt (Bündnis 90/Die Grünen: 108, 11/73. SdRA) bezweifelte während der Öffentlichen Anhörung (1990), dass es einen Konsens über den Beginn des Lebensschutzes gebe. 1987/88 sei es einem englischen Forscherteam gelungen, den Beginn der Aktivität des embryonalen Genoms auf das vier- bis achtzellige Stadium zu terminieren. Wissenschaftler argumentierten aufgrund dieser Forschungsergebnisse, dass erst mit der Tätigkeit der Gene und nicht mit der Kernverschmelzung der Embryo seine Identität erhalte. Leben beginne nach dieser Auffassung erst mit der Genexpression, sodass auch der augenblickliche Forschungsstand, der den Lebensbeginn mit der Kernverschmelzung definiert, nur eine vorläufige Definition liefern könne.

Die Parlamentarier und Parlamentarierinnen haben sich jedoch für eine biogenetische Definition der menschlichen Entstehung entschieden, indem sie die Kernverschmelzung von Ei- und Samenzelle als Zeitpunkt der Embryoentstehung terminierten. In § 8 des Embryonenschutzgesetzes ist diese Definition von ‚Leben‘ durch den Terminus des ‚Embryo‘ gesetzlich verankert. Dementsprechend ist ein Embryo „die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich [...] zu einem Individuum zu entwickeln vermag“. Es ist jedoch zu betonen, dass mit der Definition des Embryos nicht gleichzeitig der Mensch an sich definiert wird, sondern der Zeitpunkt der menschlichen Lebensentstehung. Diese Differenzierung ist entscheidend, wenn man den rechtlichen Status des Embryos in der verfassungsrechtlichen Ordnung betrachtet. Da nicht der ‚Mensch‘, sondern nur der ‚Embryo‘ definiert worden ist, ist die Rechtsnatur des Embryos nicht abschließend geklärt. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Embryo wie der lebende Mensch Grundrechte für sich geltend machen kann. Trotzdem schützt die Gesetzesdefinition den Embryo. Nach Auffassung aller Gesetzesanträge hat er einen schutzwürdigen Status in der verfassungsrechtlichen Ordnung, der aus den objektiven Wertentscheidungen der Grundrechte abgeleitet wird.¹²³ Der Gesetzgeber verpflichtete sich damit selbst, den Schutz der Menschenwürde, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und die Wahrung des Kindeswohles auch dem Embryo gegenüber zu gewährleisten (BT-Drs. 11/5460: 6).

Die Parlamentarier sahen den Schutz des Embryos in vitro massiv gefährdet, da die Fortpflanzungstechnologien eine Vielzahl an neuen Eingriffsmöglichkeiten geschaffen haben. Die Technisierung der Fortpflanzung hat weitreichende Konsequenzen, da eine bewusst gesteuerte Manipulation an dem entstehenden Embryo möglich wird. In fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen kann der Embryo durch selektive Verfahren wie Spenderauswahl oder Präimplantationsdiagnostik manipuliert werden. Die undifferenzierteste Manipulation ergibt sich bei der heterologen Befruchtung, bei der sich stets die Frage nach der Auswahl des „Samenspenders“ stellt.¹²⁴ Die damalige bayrische Staatsministerin Berghofer-Weichner macht in der Bundesratsdebatte (1989) deutlich, dass die gewählten Kriterien immer eine Vorstellung von ‚Qualität‘ beinhalten:

„Die Auswahl des Spenders muß notgedrungen nach bestimmten Kriterien erfolgen, z. B. nach der gesundheitlichen Eignung. Wo aber ist die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit zu ziehen?“

123 Grundrechte sind primär subjektive Rechte der Bürger und Bürgerinnen dem Staat gegenüber. Gleichzeitig enthalten die Grundrechte jedoch auch objektive Wertentscheidungen, die den Gesetzgeber ebenfalls verpflichten, Schutz zu gewährleisten, wenn Verfassungswerte wie die Menschenwürde gefährdet sind (vgl. z.B. Seibert 1986:62).

124 Da Politiker und Politikerinnen aller Fraktionen von vornherein die „Eispende“ ablehnten, wurde in den Parlamentsdebatten ausschließlich über das Problem der „Samenspende“ diskutiert.

Hat z.B. Kleinwuchs unter 1,60 m Krankheitswert? Wie steht es mit dem Intelligenzquotienten als Maßstab geistiger Gesundheit?“ Berghofer-Weichner (350, 11/604.SdBR)

Alle Gesetzesanträge verurteilten Forderungen von Seiten der zukünftigen Eltern, den „Samenspender“ nach ihren Vorstellungen eines ‚Wunschkindes‘ auszuwählen. Da für keinen Gesetzesantrag die anonyme Samenspende in Betracht kommt, um das Recht des Kindes zu schützen, seine genetische Abstammung erfahren zu können, bleibt das Problem der Spenderauswahl in der heterologen Befruchtung bestehen. Die Gesetzesinitiativen, die das heterologe System reglementierten, hielten die Auswahl durch den betreuenden Arzt für die geeignete Lösung, um der nachgefragten Manipulation vorzubeugen.¹²⁵ Als legitim erachtet wurde, dass der Arzt den „Samenspender“ nach den Kriterien der gesundheitlichen Eignung und der äußeren Ähnlichkeit zwischen Spender und Ehemann vornimmt, da dies die Integration des Kindes in die Familie fördere.

Die weitere selektive Möglichkeit eröffnet sich durch die Präimplantationsdiagnostik, bei der eine Selektion direkt am Embryo ansetzt. Der Embryo wird nur transferiert, wenn er bestimmte Kriterien erfüllt, was der Rechtsmediziner Würmeling (36f., SdRA) in der Öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses (1990) als ‚bedingte Zeugung‘ deklariert. Der Embryo werde mit der Absicht erzeugt, ihn nur unter bestimmten Bedingungen am Leben zu lassen. Die Tötung sei von vornherein eingeplant und das Lebensrecht des Embryos werde von seiner Qualität oder der Zahl seiner Geschwister abhängig gemacht. Die Parlamentarier wollen die positive Eugenik mit dem Verbot der Geschlechtswahl verhindern (§ 3 ESchG). In der politischen Diskussion entstehen allerdings Kontroversen über die Zulässigkeit einer Ausnahmeregelung, die von der damaligen Bundesregierung im Embryonenschutzgesetz durchgesetzt worden ist (BT-Drs. 11/8057: 15). Danach ist die Auswahl der Samenzellen nach Geschlecht zulässig, wenn sie dazu dient, eine schwerwiegende geschlechtsgebundene Erbkrankheit des Kindes zu vermeiden. Zielgruppe dieser Vorschrift sind Familien, die ein besonders hohes Risiko für die Geburt eines behinderten Kindes haben, zum Teil schon mehrere behinderte Kinder geboren oder Schwangerschaftsabbrüche hinter sich haben.¹²⁶

Die grüne Abgeordnete Schmidt (1990) bewertete dagegen diese Ausnahmenvorschrift als eine „völlig offene Eugenik“, die das Lebensrecht von behinderten Menschen in Frage stellt, deren Behinderungen die negativen Selektionskriterien vorgeben.

„Für mich ist das unfassbar: Hier wird tatsächlich eine Behinderung zur Meßlatte für eugenische Maßnahmen, die künftig an alle anderen Krankheiten und Behinderungen angelegt werden soll. Daß es dabei um Kranke und Behinderte geht, also um Personen, wird völlig außer Acht gelassen. Menschen, die mit einer Muskeldystrophie leben, sollen sich selbst offensichtlich zukünftig in einem Gesetz wieder finden, das sie klar und deutlich als Objekte legitimer negativer Selektion, als – ich sage das ganz deutlich – der Ausmerzewert definiert. Meines Wissens wird hier zum ersten Mal seit 1945 der Versuch gemacht, in einem Gesetz offiziell eine spezifische Behinderung zu nennen, deren Auftreten selektive Maßnahmen rechtfertigen soll. Das NS-Gesetz zur Verhütung erbkranken

125 Gesetzesanträge der damaligen Bundesregierung regelten die heterologe Insemination allerdings nicht, ebenso ist im verabschiedeten Embryonenschutzgesetz keine Regelung enthalten. Andere Entwürfe wie der Bayerische Entwurf für den Bundesrat von 1988 (BR-Drs. 535/88: 19ff.) und die SPD-Fraktion von 1989 (BT-Drs. 11/5710: 12) votierten dagegen für ein Totalverbot des heterologen Systems.

126 Da die Präimplantationsdiagnostik nur bei in-vitro-fertilisierten Embryonen möglich ist, erschließt die Präimplantationsdiagnostik der Reproduktionsmedizin eine neue Patientengruppe: Paare, die ohne medizinische Hilfe Kinder bekommen können, werden bei dem Wunsch nach Präimplantationsdiagnostik zu IVF-Patienten.

Nachwuchses von 1933 war bislang das einzige Gesetz, in dem in einem Paragraphen, die für die Zwangssterilisation in Frage kommenden Krankheiten präzise angeführt wurden.“ (Schmidt (Grünen), 18213f., 11/230.SdBt)

Durch den Vergleich zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1933 appellierte die Abgeordnete Schmidt unmissverständlich an die Verantwortung des bundesdeutschen Gesetzgebers, eine historische Entwicklung wie in der Zeit des Nationalsozialismus nicht zuzulassen. Das damalige NS-Gesetz hatte die positive Eugenik durch Zwangsterilisationen umgesetzt, welche die Vererbung von Erbkrankheiten von vornherein unmöglich machen sollte. Vor diesem historischen Schreckensszenario schürten die Missbrauchsgefahren in den Parlamentsdebatten Ängste, die Politiker und Politikerinnen aller Fraktionen immer wieder thematisierten.¹²⁷

„Wenn wir nicht aufpassen, können die neuen Techniken bei der künstlichen Befruchtung zu einem Einfallstor für die Konstruktion neuer Menschen werden, also die Erschaffung eines Homunkulus, den wir aus Goethes' Faust kennen, der aber in die Reichweite des technisch Machbaren kommt.“ (Däubler-Gmelin (SPD), 18209, 11/230. SdBt)

Der Mensch wird vollends zum fremd konzipierten Homunkulus, wenn er genetisch manipuliert und optimiert wird. Mit vielfachen impliziten Bezügen zur deutschen Vergangenheit wehrten sich die Parlamentarier vehement gegen die optimierten Züchtung des Menschen und wollen rechtzeitig jede Form der genetischen Manipulation abwenden: „Die Hybris, einen vermeintlich vollkommenen Menschen züchten zu können, dürfen wir nicht zulassen“, fordert beispielsweise der damalige Justizminister Engelhard (CDU, 14166, 11/183.SdBt) in der ersten Beratung zum Embryonenschutzgesetz (1989). Die Manipulation der menschlichen Zeugung zu verhindern, wurde infolgedessen handlungsleitend für den Gesetzgeber. Jede Form des Experimentierens, die ein Einfallstor in die Menschenzüchtung darstellen könnte, wird von den Parlamentariern aller Parteien abgelehnt. In den Gesetzesanträgen wurde einheitlich ein Forschungsverbot an Embryonen ausgesprochen, da ‚verbrauchende Embryonenforschung‘ mit dem Verfassungswert des Rechtes auf Leben und körperliche Unversehrtheit unvereinbar erschien.¹²⁸ Da wegen der Unantastbarkeit der Menschenwürde ‚menschliches Leben grundsätzlich nicht zum Objekt fremdnütziger Zwecke gemacht werden darf‘ (BT-Drs. 11/5710: 14), wird auch die gezielte Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken verboten. Schon im Vorfeld soll die Produktion so genannter ‚überzähliger‘ Embryonen verhindert werden, indem eine ‚künstliche‘ Befruchtung nur zum Zweck der Übertragung auf eine Frau durchgeführt werden darf, was in § 1 und § 2 des Embryonenschutzgesetzes umgesetzt wurde.

Auch das Klonen und die Produktion von Chimär- und Hybridwesen wurden in Bezug auf die Verletzung der Menschenwürde beurteilt und aus diesem Grund unter Strafe gestellt (§ 6 und 7 ESchG). Da ein gezielter Gentransfer in menschliche Keimbahnzellen derzeit noch nicht möglich ist und irreversible Schäden für die Embryonen auftreten könnten, sind nach einstimmiger Auffassung in den Gesetzesanträgen, künstliche Veränderungen menschlicher Keimbahnzellen ebenfalls

127 Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen forderte 1989 gar ein Totalverbot, da es keine geeigneten Kontrollmöglichkeiten gebe, um den Missbrauch zu verhindern (vgl. Schmidt, 14172f., 11/183. SdBt).

128 Die Bundesrepublik schlug mit einem Totalverbot der Embryonenforschung einen Sonderweg ein. Das Embryonenschutzgesetz gilt als eines der restriktivsten Gesetze im internationalen Vergleich (vgl. Kapitel I). In Großbritannien beispielsweise sind Forschungen an Embryonen unter einem Genehmigungsverfahren bis zum 14. Tag möglich (Seesing (CDU): 18208, 11/230. SdBt).

mit dem objektiv-rechtlichen Gehalt des Lebensschutzes und der Menschenwürde nicht zu vereinbaren, zumal auch künftige Generationen betroffen sein können. Dies wurde 1988 noch mit der Argumentation bekräftigt, dass „das Grundgesetz von einem Menschenbild ausgeht, bei dem der Mensch ein nicht in seinen Erbanlagen manipuliertes Wesen ist“ (BR-Drs. 535/88: 41). Ein effektiver Schutz dieses Menschenbildes verlange bereits im Vorfeld ein Verbot, Keimbahnzellen künstlich zu verändern, und nicht erst ein Verbot, künstlich veränderte Keimbahnzellen zu verwenden. In diesem Konsens der Totalverbote genmanipulativer Eingriffe wird die Bedeutung der genetischen Identität für das Menschsein offensichtlich.

„Über Generationen hinweg ist es [...] zu Mutationen – also Veränderungen innerhalb der einzelnen Gene – gekommen, die sich nicht nachteilig im Sinne eines Erleidens ausgewirkt haben, wohl aber für die Individualität des einzelnen Menschen bedeutsam sein können. Ein Austausch von Genen mit dem Ziel, ein monogenes Erbleiden zu verhindern, kann deshalb zugleich dazu führen, die Ausprägung eigener individueller Merkmale auszuschließen.“ (Bundesministerium der Justiz 1987:361)

Da eine gentechnologische Heilbehandlung auch in individuelle Merkmalsausprägungen der genetischen Identität eingreifen kann, die nicht im Zusammenhang mit einem Erbleiden stehen, wurde die künstliche Veränderung menschlicher Keimbahnzellen schon vor der Experimentierphase abgelehnt (§ 5 ESchG).

Mit der Bereitschaft aller Politiker, die menschliche Entstehung nach dem biogenetischen Zeugungsmodell zu definieren, ist die Gametenverschmelzung der eigentliche Zeugungsakt (siehe Kapitel II), der neues menschliches Leben hervorbringt. Da mit der Kernverschmelzung die genetische Identitätsbildung abgeschlossen ist, wurde dieser Zeitpunkt als Zeitpunkt der menschlichen Lebensentstehung in der Definition des Embryos (§ 8 ESchG) festgelegt. Damit hat der Gesetzgeber den Beginn des menschlichen Lebensschutzes – nicht aber den Beginn des Menschseins an sich – terminiert. Auch wenn das Embryonenschutzgesetz damit nicht den rechtlichen Status des noch nicht geborenen Menschen abschließend klärt, hat der Gesetzgeber zweifelsfrei anerkannt: Menschliches Leben genießt von der Kernverschmelzung an den Schutz der Verfassung. Der deutsche Gesetzgeber sah deshalb seine vornehmliche Aufgabe darin, genetische Manipulationen jeglicher Art – von der Keimbahntherapie bis zur Spenderauswahl – mit Hilfe des Embryonenschutzgesetzes zu verhindern.

Embryonen und der Druck der internationalen Stammzellforschung

Zehn Jahre nach Inkrafttreten des Embryonenschutzgesetzes war der Gesetzgeber erneut gefordert: Neue wissenschaftliche und technologische Entwicklungen stellten die restriktiven Verbote wieder in Frage. Neben der Präimplantationsdiagnostik war im Zentrum der politischen Diskussion die Stammzellforschung, die in die Schlagzeilen geraten war (siehe Kapitel I).¹²⁹ In der Grund-

129 Stammzellen sind Zellen, die sich durch Zellteilung selbst erneuern und sich in unterschiedlich spezialisierte Zelltypen differenzieren können. Nach ihrer Herkunft unterscheidet man: embryonale Stammzellen aus Embryonen, die durch In-vitro-Fertilisation entstanden sind; durch Zellkernttransfer erzeugte embryonale Stammzellen; embryonale Keimzellen aus Schwangerschaftsabbrüchen, neonatale Stammzellen aus Nabelschnurblut und adulte Stammzellen, die gewebespezifisch und bis ins Erwachsenenalter zu finden sind. In der öffentlichen Diskussion über Stammzellforschung sind in der Regel die embryonalen Stammzellen gemeint. Sie werden aus der inneren Zellmasse der Blastozyste gewonnen. Mittlerweile gibt es Stammzelllinien, die unter entsprechenden Bedingun-

satzdebatte, die zehn Jahre nach Inkrafttreten des Embryonenschutzgesetzes im Deutschen Bundestag am 31. Mai 2001 geführt wurde, forderten Parlamentarier und Parlamentarierinnen erstmals eine Nachbesserung des Embryonenschutzgesetzes.¹³⁰

„Die letzten Monate haben gezeigt, dass wir wertvolle Chancen ignorieren würden, wenn wir uns nur mit einem Teil der Zellen, den erwachsenen Stammzellen, beschäftigen würden. Wir können und wollen die Möglichkeiten der embryonalen Stammzellen nicht außen vor lassen.“ (Flach (F.D.P.) 16904, 14/173. SdBT)

Politiker betonten in diesem Zusammenhang die etablierte Forschungspraxis im Ausland, die für deutsche Wissenschaftler nicht nur Konkurrenz darstellt. Der Abgeordnete Lensing (16914, 14/173. SdBT) verwies auf Wertungswidersprüche, die sich aus der deutschen Insellösung ergeben: Der Austausch mit internationalen Wissenschaftlern werde eingeschränkt, da sich die Frage nach der Verwertung von Ergebnissen stellt, die in Deutschland unter das Forschungsverbot fallen. „Mit bloßen Diffamierungen oder einer einseitigen Verweigerungshaltung geraten wir schnell ins Abseits und verlieren so auch jede Chance, mit unseren Beiträgen – gleich welcher Art – überhaupt noch wahrgenommen zu werden“, orakelt Lensing. Damit deutsche Wissenschaftler nicht aus der ‚internationalen community‘ herausfallen, warben viele Stimmen in der Plenardebatte um mehr Vertrauen in Forschung und Wissenschaft. Es gebe in Deutschland eine Scientific Community mit hervorragenden Forschern, die selbst begriffen hätten, wo die Grenzen von verantwortbarer Forschung liegen. „Verehrte Kolleginnen und Kollegen, der Blick auf einen einzigen – katastrophalen – Abschnitt der deutschen Geschichte darf uns das Vertrauen in die deutsche Forschungslandschaft nicht verbauen“, betont beispielsweise Abgeordnete Gerhards ((F.D.P.), 16897f., 14/173. SdBT). Er wehrte sich wie viele Politiker dagegen, die heutige Wissenschaft mit den Verbrechen, die im Nationalsozialismus im Namen der Wissenschaft begangen wurden, gleichzusetzen. „Das hat nichts miteinander zu tun“, erklärt auch der Abgeordnete Tauss (16926, 14/173. SdBT) unmissverständlich. Wie viele andere, versuchte er die deutsche Wissenschaft von der Bürde der Vergangenheit zu befreien und in die Gegenwart zurückzuholen. Infolgedessen wurde die Wissenschaft ethisch positiv besetzt.

„Man darf den Forschern, die beispielsweise große Hoffnungen in die Stammzellenforschung setzen, nicht pauschal dunkle, unethische Motive unterstellen. Es mag auch unter Wissenschaftlern Aufschneider und Scharlatane geben, aber die allermeisten forschen Tag für Tag mit dem großartigsten Ziel überhaupt, nämlich Menschenleben zu retten. Dafür haben sie Respekt und Anerkennung verdient.“ Schröder ((SPD), 16893, 14/173. SdBT).

Die embryonale Stammzellforschung wird damit auf eine neue Legitimationsgrundlage gestellt: den ärztlichen Heilauftrag. Viele Politiker argumentierten, dass bisher unheilbare Krankheiten wie Alzheimer, Parkinson, Mukoviszidose oder Multiple Sklerose in Zukunft geheilt werden könnten, wenn mit Hilfe der Stammzellforschung neue Behandlungsverfahren entwickelt werden. In den Parlamentsdebatten zum Embryonenschutzgesetz war dem Embryo auf der Grundlage der Men-

gen in vitro vermehrt und dauerhaft in undifferenziertem Zustand kultiviert werden können (vgl. Deutscher Bundestag 2002:23f.).

130 Diese Parlamentsdebatte (14/173. SdBT) analysieren wir beispielhaft für den erneuten parlamentarischen Diskursverlauf, der schließlich in der Verabschiedung des Stammzellgesetzes endete (vgl. Kapitel I).

schenwürde ein schutzwürdiger Status zugesprochen worden, der den Lebensschutz des Embryos auch über die Interessen der Patienten, die an unheilbaren Krankheiten leiden, stellte. „Das Recht erbkrankter Menschen, durch weitere Forschung gerettet zu werden, hat auch den Wert menschlichen Lebens an seiner Seite“, urteilte der damalige Bundeskanzler Schröder hingegen 2001. Da das Leben für den Embryo als auch für den chronisch Kranken zur Disposition steht, sind deren Interessen gleichberechtigt. Da Stammzellforschung derzeit zur medizinischen Grundlagenforschung zählt, fordern Politiker die Interessenabwägung auch für die Forschung ein, die nur mittelbar und in noch nicht absehbarer Zukunft auf Patienteninteressen ausgerichtet ist. Befürworter erachteten es für den wissenschaftlichen Fortschritt als notwendig, die embryonale Stammzellforschung unter bestimmten Voraussetzungen zuzulassen. Als politische Lösung wurde favorisiert, die Zulässigkeit der Forschung auf so genannte ‚überzählige‘ Embryonen zu begrenzen, die während einer ‚künstlichen Befruchtung‘ (z.B. aus gesundheitlichen Gründen) nicht übertragen werden können.¹³¹ Diese Forderungen wurden jedoch bislang nicht umgesetzt und das Embryonenschutzgesetz ist nach wie vor in Kraft. Im Januar 2002 diskutierte der Deutsche Bundestag aber bereits über eine so genannte ‚Lücke‘ im Embryonenschutzgesetz: den Import von embryonalen Stammzellen für Forschungsvorhaben. Die Abgeordneten votierten für den Entschließungsantrag der Abgeordneten Böhmer et al. (BT-Drs. 14/8102), der einen restriktiven Import von Stammzellen aus bereits existierenden Stammzelllinien nach Deutschland zulässt. Im Jahr 2008 wurden die Restriktionen schon wieder in Frage gestellt. Das Parlament stimmte für eine – vorerst – einmalige Verschiebung des so genannten Stichtags. Seit der Gesetzesnovellierung dürfen in Deutschland auch Stammzelllinien zu Forschungszwecken eingeführt werden, die vor dem 1. Mai 2007 (zuvor: 1. Januar 2002) im Ausland hergestellt wurden (vgl. Kapitel I).

Der „Hirntod“: das Zerbrechen der „leiblich-seelischen Einheit“

Die politische Diskussion um ein bundesdeutsches Transplantationsgesetz hatte bereits in den 1970er Jahren begonnen. 1979 legte die damalige Bundesregierung einen Gesetzentwurf (BT-Drs. 8/2681) vor, der die Widerspruchslösung favorisierte, wonach Organe entnommen werden können, wenn der „Hirntote“ nicht zu Lebzeiten Widerspruch eingelegt hat. Der Bundesrat unterbreitete daraufhin dem Plenum in einer Stellungnahme einen Gegenentwurf zugunsten einer erweiterten Zustimmungslösung (BR-Drs. 395/78). Die intensive Plenaraussprache und die darauffolgende Überweisung an den Rechtsausschuss führten jedoch nicht zu einem Ende des Gesetzgebungsverfahrens, da die Gesetzesinitiative vor Ende der Legislaturperiode nicht mehr in den Bundestag zurückkehrte.

Die Wiedervereinigung 1990 ließ eine einheitliche bundesweite gesetzliche Regelung notwendig werden, da in den neuen Bundesländern durch die DDR-Gesetzgebung nach der Widerspruchslösung transplantiert wurde, in den alten Bundesländern sich dagegen die erweiterte Zustimmungslösung in der medizinischen Praxis etabliert hatte. Die Transplantationsmedizin in Ost und West differierte somit in der Frage der Zustimmungsvoraussetzung für eine Organentnahme, die im gesellschaftspolitischen Diskurs sehr kontrovers diskutiert wurde. Die andere große Kontroverse, die

131 Kritische Stimmen sahen darin allerdings den ersten Schritt einer kontinuierlichen Ausweitung und damit Standardisierung ‚verbrauchender‘ Embryonenforschung. Es würde die Begehrlichkeit geweckt, zusätzliche Embryonen herzustellen; „denn nach dem Verbrauch sogenannter überzähliger Embryonen wird man entgegen der Rechtslage ihre Herstellung für die Forschung nicht mehr aufhalten können“ (Eichborn, 16908, 14/173. SdBt).

Bewertung des „Hirntodes“ für die Zulässigkeit einer Organentnahme, führte zu einer derartigen Polarisierung in der Öffentlichkeit, dass sich in den Parlamentsdebatten zum bundesdeutschen Transplantationsgesetz ein Grabenkampf in der Auseinandersetzung über den Tod des Menschen entwickelte.

Die politische Entscheidung für ein bundeseinheitliches Transplantationsgesetz konkretisierte sich in der 99. Sitzung des Deutschen Bundestages am 19. April 1996, in welcher das Parlament zwei Gesetzentwürfe in erster Lesung beriet und in die Beratung an den federführenden Gesundheitsausschuss überwies: Einen Entwurf von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und einen interfraktionellen Entwurf von CDU/CSU, SPD und F.D.P., der als „Omnibus-Modell“ zwei Lücken aufwies, die durch gesonderte Gruppenanträge im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ergänzt werden sollten. Die beiden Lücken klammerten die strittigen Fragen der Bewertung des „Hirntodes“ und der Einbeziehung der Angehörigen bei der Zustimmung für eine Organentnahme aus, über die keine interfraktionelle Einigung erreicht werden konnte. Um die Lücken zu füllen, wurden von einzelnen Abgeordneten drei unterschiedliche Entschließungsanträge eingebracht (s. Tabelle 3 auf der folgenden Seite).¹³²

123 Um sich über die Problematik informieren zu können, führte der Gesundheitsausschuss insgesamt drei Öffentliche Anhörungen durch, eine fand bereits in Vorbereitung zum Gesetzesverfahren am 28.06.1995 statt, zwei weitere am 25.09. und 09.10.1996. Diskutierte Anhörungsthemen waren die Bewertung des „Hirntodes“, die Einbeziehung der Angehörigen bei der Zulässigkeit einer Organentnahme, die Bewertung der „Lebenspende“ und Verteilungskriterien für Transplantate.

Kurzbezeichnung	Gesetzentwurf der Grünen	Entschließungsantrag, ethikorientiert	Entschließungsantrag, praxisonorientiert	interfraktioneller „Omnibus“-Gesetzentwurf
Nr.	BT-Drs. 13/2926	BT-Drs. 13/4114	BT-Drs. 13/6591	BT-Drs. 13/4355
Einreichende Abgeordnete	Knoche, Häfner, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen	Wodarg, Däubler-Gmelin, Schmidbauer u. a.,	v. Klaeden, Schmidt-Jortzig, Götzer u.a.	Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.
Inhalte	Definition unzulässiger Transplantate: Gehirn, Hirnteile oder Hirngewebe, Embryonen sowie innere Geschlechtsorgane	Feststellung medizinisch und gesellschaftlich anerkannter Todeszeichen bei empfindlichen Organen wie Herz, Leber, Lunge, Niere etc. Feststellung des Hirntodes, der als Beginn des irreversiblen Sterbeprozesses definiert wird	Nachweis des irreversiblen Atmungs- und Kreislaufstillstand und/oder Nachweis des irreversiblen Ausfalls aller Hirnfunktionen	menschliche Organe, Organteile und Organgewebe, ausgenommen Blut, Knochenmark sowie embryonale und fetale Organe
a) Anwendungsbereich	irreversibler Ausfall aller messbaren Hirnfunktionen und/oder irreversibler Herz-Kreislaufstillstand	Feststellung des Todes durch Nachweis des irreversiblen Ausfalls der Hirnfunktionen und/oder irreversibler Herz-Kreislaufstillstand	Anerkennung des Hirntodes als sicheres Todeszeichen, Definition des Todes wird gesetzlich festgelegt	
b) Voraussetzung für Organentnahme	Der Hirntod ist legales Entnahmekriterium, aber nicht der Tod des Menschen	Akzeptanz des Hirntodes als Entnahmekriterium, keine Definition des Todes		
c) „Lebendspende“	nur unter Verwandten 1. und 2. Grades zulässig	enge Zustimmungslösung, die in schriftlicher Niederlegung angestrebt wird; Angehörige können jedoch eine mündliche Erklärung bezeugen		unter Verwandten 1. und 2. Grades sowie Personen in offenkundiger Verbundenheit zum Empfänger
d) Zustimmungslösung	enge Zustimmungslösung; Ausnahme: stellvertretende Zustimmung der Eltern bei Kindern unter 16 Jahren	enge Zustimmungslösung, die in schriftlicher Niederlegung angestrebt wird; Angehörige können jedoch eine mündliche Erklärung bezeugen	erweiterte Zustimmungslösung	
Abstimmung	abgelehnt	abgelehnt	angenommen	angenommen

Tabelle 3: Inhalte der Gesetzesentwürfe und Entschließungsanträge zum Transplantationsgesetz von 1997.

Inhaltlich konzentrierten sich die Parlamentsdebatten zum Transplantationsgesetz auf die Bewertung des menschlichen Lebensendes. Von den Kriterien des irreversiblen Hirnversagens wurde die Berechtigung abgeleitet, einem Menschen durchblutete Organe zu entnehmen. Die Bewertung und letztlich die Definition dieses körperlichen Zustandes entscheidet deshalb über die Legitimation der Organtransplantation. Wie in der Diskussion um das Embryonenschutzgesetz stand somit nicht nur die zeitliche Dimension des Lebens (Eintritt und Austritt) im Mittelpunkt der politischen Auseinandersetzung. Die Politiker verhandelten vielmehr über die Kriterien, die das Leben an sich ausmachen. „Der Tod kann begrifflich nicht für sich allein, nicht als etwas Eigenständiges bestimmt werden, sondern nur vom Leben her als Verlust, als Ende des Lebens“, urteilt der Mediziner Angstwurm (1995) in seiner schriftlichen Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung der 17. Sitzung des Gesundheitsausschusses (Ausschuss-Drs. 13/114: 5). Der Tod wird damit von der Bewertung des Lebens abhängig. Um den Tod vom Leben abzugrenzen, wurde in der Diskussion zum Transplantationsgesetz der Mensch als „leiblich-seelische Einheit“ beschrieben. Auf diesem Körperbild gründet sich sowohl die Befürwortung als auch die Ablehnung des Hirntodkonzeptes.

„Ich denke, die Medizin hat sich vom 19. zum 20. Jahrhundert so gewandelt, dass von einem relativ engen naturwissenschaftlichen und materialistischen Weltbild aus wir uns im 20. Jahrhundert – wenn auch mühsam – dahin durchgerungen haben, dass der Mensch grundsätzlich von Anfang bis Ende eine leib-seelische Einheit ist und auch bleibt.“ (Dörner, 19, 13/64. Sitzung des Gesundheitsausschusses, öffentliche Anhörung [SdGA])¹³³

Die Metapher der „leiblich-seelischen Einheit“, die in den Parlamentsdebatten von vielen Rednern als feststehender Terminus eingebracht wurde, verweist nicht nur auf die Existenz des Menschen, sondern gleichzeitig auf das menschliche Sein. Der Mensch sei – so philosophiert der Abgeordnete Scholz (1997) während der zweiten Lesung des Transplantationsgesetzes (CDU: 16421, 13/183. SdBt) – „auf der einen Seite physische Existenz und auf der anderen Seite die geistig-individuelle Sinnhaftigkeit die Persönlichkeit“. Auch dem verfassungsrechtlichen Menschenbild wurde in der ersten Beratung zum Transplantationsgesetz (1996) die ganzheitliche Konzeption der „leiblich-seelischen Einheit“ zugrunde gelegt (vgl. Knoche (Bündnis 90/Die Grünen): 8825, 13/99. SdBt). Der leiblich-körperliche und seelisch-geistige Teil des Menschen sind nach diesem zugrundeliegenden, gemeinsamen Körperbild nicht dualistisch zusammengeführt, sondern in einem dialektischen Spannungsverhältnis miteinander verwoben. Der Mensch sei damit weitaus mehr als die Summe seiner Teile (Schockenhoff: 381-82, 13/17. SdGA). Sie bilden eine integrierte Einheit, die erst den Menschen als Individuum erschafft. Die „leiblich-seelische Einheit“ konstituiert damit das entscheidende Wesensmerkmal des Menschen: seine Individualität, wie es der Sachverständige Geisler (1995) auf der ersten Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses formulierte:

„Der Mensch als einmaliges und unverwechselbares Geschöpf wird nicht nur durch sein Gehirn sondern auch durch seinen Leib repräsentiert.“ (Geisler: 365, 13/17. SdGA)

133 Medizinethnologen weisen die Biomedizin westlicher Gesellschaften jedoch – trotz Dörners Postulat – nach wie vor als ein materialistisch dominiertes Medizinsystem aus, wobei dem Sichtbarmachen von Phänomenen (wie beispielsweise Krankheiten oder Krankheitsursachen) eine besondere Bedeutung zukommen (s. z. B. Gordon/Lock 1988; Kleinmann 1995; Lupton 1995).

Die politischen Meinungen schieden sich jedoch an der Frage, ob diese „leiblich-seelische Einheit“ zerbrechen und sich auflösen könne. Dies ist – in unserer Terminologie – die Frage nach der Parzellierung des Körpers und der Hierarchisierung seiner Teile sowie nach der Möglichkeit einer Trennung des Körpers vom Leib. Ein politisches Lager bejahte diese Frage und setzte den „Hirntod“ mit dem Tod des Menschen gleich, indem sie auf die herausragende Bedeutung des Gehirns für das Gesamtsystem verwies: Das Gehirn steuere die übrigen Organsysteme des Körpers und ermögliche damit erst die Integration des Menschen zu einer Einheit (Schockenhoff: 381, 13/17. SdGA). Darüber hinaus seien neben der Steuerungsfunktion auch das Bewusstsein, Empfindung, Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung an das Gehirn gebunden (Phillips (CDU/CSU): 8820-21, 13/99. SdBT). Das Gehirn sei „die notwendige und unersetzliche körperliche Grundlage für alles, was an ihm unstofflich ist“ (Angstwurm: 357, 13/17. SdGA), sodass das Gehirn über seine Funktionen die ‚Geistigkeit‘ des Menschen möglich mache.

„Mit dem Hirntod fehlt dem Menschen die unersetzbare und nicht wiederzuerlangende körperliche Grundlage für sein geistiges Dasein in dieser Welt. Der unter allen Lebewesen einzigartige menschliche Geist ist körperlich ausschließlich an das Gehirn gebunden“ (gemeinsame Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, zitiert 1996 von Phillips (CDU/CSU): 8820-21,13/99. SdBT).

Die Entwicklung der modernen Medizin hin zur Transplantationsmedizin nicht zu akzeptieren, bedeute vielmehr „die Medizin auf den Kopf zu stellen und wieder zu dem zurückzugehen, was im Mittelalter vertreten wurde, als die Medizin noch der Meinung war, dass im Herzen die Seele oder der Geist des Menschen ihren Sitz hätte. Das wäre nicht moderne Medizin, sondern Rückschritt“, erklärt 1997 der Abgeordnete Knaape ((SPD): 16448-9, 13/183. SdBT).

Die entscheidende Schlussfolgerung der „Hirntod“-Befürworter war, dass bei Eintreten des irreversiblen Hirnversagens (dem „Hirntod“) das Gehirn biologisch nicht mehr in der Lage sei, seine Aufgaben für den übrigen Körper und für den Menschen als Ganzes zu erfüllen. Dies gehe demnach über ein Organversagen hinaus, da nach Ausfall der Hirnfunktionen keine intensivmedizinische Maßnahme diese das Menschsein charakterisierenden Wesensmerkmale ersetzen könne (Vilmar: 386, 13/17. SdGA): Die geistige Steuerung als Ausdruck des Menschseins werde unmöglich.

„Das Gehirn ist von der Durchblutung abgekoppelt, seine Zellen zerfallen, auch wenn der übrige Körper noch künstlich durchblutet wird. Die Situation wird von Medizinern mit dem Begriff ‚Innere Enthauptung‘ umschrieben. Anders als andere Organe wie das Herz, Lunge, Niere, usw. ist das Gehirn in seiner Funktion insgesamt weder durch technische Apparate noch durch eine Transplantation ersetzbar. Die intensivmedizinische Aufrechterhaltung von Kreislauf und Atmung für einen begrenzten Zeitraum ändert an dieser Unersetzlichkeit des Gehirns nichts.“ (BT-Drs. 13/4368: 4)

Schlussfolgerung ist, dass im „Hirntod“ die „leiblich-seelische Einheit“ des Menschen bereits zerbrochen sei: „Mit Eintritt des Hirntodes ist die Rückkehr zum Leben mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen. Es ist weltweit kein Fall bekannt, wo nach Feststellung des Hirntodes eine Besserung eingetreten ist“, betont Abgeordneter Schäfer (SPD): 16433, 13/183. SdBT) 1997 in der zweiten Beratung des Transplantationsgesetzes.

Tot bei ‚lebendigem Leib‘?

Mit Hilfe der Intensivmedizin leben die Organe im noch durchbluteten Körper weiter, was eine Verpflanzung von einzelnen Organen in einen anderen Menschen überhaupt erst möglich macht. Dieser „organlebende Körper“ (Hirsch (FDP): 16440, 13/183. SdBt), der jedoch nicht mit dem Menschen an sich gleichzusetzen sei (Eigler: 362, 13/17. SdGA), weist noch Reaktionen auf, die Verunsicherungen über den „Hirntod“ als Tod des Menschen hervorrufen. Diese könnten, so die „Hirntod“-Befürworter, jedoch aufgrund der noch bestehenden Organfunktionen medizinisch erklärt werden.¹³⁴ Beispielsweise könnten auch nach Eintritt des „Hirntodes“ noch spontane oder auf äußere Reize ausgelöste Bewegungen der Extremitäten auftreten, wie die Abgeordnete Philipps ((CDU/CSU): 8821, 13/99. SdBt) in der ersten Beratung zum Transplantationsgesetz 1996 erläutert:

„Diese Phänomene, wie zum Beispiel das langsame Hochheben der Arme und Gehbewegungen, finden ihre Erklärung in einem Wegfall hemmender Einflüsse des Gehirns auf das Rückenmark. Dies führt zu einer ‚Enthemmung‘ spinaler Reflexschablonen, wie sie auch nach einem vorübergehenden Schockzustand bei einer Querschnittslähmung beobachtet wird. Es spricht nicht gegen den Hirntod, sondern eher für ein für diesen typisches Zeichen, wenn die Muskeleigenreflexe normal oder sogar gesteigert auslösbar sind.“

Auch ein Blutdruckanstieg, der häufig bei der Organentnahme beobachtet wird, sei kein Ausdruck einer Schmerzreaktion, da das Empfinden von Reizen zu Angst oder Schmerz an ein funktionierendes Gehirn gebunden sei. Neurologisch werde dies aufgrund der Erfahrungen mit Querschnittsgelähmten, die eine komplette Durchtrennung des Halsmarkes erlitten haben, bewiesen. Diese Patienten könnten am Bauch operiert werden, ohne dabei Schmerzen zu empfinden, obwohl auch die Querschnittsgelähmten mit hohem Blutdruckanstieg reagierten. „Das ist das gleiche wie bei Hirntoten, die, weil das Rückenmark im Gegensatz zu den klassisch Toten durchblutet ist, eben auch über solche Rückenmarksreflexe solche – von den Hirntod-Kritikern Schmerzreaktionen genannte – Blutdruckanstiege aufweisen können“, kommentiert der Sachverständige Link (14, 13/64. SdGA) während der zweiten Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses 1996.

Auch das Auftreten von Hypophysenhormonen im Blutspiegel eines „Hirntoten“ widerspreche nicht der „Hirntod“-Diagnose, da medizinisch nachgewiesen worden sei, dass diese Hormone durch die Hypophyse abgegeben werden, ohne dass Gehirnzentren die Hormonausschüttung steuerten (vgl. Pichlmayr: 427/28, 13/17. SdGA). Nach dem „Hirntod“ bleibe somit ein noch durchbluteter Körper zurück, der auf der Ebene des vegetativen Nervensystems reagieren und auch Schwangerschaften austragen könne. Diese „leere Körperhülle“ (Schöne-Seifert: 384, 13/17. SdGA) habe jedoch ihre Beseeltheit verloren, da „mit dem irreversiblen Hirnversagen geistige Steuerungsfähigkeit als Ausdruck des Menschseins unmöglich wird“ (Schmidt-Jortzig (FDP): 8839, 13/99. SdBt). Eine Rückkehr zum Leben sei danach nicht mehr möglich: Der Mensch ist auf Grundlage dieses additiven Körperbildes durch den Eintritt des „Hirntodes“ tot.

Die „Hirntod“-Kritiker warfen dieser Argumentation einen Rückfall in einen kartesischen Dualismus vor: Das Gehirn sei wichtiger als der Körper (Mieth: 378, 13/17. SdGA). Ihrer Ansicht

¹³⁴ Siehe hierzu auch die Aufklärungsschriften der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

nach beinhaltet das ganzheitliche Konzept der „leiblich-seelischen Einheit“ des Menschen, dass das Menschsein nicht mit der Tätigkeit des Gehirns ende, da „der Mensch sich nicht nur in seinem Bewusstsein verwirklicht, sondern auch in seiner körperlichen Erscheinung, in seinem Körper“ (Häfner (Bündnis 90/Die Grünen): 16444, 13/183. SdBt). Diese „leiblich-seelische Einheit“ könne deshalb nicht in Geist und Körper aufgebrochen werden (vgl. Höfling: 5, 13/64. SdGA). Nach dem ganzheitlichen Körperbild ist und bleibt der Mensch die Summe seiner Teile bis zu seinem Tod. Auch wenn ein Patient aufgrund eines Hirnversagens beatmet werden muss, da er bewusstlos und tief komatös ist, seien seine Körperreaktionen mit Todeszeichen unvereinbar. Der Abgeordnete Wodarg ((SPD): 16409, 13/183. SdBt) zeichnet das Bild eines „Hirntoten“ während der zweiten Beratung des Transplantationsgesetzes 1997:

„Reflexe, die auf ein intaktes Rückenmark schließen lassen, zeigen sich noch: der Kniesehnenreflex zum Beispiel, eine Erektion ist noch möglich und andere im Rückenmark koordinierte Reaktionen. Aber Reflexe sind Reaktionsweisen von Lebewesen, von Lebenden. Das heißt, sie zählen eindeutig zu Lebenserscheinungen. Sogenannte Hirntote zeigen weitere Lebensäußerungen, wie Herz-tätigkeit, Stoffwechsel, sie schütten Hormone aus, Blutbildung und Blutgerinnung funktionieren noch. Falsch ernährt, können diese Patienten Durchfall oder Verstopfung bekommen. Zudem sind an ihnen vegetative Reaktionen, zum Beispiel Hautrötung, Schwitzen und unkoordinierte Bewegungen, zu beobachten. Selbst Wunden können sie noch ausheilen. Dass und wie stark lebenswichtige Körperfunktionen gestört sind, lässt Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Erkrankung zu. Es besagt jedoch nicht, dass der Mensch tot ist. Wird ein Patient im Hirnversagen operiert, um ihm Organe zur Transplantation zu entnehmen, so reagiert er in vieler Hinsicht, wie jeder Mensch, der operiert wird, der unbewusst Schmerz erlebt. Er zeigt Reaktionen: Die Pulsfrequenz schnellt hoch, der Blutdruck bewegt sich, Hormone werden ausgeschüttet. Zu solchen Reaktionen ist ein Leichnam nicht mehr in der Lage.“

Von Seiten der „Hirntod“-Kritiker wurde befürchtet, „dass der Spender oder die Spenderin die Organentnahme nicht doch in irgendeiner Weise wahrnimmt“, wie es die PDS-Abgeordnete Schenk (8841, 13/99. SdBt) während der ersten Beratung im Bundestag formuliert. Aus der Tatsache, dass ein Reiz nicht beantwortet werde, könne nicht abgeleitet werden, dass dieser Reiz nicht wahrgenommen werde. „Die Annahme, ein hirntoter Mensch würde nichts mehr empfinden, kann sich als furchtbarer Irrtum erweisen“ (ebd.). Darüber hinaus gebe es kein Kriterium, „Hirntote“ von tiefkomatösen Patienten zu unterscheiden, wie beispielsweise Apallikern, die mit einem Funktionsausfall der Großhirnrinde noch Jahre weiterleben oder Anenzephalen, Neugeborene, denen große Teile des Gehirns fehlen. Demzufolge gebe es keine logischen Einwände, diese Patienten für die Organentnahme freizugeben (Geisler: 365,13/17. SdGA). Insbesondere das Phänomen einer möglichen Schwangerschaft bei Hirntoten ließ „Hirntod“-Kritiker wie den Abgeordneten Klaeden ((CDU/CSU): 16413, 13/183. SdBt) während der Beratung des Transplantationsgesetzes 1997 zweifeln, den „Hirntod“ als Tod des Menschen anzuerkennen:¹³⁵

135 Der Fall des ‚Erlanger Babys‘ ist wohl das bekannteste Beispiel einer ‚Hirntod‘-Schwangerschaft in Deutschland. Eine 19-jährige Frau erlitt 1992 in der 14. Schwangerschaftswoche bei einem Verkehrsunfall schwerste Schädelverletzungen. Nach drei Tagen wurde sie für ‚hirntot‘ erklärt, dennoch blieb ihr Körper an Maschinen, um das Leben des Fötus retten zu können. Nach fünf Wochen intensiv-medizinischer Betreuung kam es jedoch zum Spontanabort (vgl. die Darstellungen in der Literatur: Bockenheimer-Lucius/Seidler 1993; Hauser-Schäublin 1995:171 f.; Peters 1993:157-173; Schlake/Roosen 2001:82-85). In der politischen Diskussion zum Transplantationsgesetz wurden ein mitbetreuender Arzt und eine Musiktherapeutin über eine weitere ‚Hirntod‘-

„Man braucht kein Mediziner zu sein, um zu wissen, dass eine Schwangerschaft ein höchst irriterbarer Vorgang ist, der voraussetzt, dass alle Organe subtil aufeinander abgestimmt funktionieren. Von dem ‚Ende des Organismus in seiner funktionellen Ganzheit‘ kann daher keine Rede sein. Bei einer Enthauptung tritt aber der Tod unter anderem durch den mit dem hohen Blutverlust verbundenen Zusammenbruch von Herz und Kreislauf ein. Damit ist klar: Eine ‚innere Enthauptung‘ gibt es nicht. Nun wird eingewandt, dass eine Schwangerschaft prinzipiell auch in der Retorte möglich wäre und dass die erwähnte Schwangerschaft nur mit intensivapparativer Unterstützung aufrechterhalten werden konnte. Aber auch die Tatsache der apparativen Unterstützung oder Imitierbarkeit von Vitalfunktionen kann doch unmöglich zur Todesfeststellung ausreichen; sonst müssten alle Patienten einer Intensivstation für tot erklärt werden, denn sie werden geradezu typischerweise in ihren Vitalfunktionen unterstützt.“

Die Möglichkeit einer „Hirntod“-Schwangerschaft wird somit zum Gegenbeweis dafür, dass das Gehirn allein für die Integration des Gesamtorganismus verantwortlich sei. Ergänzend wurde während der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses 1996 auch auf andere Organsysteme verwiesen, die eine sehr stark integrierende Funktion besäßen.

„Wir haben das Immunsystem, welches genetisch die Identität der Menschen festlegt, das im Laufe des Lebens lernt und das sich sogar an Dinge, die im Laufe des Lebens passiert sind, erinnern kann. Es kann darauf reagieren, was der Mensch erlebt hat. Es gibt ein Immungedächtnis. Das ist ein ganz komplexes System, das unsere Identität einmalig ausmacht. Dieses Immunsystem arbeitet ja auch weiter, das wird keiner der hier anwesenden Kollegen bestreiten, wenn das Gehirn ausgefallen ist.“ (Wodarg (SPD): 17,13/64. SdGA)

Schlussfolgerung davon ist, dass die Individualität des Menschen trotz des Ausfalls der Hirnfunktionen noch nicht zerbrochen ist, so dass die „Hirntod“-Kritiker die Existenz des Menschen als „leiblich-seelische Einheit“ über den „Hirntod“ hinaus anerkannten. Das Versagen des Gehirns könne demnach nicht mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden, sondern sei lediglich eine Zäsur in dem nicht mehr umkehrbaren Prozess des Sterbens.¹³⁶ Der vollständige Ausfall aller Hirnfunktionen wird als ein ‚point of no return‘ dargestellt, an dem das Sterben aber noch nicht abgeschlossen sei. „Hirntote Menschen sind Sterbende, das heißt Lebende. Sind keine Leichen und auch nicht so gut wie tot“, betont der Sachverständige Geisler (366, 13/17. SdGA) während der ersten Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses 1995 unmissverständlich.

Schwangerschaft angehört, die 1991 mit der Geburt eines gesunden Sohnes endete (vgl. Beiträge der Einzelsachverständigen Bisseger, Filderstadt-Bonladen und des Verbandspräsidenten Bavastro, Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland, Filderstadt-Bonladen, 13/17. SdGA). Der Verlauf dieser Schwangerschaft hatte jedoch kein Medienspektakel ausgelöst wie beim ‚Erlanger Baby‘. Inzwischen sind jedoch Erfahrungsberichte eines betreuenden Arztes (Bavastro 1994:141-153) und des Vaters des Sohnes (Siegel 1994) veröffentlicht. Zum Vergleich der beiden „Hirntod“-Schwangerschaften siehe Kiesecker (1996).

¹³⁶ ‚Sterben‘ ist immer ein gesellschaftliche Mechanismus der ‚sozialen Ausgrenzung‘: einem „(in der Regel) physisch noch lebenden, aber als ‚sterbend‘ definierten Subjekt [wird] die Mitgliedschaft in der Gemeinschaft entzogen“ (Schneider 1999:23, s. auch Sudnow ([1967] 1973) für den Prozess des Sterbens im Krankenhaus. Der Medizinhistoriker Thomas Schlich (2001:9) argumentiert hingegen, dass auch die Kritiker des Hirntodkriteriums es ablehnen, den Tod als kulturbedingt anzusehen. Beide politische Lager betrete, so Werner Schneider (1999:201) eine „Wertesicherung im Hinblick auf die Grenzziehung zwischen Leben und Tod. (...) Leben und tot sollen auf keinen Fall als prinzipiell kontingente Mehrheitsentscheidungen daherkommen, sondern als ‚ontologische Apriori‘ sind sie einfach, was sie sind und immer sein werden (bzw. bleiben sollen).“

Die „Hirntod“-Konzeption versuche dagegen, per Definition die Zäsur zwischen Leib und Geist an die Funktionsfähigkeit des Gehirns zu binden (Knoche (Bündnis 90/Die Grünen): 8826, 13/99. SdBt). Da das Stadium des Sterbens dem Leben zugeordnet wird, genieße ein „Hirntoter“ als Grundrechtsträger das uneingeschränkte Recht auf Respektierung seiner Würde und körperlichen Integrität (Knoche (Bündnis 90/Die Grünen): 16432, 13/183. SdBt). Die „Hirntod“-Kritiker akzeptierten damit nicht den „Hirntod“ als Tod des Menschen, sondern kritisierten vielmehr, dass diese Todesdefinition „Hirntote“ zu Leichen deklarierten, da es nur möglich sei, durchblutete Organe einem ‚lebendigen Leib‘ zu entnehmen: „Tot bei lebendigem Leib, es ist ein definatorischer Kunstgriff, der aber nichts am Zustand des Menschen ändert. Kein Mensch wird durch Definition zu einem Verstorbenen“, sagt die Abgeordnete Knoche ((Bündnis 90/Die Grünen): 16432, 13/183. SdBt) 1997 während der zweiten Beratung im Bundestag (vgl. auch Däubler-Gmelin (SPD): 16424, 13/183. SdBt). Die Organtransplantation selbst liefere dazu die hinreichende Begründung, so ihr Kollege Häfner ((Bündnis 90/Die Grünen): 16445, 13/183. SdBt) während derselben Parlamentsdebatte:

„Die Mediziner brauchen lebende Organe für die Transplantation. Deswegen wird der Sterbeprozess unterbrochen, wird er aufgehalten, wird er verlängert. Deswegen darf bzw. kann der Mensch noch nicht sterben. Dies ist eine Tatsache. Nun aber gleichzeitig aus rechtlichen Gründen – weil es dann so viel einfacher zu sein scheint – zu behaupten, der im Sterben Befindliche sei schon tot, sei eine Leiche, ist nun wirklich Rabulistik.“

Kritische Stimmen bewerteten das Hirntodkonzept folglich als einen „Paradigmenwechsel“ (Schenk: 8840, 13/99. SdBt) im Interesse der Transplantationsmedizin, der es den Medizinerinnen ermögli- che, „Hirntote“ zu Leichen zu deklarieren.¹³⁷

Der gesetzlich definierte Tod

Trotz der fundamentalen Auseinandersetzungen, welche die Politiker und Politikerinnen in den öffentlichen Anhörungen mit den Sachverständigen und in den Plenardebatten über den Tod des Menschen führten, endeten die Parlamentsdebatten ohne Konsens über den „Hirntod“. In den Gesetzanträgen, die in den Bundestag zur Abstimmung eingereicht wurden, waren beide Positionen über den „Hirntod“ vertreten: Der „Hirntod“ als der Tod des Menschen und der „Hirntod“ als eine Zäsur in der Unumkehrbarkeit im Sterbeprozess. Mit der Abstimmung über die Gesetzentwürfe zum Transplantationsgesetz am 25.6.1997 votierte jedoch die Mehrheit im Bundestag für die Position der „Hirntod“-Befürworter. Die politische Entscheidung war zugleich auch eine Entscheidung für die Aufrechterhaltung der bestehenden Transplantationspraxis, da Transplantationsmediziner in den Öffentlichen Anhörungen in aller Deutlichkeit die gesetzliche Todesdefinition als Legitimi-

¹³⁷ Gesa Lindemann (2002:107) machte auf einen Paradigmenwechsel im Hinblick auf die Funktion der Todesfeststellung aufmerksam: Vor dem Aufkommen der Organtransplantation sei es vor allem darum gegangen, Menschen nicht vorzeitig für ‚tot‘ zu erklären. Durch die medizinische Möglichkeit der Organtransplantation habe sich die Intention umgekehrt. Jetzt gehe es darum, Menschen nicht zu den Lebenden zu zählen, die bereits tot sind: „Das Anliegen der Transplantationsmedizin, Organe möglichst guterhalten aus einem menschlichen Körper zu entnehmen, macht eine qualitativ neue Präzision in der Grenzziehung zwischen Lebenden und Toten erforderlich.“

on für ärztliches Handeln eingefordert hatten. Der Sachverständige Haverich (69 f., 13/17. SdGA) betont schon während der ersten Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses 1995:

„[...] wenn die gesetzliche Regelung nicht einbezieht, daß die Hirntodsituation gleich der Todesfestsetzung für den Organspender ist, ich als Herzchirurg und als Lungentransplanteur mich ebenso wie Herr Professor Pichlmayr weigern werde, Organe bei diesen zu entnehmen. Ich denke, hier spreche ich für die gesamte Herzchirurgie mindestens insoweit als Transplantationen durchgeführt werden.“

Die Organtransplantation wäre bei einem anderem politischen Votum zum Erliegen gekommen, wenn die Ärzteschaft ihre Drohung wahrgemacht und sich verweigert hätte: „Ich möchte sagen, dies kommt nicht Betracht. Ich verstehe nichts von diesen juristischen Formulierungen aber von ärztlicher Sicht ist dies Tötung und wir tun das nicht“, erklärt der Transplantationsexperte Pichlmayr (49, 13/17. SdGA) auf der ersten Öffentlichen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss. Somit wurde seit Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes vom 1.12.1997 erstmals in der Bundesrepublik eine Todesdefinition gesetzlich festgeschrieben. Auch wenn die Definition nur aus dem Gesetzestext geschlussfolgert werden kann, und die Diagnose des „Hirntodes“ von dem jeweiligen „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ (siehe Kapitel I) abhängig gemacht wurde, war die Entscheidung des Bundestages eine eindeutige Entscheidung zugunsten der Hirntoddefinition als ‚neuer‘ Tod des Menschen.

V. Humantechnologien und die Macht ihrer Begriffe

Zu den Prozessen der Meinungsbildung, die den Umgang mit Humantechnologien auf der gesellschaftlichen Ebene festlegen, gehört auch ein spezifisches Vokabular. Es sind dies in erster Linie Schlüsselbegriffe, die mit bestimmten – positiven! – soziokulturellen Werten belegt sind. Implizit schließen sie die Verwendung anderer Begriffe aus: Es handelt sich – wie wir meinen – um Euphemismen („Hüllwörter“).¹³⁸ Zu diesen Schlüsselbegriffen gehören etwa „Kinderwunsch“, „Organspende“, aber auch „Aufklärung“.

„Kinderwunsch“ (vgl. auch Kapitel VI) suggeriert zweierlei: ein in der Natur des Menschen verankertes Grundbedürfnis nach einem leiblichen Kind, auf dessen Befriedigung der Mensch sozusagen ein Naturrecht besitzt. Zudem nimmt der Begriff Anleihe an der Vorstellung, dass man sich, wie im Märchen, etwas nur fest zu wünschen braucht – und schon geht es in Erfüllung. Die Reproduktionsmedizin postuliert diesen Begriff, weil sie dadurch das Versprechen und die Hoffnung auf Erfüllung heraufbeschwört. In den „Kinderwunsch-Sprechstunden“ werden den Paaren Angebote gemacht, wie die Realisierung dieses Wunsches konkret umgesetzt werden kann. Alles, was dem entgegensteht, soll dafür beseitigt werden: Den „Kinderwunsch“ kann man auf eine abzurbeitende Wunschliste setzen, denn dessen Realisierung ist dank der Reproduktionsmedizin machbar geworden. ‚Kinderwunsch‘ appelliert auch an Emotionen: Sehnsucht, Hoffnung – aber auch Glück, wenn der Wunsch erfüllt ist. Der Begriff abstrahiert von Produzenten dieser Technologien, den wirtschaftlichen Interessen und den Marktbedingungen, dem Verhältnis von Angebot und Nachfrage. Die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten sind letztlich Produkte, für die Abnehmer gesucht werden. Der Begriff „Kinderwunsch“ wird damit zu einer Metapher; sie verstellt den Blick auf die Tatsache, dass das Angebot und die Nutzung der Technologien Teil der Konsumgesellschaft sind.¹³⁹

Der Begriff „Spende“ impliziert ein bewusst altruistisches Handeln, ein Handeln, das ‚höheren Werten und Zielen‘ dient und mit ‚Menschlichkeit‘ und ‚Barmherzigkeit‘ assoziiert wird. Er verhindert die Frage nach einem Organmarkt, nach Preis bzw. Kosten und Entlohnung bezüglich Angebot und Nachfrage. Die gesellschaftliche Bewertung einer „Spende“¹⁴⁰ ist hoch. Jeder, der spendet, verdient ein Lob. Das Gegenteil wird im ‚Organhandel‘ gesehen, der als verwerflich gilt!

Der Begriff der „Aufklärung“ taucht v.a. in den „Aufklärungsschriften“ für „Organspende“ auf. Warum wird nicht das unverbindlichere Wort ‚Information‘ verwendet? „Aufklärung“ setzt eine Wissenshierarchie voraus: Wer in Unwissenheit befangen ist, muss von (Besser-)Wissenden „aufgeklärt“ werden. Und wer könnte *gegen* etwas sein, wenn er „aufgeklärt“ ist? Nur Unwissende können also gegen „Organspende“ sein! Die Einstellung und Werthaltung für oder gegen „Organspende“ wird damit zu einem einzig intellektuellen, wissensmäßigen Problem gemacht. Bei den Schlüsselbegriffen handelt sich also um eine besonders geschaffene Sprache, die in der Vermittlung zwischen den Anbietern der Humantechnologien und den potentiellen Nutzern eine bestimm-

138 Diese Euphemismen haben wir in der Regel in doppelte Anführungszeichen gesetzt.

139 Marilyn Strathern (1992:35) stellt die Forderungen der Paare nach einem Kind in Beziehung zum kommerziellen Kontext. Sie vergleicht die Reproduktionsmedizin mit einem Unternehmen, das die ‚Ware‘ Embryo aufgrund der ‚Nachfrage‘ ungewollt kinderloser Paare produziert. In diesem Sinn ist das vornehmliche Ziel der Reproduktionsmedizin, den Kinderwunsch zu befriedigen, und nicht die Ursachen der Sterilität zu behandeln. Auf den Bezug zur Konsumgesellschaft haben auch Edwards et al. (1993) hingewiesen.

140 Die „Spendenaffäre“ in der deutschen Politik Anfang 2000 zeigt den euphemistischen Charakter von ‚Spende‘ besonders deutlich. Er wurde verwendet, um nicht von Bestechung und Korruption sprechen zu müssen.

te Rolle spielt. Sie wird von den Nutzern größtenteils – unhinterfragt – übernommen. Auch die parlamentarischen Debatten zeigen, dass sich Politiker „von tagesaktuellen Schlagwörtern gefangen nehmen lassen“ (Schlosser 1998:265), die sich im politischen – und rechtlichen – Gebrauch als gesellschaftliche Schlagworte weiter verfestigen können und damit als ‚selbstverständliche‘ Begriffstermini in den Sprachgebrauch überwechseln. In den Parlamentsdebatten um das Transplantationsgesetz war dieser Prozess beispielsweise in dem Schlüsselwort der „Organspende“ zu erkennen, das unter dem Oberbegriff der toten und lebenden „Organspender“ im Gesetzestext installiert wurde, obwohl nach dem herkömmlichen Begriffsverständnis nur entscheidungsfähige Personen etwas spenden können.

„In jedem Fall wirft die neue gesetzliche Regelung die Frage auf, ob hiermit der im allgemeinen Sprachgebrauch verankerte semantische Kern des Wortes spenden, also eine reflektierte Entscheidung und freiwillige Handlung eines Spenders, von Medizinern und Politikern bewusst pervertiert werden sollte oder ob – was kaum weniger schlimm wäre – der tote Mensch terminologisch als ‚Organquelle‘ auf eine Stufe mit technischen Artefakten wie Handtuch-, Honig- oder Seifenspender gesetzt werden soll.“ (Schlosser 1998:269, Hervorhebung im Original)

„Organspende“ im Licht des Altruismus

Die Motivation für die politische Initiative im Deutschen Bundestag, ein Transplantationsgesetz zu verabschieden, wurde in den Gesetzesanträgen mit einem zunehmenden Rückgang der „Spendebereitschaft“ in der Bevölkerung begründet (siehe Kapitel I).¹⁴¹ Die Politiker und Politikerinnen hofften, mit einer eindeutigen gesetzlichen Regelung die Rechtsunsicherheiten beseitigen und damit Vertrauen in der Bevölkerung schaffen zu können, um ihren Beitrag für ein Fortbestehen der transplantationsmedizinischen Praxis zu leisten. Auch der „Hirntod“-Kritiker Häfner (Bündnis 90/Die Grünen): 8837, 13/99. SdBT) betont während der ersten Beratung des Transplantationsgesetzes 1996:

„Es gibt im ganzen Hause, soweit ich das wahrnehmen kann, niemanden, der Organtransplantation ablehnt und dieses vielleicht größte Geschenk, das ein Mensch in seinem Sterben einem anderen Menschen machen kann, ihm die Hilfe zu geben, mit seinen Organen weiterzuleben, in irgendeiner Weise schlecht machen, dem Menschen ausreden oder verhindern möchte.“

Transplantationsmedizin als „eine ethisch gerechtfertigte und medizinisch gebotene Möglichkeit, Leben zu retten oder Leben in seiner Qualität völlig neu zu schenken“ (Fuchs (PDS): 16429, 13/183. SdBT), wurde ausdrücklich von allen Parteien anerkannt. Die Politiker begrüßten Organtransplantation als eine wünschenswerte Entwicklung in der Medizin, die gegenwärtig die größten Chancen für die Patienten biete. Die Parlamentarier und Parlamentarierinnen haben auch die Ausweitung der Organtransplantation anerkannt, indem Prognosen für Fortschritte in der Transplantationsmedizin akzeptiert wurden. Damit wird der ‚Bedarf‘ an transplantierbaren Organen systembe-

141 Daneben werden noch andere Gründe, z.B. die geringe Meldebereitschaft der Krankenhäuser, eine Rolle gespielt haben.

dingt permanent wachsen: „Wir brauchen mehr Organe, weil immer mehr Menschen lebensnotwendig auf eine Organtransplantation angewiesen sind“, erklärt Abgeordneter Götzer ((CDU/CSU): 16428 13/183. SdBT) während der zweiten Beratung 1997 im Bundestag. Trotzdem bestand schon in der ersten Beratung 1996 unter den Parlamentariern Konsens darüber, dass niemand ein Recht auf ein fremdes Organ habe.

1.,[N]iemand, egal in welcher Notsituation er sich befindet, [besitzt] einen Anspruch auf Organe oder Körperteile eines anderen Menschen. Anders formuliert: Eine Bringschuld zur Organspende kann und darf es nicht geben.“ (Thomae (F.D.P.): 8829, 13/99. SdBT)

Demnach kann niemand rechtlich gezwungen werden, sich zu einer Organentnahme zu verpflichten (Süßmuth (CDU/CSU): 8842, 13/99. SdBT). Kranke, die auf ein Organ warten, hätten nicht ein Recht auf Organe, „sondern sie haben die Hoffnung und bestenfalls das Glück, ein Organ zu bekommen“ (Dreßen (SPD): 16438, 13/183. SdBT).¹⁴²

In den Beschreibungen der „Organspende“ als beispielsweise das „vielleicht größte Geschenk, das ein Mensch in seinem Sterben einem anderen Menschen machen kann“ (s.o.), wird immer wieder deren Geschenkcharakter betont. Damit wird ein Begriff verwendet, der eine Einseitigkeit des sozialen Handelns suggeriert: nämlich die Idee eines großzügigen Gebers und eines passiven, zu Dank verpflichteten Empfängers. Spenden setze immer „freiwilliges, gebendes Spenden voraus“ (Schmidbauer (SPD): 8848, 13/99. SdBT). Die „Organspende“ als ‚freiwillige Gabe‘ dürfe demnach nur erbeten aber nicht erzwungen werden. „Organspende“ dürfe deshalb nicht zu einer rechtlichen oder moralischen Pflicht erklärt werden. Das würde dieser Entscheidung ihre Autonomie und Freiwilligkeit berauben und damit ihren eigentlichen Geschenkcharakter nehmen. Gleiches gelte für die abgelehnte „Organspende“: Weder darf es einen Erklärungs- und Rechtfertigungsdruck bei der Ablehnung einer „Organspende“ geben (Thomae (F.D.P.): 8829, 13/99. SdBT), noch die Ablehnung moralisch abgewertet oder gar missbilligt werden (Seehofer (CDU/CSU): 8831, 13/99. SdBT).¹⁴³ Auch für die Organempfänger sowie für die Menschen, die bei der Organentnahme tätig sind, sei es moralisch entlastend, wenn sie wissen, dass die „Organspende“ freiwillig und selbstbestimmt gegeben worden ist, ergänzt der Sachverständige Geisler (37, 13/17. SdGA) in der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses 1995. Der Geschenk- bzw. Spendencharakter wurde besonders bei der engen Zustimmungslösung betont, da die potentiellen „Organspender“ selbst über ihren Körper verfügen und zu Lebzeiten einer Organübertragung persönlich zustimmten (Höll (PDS): 16448, 13/183. SdBT). Während der ersten Beratung 1996 im Plenum sagt der SPD-Abgeordnete Schmidbauer (8848, 13/99. SdBT):

„Organspende ist aber nicht irgendeine Spende, Organspende bedeutet, einen Teil von sich selbst zu geben, persönlich, freiwillig, informiert und bei vollem Bewusstsein. Beim Fehlen der persönlichen Zustimmung kann nicht von einer Organspende, sondern von einer Organentnahme gesprochen werden.“

142 Künstliche Transplantate werden wegen ihrer Replikationsmöglichkeit anders bewertet. Ein Patient hat beispielsweise ein Recht darauf, ein neues Hüftgelenk zu bekommen (Dreßen (SPD): 16438, 13/183. SdBT).

143 Die persönliche Erklärung zu Lebzeiten wurde hingegen als Pflicht bewertet, die dem Einzelnen zugemutet werden kann. So wurde diskutiert, ob den Bürgern und Bürgerinnen eine Entscheidung über die Zustimmung oder Ablehnung einer „Organspende“ abverlangt werden kann, beispielsweise bei der Verlängerung des Führerscheins (vgl. Gubernatis:2 f., 13/67. SdGA).

Auch für die „Lebenspende“ wurde die Garantie einer freiwilligen und autonomen Entscheidung gefordert. Da die Kommerzialisierung von „Lebenspenden“ in jeglicher Form verhindert werden sollte, wurden von vornherein enge Kriterien für ihre Zulässigkeit diskutiert. Um einen finanziellen Ausgleich für eine „Lebenspende“ auszuschließen, wird sie auf einen sich verbunden fühlenden Personenkreis begrenzt.¹⁴⁴ Gleichzeitig postulierten die Politiker in den Bundestagsdebatten, dass jeglicher psychischer Druck zugunsten einer „Organspende“ ausgeschlossen werden muss (vgl. Philipps (CDU/CSU): 8821, 13/99. SdBt). Da gerade in der Familie ein moralischer Druck bei der Einwilligung zu einer Lebenspende mitspielen kann, begutachtet – trotz „Aufklärung“, persönlicher Einwilligung und Bereiterklärung zur psychologischen Nachbetreuung – eine nach Landesrecht zuständige Kommission die Einwilligung in die „Lebenspende“. Sie prüft, ob begründete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organentnahme nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Organhandels ist (§ 8 Abs. 3 TPG).

Die Darstellung der „Organspende“ in der politischen Diskussion hat jedoch noch weitere Facetten. Eine davon konzentriert sich auf die Rolle, welche die „Organspender“ und „Organspenderrinnen“ mit ihrem ‚Geschenk‘ einnehmen. Sie erscheinen dabei in einem selbstlosen altruistischen Licht, das über ihre Existenz hinausreicht. Sie ‚verschenken‘ Teile von sich selbst, von ihrem Körper, ohne zu wissen, welche Konsequenzen damit für ihren Tod verbunden sind. „Organspende“ ist eine Entscheidung, das Leben eines anderen zu retten (Philipps (CDU/CSU): 8822, 13/99. SdBt). „Organspende“ ist ein ganz persönliches Beispiel praktizierter Nächstenliebe – die „letzte gute Tat“ (Elyas: 28, 13/64. SdGA) –, was die angehörten Vertreter der evangelischen, islamischen, jüdischen und katholischen Glaubensgemeinschaften ausdrücklich bestätigten.¹⁴⁵ „Organspende“ ist motiviert durch christliche und ethische Verantwortung, solidarisches Handeln, Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe. „Organspende“ wird damit zu einem „Ausweis menschlicher Würde“, resümiert der Abgeordnete Klaeden ((CDU/CSU): 8849, 13/99. SdBt) in der ersten Beratung des Transplantationsgesetzes 1996.

Da „Organspende“ mit derartigen Attributen besetzt wird, bedarf es „stärker als bisher des öffentlichen Vorbildes und der öffentlichen Ermutigung sowie der Verbreitung des Arguments, dass das eigene Sterben für die Angehörigen vielleicht erträglicher werden kann, wenn mit ihm zumindest die Möglichkeit verbunden ist, einem anderen Menschen das Leben zu retten oder seine Leiden erheblich zu mindern“ (Klaeden (CDU/CSU): 8850, 13/99. SdBt).¹⁴⁶

Der Politiker Klaeden machte damit auf einen reziproken Aspekt aufmerksam, denn „Organspende“ gebe in der Trauer den Angehörigen auch etwas zurück: Das eigene Leid des Verlustes werde durch die ‚gute Tat‘ gemindert. Dem meist unerwarteten Tod werde dadurch eine Sinnge-

144 Die Übertragung von Organen ist in Deutschland nur auf Verwandte 1. oder 2. Grades, Ehegatten, Verlobte sowie auf Personen, die dem Spender in persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen, zulässig. In der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses am 9.10.1996 wurde allerdings von Sachverständigen die anonyme „Lebenspende“ favorisiert, gerade aufgrund der Argumentation, dass diese die altruistischste und damit die freiwilligste Form der „Lebenspende“ sei (32 ff., 13/67. SdGA). Die Bundesverfassungsbeschwerde ist diesbezüglich zwar abgelehnt worden (s. Kapitel I), in der medizinischen Praxis wird aber der Personenkreis von emotionalen Beziehungen kontinuierlich erweitert.

145 Die Politikerin Schuchhardt (CDU/CSU): 16446, 13/183. SdBt) berief sich beispielsweise auf die Grundsätze der evangelischen Kirche: „Bischof Engelhardt hat mir persönlich vor wenigen Tagen auf meine Anfrage noch einmal versichert, dass die Evangelische Kirche in Deutschland an ihrer Kernaussage festhalte, die lautet: Nach christlichem Verständnis ist das Leben und damit der Leib ein Geschenk des Schöpfers [...], das er aber aus Liebe zum Nächsten einsetzen darf.“

146 Der Politiker Möllemann (†) (16437, 13/183. SdBt) rief seine Kollegen in der zweiten Plenardebatte 1997 nicht nur dazu auf, einen Organspendeausweis zu besitzen, sondern hätte es gerne gesehen, wenn alle Politiker, die mit ihrer Stimmkarte zur namentlichen Abstimmung über die Gesetzesanträge zum Transplantationsgesetz gehen, vorher ihren Organspendeausweis vorzeigen, um geschlossen als Bundestag mit gutem Beispiel voranzugehen.

bung und letztlich eine Form des Trostes abgewonnen (vgl. auch z.B. Hintze (CDU/CSU): 16440, 13/183. SdBT). In der Gesamtdarstellung der „Organspende“ überwiegt jedoch die Einseitigkeit des Altruismus auf Seiten der Geber, insbesondere wenn man bedenkt, dass nur die Angehörigen in der „Organspende“ nach dem Tod des Verstorbenen einen neuen Sinn erleben können, nicht aber der „Spender“ selbst. Der Aufruf zur „Organspende“ ist damit auch ein Aufruf zu einem altruistischen, einem ‚wertvollen‘ Menschen, und zeichnet ein positives Beispiel für unser gesellschaftliches Menschenbild. Wenn man die aufgeführten Eigenschaften für sich beanspruchen will, wird „Organspende“ zur Pflicht. Denn nur ein Mensch, der christliche und ethische Verantwortung, solidarisches Handeln, Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe in der Bereitschaft zur „Organspende“ lebt, gilt als ein altruistisch handelnder und damit besonders wertvoller Mensch in unserer Gesellschaft.

„Organspende“ oder Organentnahme?

Beim Konzept der „Spende“ konzentrierte sich die politische Diskussion auf die Frage, wer über den „hirntoten“ Körper verfügen darf. Aufgrund der persönlichen Zustimmung des potentiellen „Spenders“ wurde begrifflich wie ideell zwischen (bloßer) ‚Organentnahme‘ und „Organspende“ unterschieden. Dabei betont der Abgeordnete Hirsch ((F.D.P.) 16440, 13/183. SdBT) während der zweiten Plenardebatte 1997:

„Die einzige Entscheidung, die wir gesetzgeberisch treffen können, ist, ob wir die Entscheidung darüber, was mit dem Körper in seinem Prozess des Sterbens wird, ob er den normalen Weg des Todes geht oder nicht, zu irgendeinem Zeitpunkt irgendeinem anderen, einem Dritten, übertragen können. Die Übertragung auf einen Dritten bedeutet gleichzeitig, dass wir diesen Körper zu einem verfügbaren Gegenstand machen, dessen weiteres Schicksal nicht mehr im Willen des Sterbenden selbst, sondern in der Entscheidung eines anderen liegt, mag er verwandt sein oder nicht und aus welchen Motiven auch immer er entscheidet.“

Die Frage, wer berechtigt ist, über eine Organentnahme zu entscheiden, war eine der großen Kontroversen in der politischen Diskussion. In dem Leitgedanken waren sich die Politiker und Politikerinnen einig: Die Organentnahmen müssen unter der Achtung des Willens und der Würde der „Organspender“ durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass in der Entscheidung über eine Organentnahme die zu Lebzeiten abgegebene Erklärung absoluten Vorrang hat und strikt zu beachten ist (vgl. Seehofer (CDU/CSU): 8831, 13/99. SdBT). Auch ein Nein muss vom Gesetzgeber respektiert und gewährleistet sein. Die individuelle Entscheidung, sich über eine „Organspende“ nicht entscheiden zu können oder zu wollen, gehört auch zu den Rechten, die der Gesetzgeber zu respektieren hat (vgl. Knoche (Bündnis 90/Die Grünen): 8827, 13/99. SdBT). Diese Entscheidungsfreiheit ist verfassungsrechtlich durch das Selbstbestimmungsrecht geschützt, was einen wesentlichen Bestandteil der Würde des Menschen darstellt (vgl. z.B. Schmidbauer (SPD): 8847, 13/99. SdBT).

Die Politiker und Politikerinnen, welche die *enge Zustimmung* favorisieren, forderten die absolute Selbstbestimmung zulässige Organentnahme, da sie die zweite große politische Kontroverse – die Bewertung des „Hirntodes“ – hieran anknüpften. Die grüne Abgeordnete Knoche (16432, 13/183.

SdBT) wirbt während der zweiten Beratung des Transplantationsgesetzes 1997 eindringlich für die Selbstbestimmung:

„Die Bereitschaft zur Organspende ist eine Entscheidung in einem eigenen persönlichen Bereich, wo es überhaupt keine Gewissheiten gibt. Die leiblich-seelische Integrität gehört zu diesem ureigenen Bereich, in dem es keine Stellvertretung geben kann. Von daher kann es auch keine Stellvertretung der Entscheidung über eine Zustimmung geben.“

Für die „Hirntod“-Gegner unter den Parlamentariern war ohne Zweifel, dass „Hirntote“ als Sterbende das uneingeschränkte Recht auf Respektierung ihrer Würde und körperlichen Integrität genießen, da das Stadium des Sterbens dem Leben zugeordnet wird.¹⁴⁷ Es sei unmöglich, „den Schutz des Grundgesetzes für das Leben – einschließlich des Sterbeprozesses – zu verkürzen und den Menschen vorzeitig zur Sache zu machen, deren man sich dann leichter bedienen kann“, so der SPD-Abgeordneter Kunick (16450, 13/183. SdBT) während der zweiten Plenardebatte 1997. Da die Mediziner lebende Organe für die Übertragung benötigen, werde das Sterben für die „Organspender“ um die Organentnahme verlängert, was sich nur aufgrund der Einwilligung der Betroffenen rechtfertige (Götzer (CDU/CSU): 16428, 13/183. SdBT). Die Legitimation der Organentnahme bei einem Sterbenden wurde wieder verfassungsrechtlich hergeleitet: Das Selbstbestimmungsrecht verleihe den Grundrechtsträgern das Recht, über grundrechtliche Positionen selbst verfügen zu können (vgl. hierzu BT-Drs. 13/2629: 13, Höfling: 416, 13/17. SdGA), was hier die Preisgabe des eigenen Lebens darstellt. Die Organentnahme als Eingriff in das Leben der „Organspender“ sei somit legitimiert, obwohl die Verfassung das Leben durch Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 i.V.m. Artikel 1 Absatz 1 GG schütze. Da mit der „Hirntod“-Diagnose mangels therapeutischer Aussichten der Behandlungsauftrag des Arztes erlösche (Götzer (CDU/CSU): 16428, 13/183. SdBT), bestehe auch für den Staat keine Verpflichtung mehr, das Leben gegen den Willen des Betroffenen zu schützen. Somit könne der Betroffene vorab für diesen Zustand sein Einverständnis mit der Organentnahme erklären, wodurch nicht der Behandlungsabbruch auf der Intensivstation, sondern die Explantation auf dem Operationstisch sein Leben beende, kommentiert der Sachverständige Höfling (7 f., 13/64. SdGA) 1996 während der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses.

„Hirntod“-Befürworter sahen in dieser Position einen Paradigmenwechsel und bezweifelten, dass das Grundgesetz dazu legitimiere, über Grundrechte frei verfügen zu können. Auch wenn bei der Organentnahme auf einen ganz konkreten Anwendungsfall (den „Hirntod“) abgestellt wird, befürchtete die Gegenposition, dass damit Leben grundsätzlich verfügbar werde. Sachverständige Schreiber (21, 13/17. SdGA) argumentiert 1995 während der ersten Öffentlichen Ausschussanhörung:

„Hier wird von einer leichthändigen Verfügbarkeit von Leben ausgegangen, die doch gerade die Hirntodkritiker nicht wollen. Ich würde warnen, diesen Weg zu gehen. Eine solche Einwilligung ist eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung [...]. Dann kommen wir mit dieser Verfügbarkeit von Leben in fremdem Interesse, die ja weit über die aktive Euthanasie hinausgeht, in Gebiete,

¹⁴⁷ „Wann endet die Würde des Menschen, die untrennbar mit dieser Entscheidung [über eine Organentnahme] verbunden ist? Ich glaube, dass sie nicht mit dem Bewußtsein endet, dass sie nicht mit der Tätigkeit des Gehirns endet, sondern dass der Mensch sich nicht nur in seinem Bewußtsein verwirklicht, sondern auch in seiner körperlichen Erscheinung“, sagt der Abgeordnete Hirsch ((SPD): 16440, 13/183. SdBT) während der zweiten Beratung im Bundestag 1997.

die, glaube ich, gefährlich sind. [...] Ich meine, wir dürfen nicht zwischen Leben und minderen Leben unterscheiden. Eine Zustimmung würde ich hier als einen Schritt in eine ganz gefährliche Richtung halten, die menschliches Leben verfügbar macht.“

Für die „Hirntod“-Befürworter rechtfertigt erst die Akzeptanz des „Hirntodes“ als Todesdefinition die Organentnahme. Alles andere wäre verfassungswidrig, da der Grundrechtsschutz des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG bis zum Erlöschen des Lebens reicht und eine Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB untersagt ist. Es sei ein deutlicher Unterschied, ob eine laufende Behandlung unterbrochen oder Leben durch aktives Eingreifen beendet wird, wie Schreiber (412, 13/17. SdGA) weiter ausführt:

„Ich halte es immer noch für einen juristischen salto mortale, [...] dass man sagt, weil wir ja sein Leben durch Beatmung verlängern, können wir es dann anschließend durch aktive Explantation eines Organs nehmen. Die Verlängerung durch Beatmung gibt mir nicht das Recht, dieses doch gerade nach den Thesen der Hirntodkritiker geschützte Leben dann aktiv zu beenden.“

Die Parlamentarier, die sich für die Fortsetzung der bestehenden Praxis der *erweiterten Zustimmungslösung* eingesetzt haben, rückten außerdem die Rolle und die Bedeutung, welche die Angehörigen bei der „postmortalen Organspende“ einnehmen können, in den Vordergrund. Für sie ist die Organentnahme auch dann eine „Spende“, wenn sich die Betroffenen zu Lebzeiten nicht selbst entschieden haben.

Einige Stimmen in der Diskussion betonten, dass eine fehlende schriftliche Erklärung nichts über die Bereitschaft zur „Organspende“ aussage. Der menschliche Wille lasse sich nicht auf eine schriftliche Äußerung reduzieren. Insbesondere auch Eintragungen in Spenderausweisen, die eine lange Zeit zurück liegen, ließen Zweifel aufkommen. Deshalb komme man dem aktuellen Willen des „Hirntoten“ eventuell näher, wenn man die Angehörigen befrage (Schreiber: 30, 13/64. SdGA).

Gerade Angehörige könnten helfen, den aktuellen Willen des „Hirntoten“ zu ermitteln. Die Frage nach dem eigenen Willen gehöre in den engsten Lebenskreis: „Der Sozialverbundsgedanke legt nahe, dass dies Inhalt von Gesprächen eng verbundener Menschen ist. Wenn sie über Leben und Tod nicht sprechen, dann frage ich mich, was das dann eigentlich für ein enger Verbund ist“, so die Abgeordnete Süßmuth ((CDU/CSU): 8842, 13/99. SdBt) während der ersten Plenardebatte 1996.

Die emotionale Nähe aufgrund geteilter Lebenszusammenhänge wurde insbesondere für verwandtschaftliche Beziehungen thematisiert. Im allgemeinen Sprachgebrauch wie auch in den Parlamentsdebatten ist der Terminus ‚Angehörige‘ geläufig und wurde vielfach mit ‚nahen Verwandten‘ oder dem ‚engsten Familienkreis‘ gleichgesetzt. Die Auflistung von verwandtschaftlichen Bindungen in § 4 Abs. 2 TPG, deren Rangfolge die Wahrscheinlichkeit des Zusammenlebens wiedergibt, ist Zeugnis dieses Selbstverständnisses.¹⁴⁸ Im Plenarsaal rückt CDU-Politiker Rüttgers (16426 f., 13/183. SdBt) 1997 diese sozialen Beziehungen in den Mittelpunkt:

„Die Beziehungen, die ein Mensch zu Lebzeiten geknüpft hat, haben über seinen Tod hinaus Bestand. Aus diesem Grunde bin ich für die erweiterte Zustimmungsregelung. Ich halte es für ver-

148 Gleichwohl geht die Gesetzesdefinition über die Blutsverwandten und Ehepartner hinaus, da auch emotionale Bindungen, wie beispielsweise nicht-eheliche Lebensgemeinschaften, in die Entscheidung über eine „Organspende“ einbezogen werden.

treibar, dass die engsten Verwandten – gleichsam als Treuhänder – auch diese letzte Verantwortung übernehmen. Ich glaube, dass der letzte Wille eines Verstorbenen im Herzen seiner Angehörigen aufgehoben ist. Die Angehörigen allein können den mutmaßlichen Willen beurteilen, falls der Betreffende sich vorher selbst nicht geäußert hat. Kann die Grenzsituation Organspende – auch diese Frage stellt sich – eigentlich schon zu Lebzeiten genau beurteilt werden? Ich glaube, nein. Deswegen meine ich, dass die treuhändlerische Interpretation naher Menschen den Willen eines Verstorbenen ebenso authentisch zeigt wie eine vor dem Tod schriftlich erklärte Bereitschaft zur Organspende.“

Der steigende „Organbedarf“

Die Einbeziehung der Angehörigen erscheint in dieser Perspektive geboten, um dem tatsächlichen Willen – und damit dem Selbstbestimmungsrecht – des potentiellen „Organspender“ gerecht zu werden. Die erweiterte Zustimmungslösung wurde darüber hinaus für deren Verfechter notwendig, da die andere Seite der Organtransplantation in die Bewertung miteinbezogen wurden: Patienten, die auf „Spenderorgane“ und auf Hilfe angewiesen sind. Blieben die vielen Fälle ungeregelt, in denen die potentiellen „Spender“ zu Lebzeiten keine Erklärung abgegeben haben, könnten viele Organe nicht zur Entnahme freigegeben werden, denn auch jahrzehntelange Bemühungen mit dem Spenderausweis haben in Deutschland nicht weit geführt. Der SPD-Abgeordnete Dreßler (16411, 13/183. SdBT) führt in der zweiten Beratung im Bundestag 1997 konkrete Zahlen an:

„Die Zahlen mögen verdeutlichen, um was es geht: Im vergangenen Jahr sind in Deutschland 3228 Organe – das waren Nieren, Herzen, Leber, Lungen und Bauchspeicheldrüsen – transplantiert worden. Nur in 34 Fällen lag eine höchstpersönliche Zustimmung der Betroffenen vor, also in gerade 1 Prozent der Transplantationsfälle. Selbst eine Verdoppelung, eine Steigerung um 100 Prozent, würde uns zwingen, Tausende von Organen aus anderen Ländern, die wesentlich größere Öffnungen unter der Bezeichnung ‚Widerspruchslösung‘ kennen, nach Deutschland zu importieren. Wer will das ernsthaft verantworten?“

Nach den Prognosen von Transplantationsmedizinern in der öffentlichen Anhörung vom 28.6.1995 werde die Organtransplantation in Deutschland mit einer engen Zustimmungsregelung beendet werden (vgl. Neuhaus: 57, 13/17. SdGA). Die erweiterte Zustimmungslösung schaffe dagegen den ‚notwendigen‘ Ausgleich zwischen den Interessen der „Organspender“ und den Menschen, die auf Organe angewiesen sind, so die Position der erweiterten Zustimmung.

Die Forderung nach einer erweiterten Zustimmung offenbart, dass dem ‚Organbedarf‘ faktisch eine geringe Spendebereitschaft – selbst unter Einbeziehung der Angehörigen – gegenübersteht. Die CDU-Politikerin Philipps (8818 f., 13/99. SdBT) schildert während der ersten Plenardebatte 1996 die Situation:

„Nach Schätzung der Deutschen Stiftung Organtransplantation stehen für die Übertragung von Niere, Leber, Herz und Augenhornhaut nur etwa die Hälfte der benötigten Transplantate zur Verfügung. Da pro Jahr zirka 2.000 Organspender benötigt werden, zirka 50 % der im Prinzip geeigneten Spender wegen verweigerter Zustimmung, die respektiert wird, wegen Kreislaufversagens oder aus anderen Gründen ausscheiden, müsste es in der Bundesrepublik zirka 4.000 potentielle

Spender pro Jahr geben, um die Zahl der benötigten Organe zu erreichen. In 1995 waren es aber nur 2.038, das heißt, knapp die Hälfte. Wir brauchen also eine Verdoppelung der Meldungen.“

Dem ‚Organbedarf‘ steht somit ein geringes ‚Organangebot‘ gegenüber. Die Zahlen der durchgeführten Transplantationen sind aufgrund der sinkenden Spendebereitschaft und der steigenden Indikationen rückläufig: Der ‚Organbedarf‘ kann nicht gedeckt werden, es herrscht ein großer Mangel an Organen. Dies hat zu einer Entwicklung in der Bundesrepublik geführt, durch die deutsche Transplantationszentren auf „Spenderorgane“ aus den Nachbarländern angewiesen sind, in denen die Spendebereitschaft höher ist. Deutschland hat sich damit zu einem „Organimportland“ entwickelt, das „vom Wohlwollen bzw. der Solidarität der uns umgebenden Länder abhängig [ist], die sehr viel kleiner sind als wir“ (Philipps (CDU/CSU): 8818, 13/99. SdBT).¹⁴⁹ Dies sei auf Dauer moralisch nicht vertretbar - so der Sachverständige Eigler (62, 13/17. SdGA) 1995 vor dem Gesundheitsausschuss -, was insbesondere auch gegen eine Einführung der engen Zustimmungslösung spreche. Sie würde zu „eine[r] extremen Verknappung der Ressourcen“ führen, erklärt der Sachverständige Gubernatis (73, 13/17. SdGA) während derselben Öffentlichen Anhörung. Zusätzlich sei problematisch, dass in europäischen Nachbarländern wie Österreich oder Belgien nach der Widerspruchslösung transplantiert wird, sodass importierte Organe unter anderen Zustimmungskriterien entnommen worden sind. Bei einer weiteren Verknappung der ‚Organressourcen‘, beispielsweise durch eine weiter sinkende Spendebereitschaft bei Einführung der engen Zustimmungslösung, drohe jedoch nach diesen Prognosen das Erliegen der Transplantationsmedizin in Deutschland. Mögliche Folgen wäre eine Zwei-Klassen-Medizin: Die Zahlungskräftigen gehen ins westliche Ausland oder nach Fernost.

„Wenn man sich aber vorstellt, dass eben in China auch Organe von Hingerichteten sozusagen programmgemäß verwendet werden und sich hieran deutsche Patienten als Nutznießer beteiligen könnten, das ist doch eine ziemlich gruselige Vorstellung. Sie beklagen immer die Zustände in der Dritten Welt. Aber wenn wir hier nicht zu einer entsprechenden Regelung kommen, dann fürchte ich, dass deutsche Patienten sich daran in Zukunft noch wesentlich mehr beteiligen.“ (Gubernatis: 62, 13/17. SdGA)

Das Schreckensszenario wurde damit von den ärztlichen Sachverständigen während der Öffentlichen Anhörungen gezeichnet: Wird der ‚Organbedarf‘ nicht in ausreichender Weise von den deutschen „Spender“ selbst gedeckt werden, ist der Missbrauch nicht mehr aufzuhalten.

Vom Geschenk zur Ware

Die politische Diskussion zeigt, dass über Organe auch als Ware verhandelt worden ist, da der von der Medizin postulierte ‚Organbedarf‘ mit den vorhandenen knappen Ressourcen in Beziehung gesetzt wurde. Auch wenn die Politiker und Politikerinnen forderten, dass Organe gerade keinen Warencharakter bekommen dürften, und ein finanzielles Entgelt für die „Organspende“ kategorisch ablehnten, wurden Organe trotzdem nach ökonomischen Kriterien bewertet: Das Spendeauf-

¹⁴⁹ Eurotransplant hatte bereits in seinen Richtlinien das Kriterium der nationalen Austauschbilanz eingeführt, nach dem die zum Vermittlungskreis gehörenden Länder künftig nur so viele Spenderorgane erhalten, wie sie selber aufbringen (Philipp (CDU/CSU): 24, 13/67. SdGA).

kommen (Angebot) kann den Organbedarf (Nachfrage) im Sinne eines ökonomischen Marktes nicht befriedigen. Das Ergebnis ist paradox: Über „Organspende“ wurden zwei Diskurse geführt, nämlich sowohl ein ökonomischer als auch ein altruistischer. „Organspende“ ist Ware und Geschenk zugleich (siehe auch Petersen 2007)!

Der ökonomische Diskurs wurde von Seiten der Transplantationsmediziner geführt, die unmissverständlich in den Öffentlichen Anhörungen Position bezogen haben: Bei einer engen Zustimmungslösung werden keine Organtransplantationen mehr durchgeführt werden können, da durch die ‚Ressourcenknappheit‘ nicht mehr eine ausreichende Anzahl an Organen zur Verfügung stehen wird. Auch die deutsche Beteiligung an Eurotransplant schafft dabei nicht den notwendigen Ausgleich, da der ‚Organimport‘ auf Dauer von den Nachbarländern nicht akzeptiert wird. Der Bundestag schloss sich mit seinem Abstimmungsvotum zugunsten der erweiterten Zustimmung den Forderungen des ökonomischen Diskurses der Transplantationsmedizin an. Da die Politiker sich den betroffenen Patienten gegenüber verantwortlich fühlten, die auf Organtransplantationen hoffen, war das vornehmliche Motiv für die politische Initiative die Erhöhung der Spendebereitschaft. Indem die Politiker den ‚Organbedarf‘ akzeptierten, den die Transplantationsmedizin vorgibt, war der Warendiskurs letztlich ausschlaggebend für die politische Entscheidung.

Nichtsdestotrotz war der Diskurs über „Organspende“ aber ein gebrochener Diskurs, da parallel der Geschenkdiskurs in den Debatten geführt wurde. Der Charakter der „Organspende“ als ‚freiwilliges gebendes Spenden‘ zeichnete das Bild altruistischer „Organspender“. Sie praktizieren über ihren Tod hinaus christlich ethische Verantwortung, solidarisches Handeln, Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe. Die Menschen werden dabei um ein sehr persönliches Opfer gebeten. Das findet jedoch in dem Gesamtsystem der Organtransplantation kein Gegenüber mehr, da keine Verbindung vom individuellen „Organspende“ zur Gruppe der Empfänger hergestellt wird. Der Kontakt ist nicht erwünscht, was sich in der Anonymisierung und fehlenden gesellschaftlichen Würdigung der individuellen „Organspender“ niederschlägt. Die beiden skizzierten Diskurse ‚Ware‘ und ‚Geschenk‘ trennen somit die beiden an der Transplantationsmedizin beteiligten Gruppen der Anbieter und Nutzer voneinander. Trotzdem bedingen der Ware-Diskurs und der Geschenk-Diskurs einander. Denn der Geschenk-Diskurs schafft die gesellschaftliche Akzeptanz, die den Bedarf der Organtransplantation befriedigen soll. Und ohne den nicht zu befriedigenden Bedarf des Warendiskurses müssten die Anstrengungen um die Bereitschaft zur „Organspende“ nicht auf den Altruismus in der Gesellschaft zurückgreifen.

„Spenden“ und „Geschenke“ zwischen sozialen Beziehungen und Waren

Das Oszillieren der „Organspende“ zwischen Geschenk und Ware findet sich auch bei „Blutspende“ und „Samenspende“ wieder.¹⁵⁰ Die Humantechnologien entwerfen somit eine gemeinsame Perspektive, die der „Spende“ für die Beziehung zwischen „Spendern“ und Empfängern. Körperteile und -substanzen (Organe, Samen, Blut) werden „gespendet“, obwohl sich unsere Gesellschaft als eine Konsumgesellschaft (siehe z.B. Strathern 1997) durch den Warentausch auszeichnet. Der Tausch von Waren gegen Geld und Geld gegen Waren ist Teil eines ökonomischen Marktes, in dem die Wahl und die dahinterstehende Nachfrage des Konsumenten über die Tauschtransaktion

150 Die „Eizellenspende“ und „Leihmutterchaft“ werden in dieser Betrachtung ausgeklammert, da sie aufgrund des Embryonenschutzgesetzes in der Bundesrepublik verboten sind

entscheiden. Waren haben einen Wert, der über Angebot und Nachfrage ausgehandelt und als Preis für die Ware bezahlt wird. Nach der Transaktion hat die Ware zwar den Besitzer gewechselt, ohne jedoch etwas zur Beziehung zwischen Geber und Empfänger jenseits der Transaktion beigetragen zu haben. Damit steht die Beziehung des Konsumenten zum ausgewählten Objekt, der Ware, im Vordergrund (Gregory 1982:41). Anders verhält es sich beim Gabentausch. Bei diesen eigentlichen Tauschhandlungen stehen soziale Beziehungen zwischen Gebern und Empfängern im Vordergrund. Typisch für sie ist, dass die Annahme einer Gabe immer auch das Geben einer „Gegengabe“ (Mauss [1968] 1990) erfordert. Dadurch entsteht ein Kontinuum von wechselseitigen Beziehungen, bei denen ein Geber auch immer wieder selbst zu einem Empfänger wird, entweder einer gleich- oder einer andersartigen Gabe.¹⁵¹

Auch wenn wir der Beschreibung unserer Gesellschaft als Konsumgesellschaft folgen, ist nicht von vornherein ausgeschlossen, dass neben Waren nicht auch Gaben in unserer Gesellschaft getauscht werden: Sind „Spenden“ und Geschenke auch als Gaben zu verstehen?¹⁵² Um dieser Frage nachzugehen, wird die Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft relevant: In unserer Kultur bildet das Individuum eine individuelle, autonome Persönlichkeit, die sie von anderen Individuen unterscheidet. Durch soziale Beziehungen sind jedoch diese Einzelindividuen miteinander verbunden (Cheal 1988:11). Gleichzeitig schafft die Vorstellung von sozialen Interaktionen das soziale Umfeld eines Individuums als Gruppe. Individuen werden somit nicht in Beziehung zu anderen Individuen, sondern zur Gesellschaft als solcher wahrgenommen (Cheal 1988:297 f.). Das Individuum im Zentrum unserer Vorstellung von Gesellschaft ist damit in zwei soziale Kategorien eingebunden: 1) persönliche Beziehungen zu anderen Personen; 2) Beziehungen zu einer sich abstrakt vorgestellten sozialen Gemeinschaft, der Gesellschaft.

Wie verhält es sich unter diesen Bedingungen mit der wichtigen kulturellen Vorstellung des Geschenkes? Geschenke haben, wie dies bei Gaben der Fall ist, die Funktion, soziale Beziehungen zwischen Gebern und Empfängern zu festigen. Geschenke werden meistens in persönlichen Beziehungen zu konkreten Personen oder zusammengehörigen Personengruppen, wie etwa zwischen Freunden oder Verwandten, gegeben. Auch das Prinzip der ‚Gegengabe‘ ist im Geschenk enthalten, da beim Geschenk eine moralische Verpflichtung zum Gegengeschenk besteht, was auch eine abstrakte Gabe oder Leistung abgelten oder antizipieren kann. Die moralische Verpflichtung zum Gegengeschenk, wird jedoch – anders als beim Gabentausch traditionaler Gesellschaften – im kulturellen Diskurs ausgeblendet, da beim Schenken die Dimension der freiwilligen und autonomen Handlung in den Vordergrund gerückt wird. Dies bedeutet, dass das Geschenk eine idealisierte Gabe ist: Die Einseitigkeit des Gebens wird betont.¹⁵³ Gaben sind aber immer darauf ausgerichtet, soziale Beziehungen zu festigen. Deshalb schwingen bewusst oder unbewusst immer Erwartungen einer Gegengabe mit (Douglas 2000:VII). Tatsächlich gilt also auch bei idealisierten Gaben das Prinzip der Gegenseitigkeit, das Geben und Empfangen einschließt.

Die „Spende“ folgt dagegen in unserer Gesellschaft nicht dem Prinzip der Gabe, da die „Spende“ eine faktisch einseitige Transaktion des Gebens darstellt. Die „Spende“ erfolgt von einer Person

151 Nach Godelier (1999:45) ist die Verpflichtung zur Gegengabe darin begründet, dass der getauschte Gegenstand nicht vom Geber entfremdet wird (alienated), sondern stattdessen Teil der identitätsstiftenden Realität einer Gruppe oder einer Person bleibt.

152 Ethnologische Studien haben aufzeigen können, dass in der kulturellen Praxis häufig verschiedene Formen des Tausches nebeneinander bestehen, wobei auch ein Objekt innerhalb kurzer Zeit nacheinander Gegenstand eines Warentausches und eines Gabentausches werden kann.

153 Diese Form der idealisierten Gabe entspricht dem christlichen Ideal, die in ihrer reinsten Form - der Leib Christi zur Erlösung der Menschen von ihren Sünden - zum Ausdruck kommt (Godelier 1999:145).

an eine sich vorgestellte Gemeinschaft. Die „Spende“, die im herkömmlichen Sprachgebrauch mit ‚Almosen‘ gleichbedeutend war, konzentriert sich auf ein zumeist einmaliges Geben für einen wohlthätigen, gemeinnützigen Zweck.¹⁵⁴ Grundlage dafür ist die Vorstellung von einer unpersönlichen Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft, da die „Spende“ nicht in einer persönlichen Beziehung gegeben wird, sondern sich an einen auf Hilfe und Unterstützung angewiesenen Personenkreis richtet, den der „Spender“ nicht persönlich kennt. Über Spendenaufrufe wird beispielsweise auf Menschen, die in Not geraten sind, aufmerksam gemacht. „Spenden“ werden in der Regel an gemeinnützige Organisationen gegeben, welche die „Spenden“ kollektiv sammeln und Hilfe vor Ort – beispielsweise in Überschwemmungsgebieten oder Flüchtlingslagern – organisieren. „Gespendet“ werden in der Regel Geld, aber auch Gegenstände, die der „Spender“ abgeben kann, da er sie nicht mehr braucht (z.B. abgelegte Kleidung). Mit der „Spende“ äußert der „Spender“ oder die „Spenderin“ Mitgefühl gegenüber anonymen Empfängern. Die Anonymität betont die Motivation des „Spenders“, lässt dabei aber keine persönliche Interaktion des Empfängers, wie beispielsweise das Geben einer Gegengabe, zu.

Im Kontext der Organtransplantation hat der Begriff der Spende eine mehrfache Bedeutung. Organe werden „gespendet“, indem sie vom Körper des „Spenders“ oder der „Spenderin“ getrennt, dadurch anonymisiert und dann an Hilfebedürftige weitervermittelt werden. Wie wir aufgezeigt haben, wurde bei der „postmortalen Organspende“ Altruismus als Hauptmotiv zugrundegelegt, da davon ausgegangen wird, dass der „Spender“ oder die „Spenderin“ weder für sich noch für einen Nahestehenden mit der „Spende“ eine direkte Gegengabe erwartet. Die „Spender“ bzw. deren Angehörigen waren aus Gründen der Hilfeleistung gegenüber einem unbekanntem Empfänger bereit, der Organentnahme zuzustimmen.

Doch damit sind die Facetten im Prozess der Organübertragung noch nicht erschöpft. Die politische Diskussion offenbarte, dass die „Organspende“ nicht mit dem Konzept der „Spende“, sondern mit dem Konzept des Geschenkes verglichen wurde! Es wird dabei auf den (passiven) Akteur des „Organspenders“ fokussiert, was das Ideal des Schenkens als freiwillige Entscheidung des Gebers hervorhebt. Geschenk und „Spende“ ähneln sich in der positiven Motivation des Gebenden, was diesen Vergleich – wie die Parlamentsdebatten zeigen – möglich macht. „Spenden“ jedoch als Geschenke zu deklarieren, bedeutet, dass die „Spende“ auf die persönliche Beziehungsebene verlegt wird. Die Werbung für „Blut- und Organspende“ (siehe Kapitel V) veranschaulicht, dass mit Slogans wie „Mein Blut für Dich“ oder „Verschenken Sie noch einmal Ihr Herz!“ die Vision eines persönlichen Gegenübers evoziert wird, das in Stellvertretung für den anonymen, namenlosen Empfänger steht. Auf der persönlichen Ebene soll eine größere Identifikation und damit Emotionalisierung geschaffen werden. Darüber hinaus wird der „Spender“ jedoch vor allem moralisch in die Pflicht genommen: Denn die Idee des Geschenkes schafft eine Beziehung zwischen Gebenden und Empfangenden. Die gemeinnützige „Spende“ wird zu einem persönlichen Geschenk, das die Handlung des Gebers in eine Relation zum Schicksal des Empfängers setzt. Entzieht sich der „Spender“, indem er der Organentnahme nicht zustimmt, wird ihm persönlich die Verantwortung – und Schuld – für den eventuellen Tod eines anderen übertragen.

154 Die Einseitigkeit auf Seiten des „Spenders“ lässt sich an dem Unterschied einer einmaligen „Spende“ im Gegensatz zum monatlichen Mitgliedsbeitrag veranschaulichen: Durch eine „Spende“ solidarisiert sich der „Spender“ beispielsweise mit einer Wohltätigkeitsorganisation oder der Kirche, ohne jedoch eine dauerhafte Verpflichtung einzugehen.

Die Analogie zwischen „Spende“ und Geschenk bricht jedoch in der Realität, denn kein potentieller „Organspender“ kann zu Lebzeiten verfügen, wer seine Organe tatsächlich bekommen soll, sodass die „Spender“ ihre Organe nicht zu ‚Geschenken‘ machen können und dürfen! Erklärtes Ziel des Systems der Organverteilung ist vielmehr die Trennung und das Verhindern einer Kontaktaufnahme von Empfängern und „Spendern“. Das Organ wechselt seinen ‚Besitzer‘, ohne Bestandteil einer schon bestehenden Beziehung zu sein noch eine solche hervorzubringen. Die Anonymisierung bedeutet gleichzeitig, dass die Organe losgelöst von der Identität und den sozialen Beziehungen des „Spenders“ übertragen und vom Empfänger inkorporiert werden. Wie wir aufzeigen konnten, orientiert sich der Diskurs über „Organspende“ am Bedarf und an den Hoffnungen der Empfänger und nicht an der Intention und dem Willen der „Spender“. Die „gespendeten“ Organe werden dadurch in einen ökonomischen Diskurs mit entsprechender Begrifflichkeit eingebunden, der die „Spende“ zur Ware umfunktioniert.¹⁵⁵

Die Form der „Lebenspende“ dagegen ist nicht anonymisiert, sondern auf einen sich emotional verbundenen Personenkreis beschränkt, sodass in diesem Fall eine Niere oder ein Lebersegment zum Geschenk werden soll. Die konkrete Beschränkung auf nahe Angehörige soll gerade verhindern, dass Organe zu persönlich veräußerbaren Gütern – Waren – werden; „Lebenspenden“ sollen ‚Geschenke‘ sein und bleiben. Darüber hinaus wird jedoch nicht erwartet oder erwünscht, dass der Empfänger die Niere durch ein Gegengeschenk erwidert. Dass damit auch Schuld- bzw. Dankbarkeitsgefühle entstehen, gehört zwangsläufig zu einem Geschenk, da es im Prinzip ebenfalls eine Gegengabe verlangt.

Im reproduktionsmedizinischen Kontext ist die in Deutschland praktizierte „Spende“ die „Samenspende“. Das Spermium ist im Unterschied zu Organen eine vom Körper trennbare und erneuerbare Ressource, die dadurch veräußerbar und übertragbar wird. Da der übertragene Samen nicht die soziale Identität des „Spenders“ ‚verrät‘ (Strathern 1997:300), führt die Befruchtung der Eizelle nicht notwendigerweise zu einer Beziehung zwischen den Personen, von denen die Substanzen stammen. Die Bezeichnung „Spende“ für die Produktion, Veräußerung und Übertragung von Samen suggeriert zunächst eine Intentionalität des „Spenders“. Jedoch lassen sich die Motive für eine „Samenspende“ nicht auf einen selbstlosen Altruismus begrenzen, da die „Samenspende“ – wie auch die „Blutspende“ – mit einem Entgelt bezahlt wird. Paare, die den Samen eines anderen Mannes kaufen, begleichen mit der Bezahlung weiterführende Ansprüche des „Spenders“ an das Kind oder das Paar. Sie gehen aufgrund des ökonomischen Kontextes keine weiterführende Beziehung und damit Verpflichtung mit dem „Spender“ ein.¹⁵⁶

Insgesamt betrachtet, korrespondieren die anonyme „Spende“ („Organspende“, „Blutspende“ und „Samenspende“) und die persönliche „Spende“ („Lebenspende“) mit der Bedeutung von persönlichen und abstrakten Beziehungen in unserer Kultur (Strathern 1997:300). Die Humantechnologien betonen die abstrakte Beziehung des Individuums zur Gesellschaft, da die „Spende“ aus dem persönlichen Umfeld des „Spenders“ oder der „Spenderin“ gelöst wird. Die anonyme „Spende“ wird in einen gemeinsamen ‚Pool‘ eingegeben, aus dem die losgelösten und anonymisierten „Spenden“ nach neu definierten Richtlinien im Sinne einer Redistribution (Sahlins [1978] 1996:27) verteilt

155 Der ‚Organbedarf‘ war eine entscheidende Legitimation für die erweiterte Zustimmungslösung.

156 Aber auch hier bricht der ökonomische Diskurs wieder. Der „Samenspender“ und das Kind bleiben aufgrund des biogenetischen Verwandtschaftsmodells (vgl. Franklin 1993:533) über geteilte Gene verbunden, auch wenn sie die Bindung nicht sozial leben (s. Kapitel VI).

werden. Diese Form der „Spende“ wird somit nicht entlang von Beziehungen gegeben, sondern entlang von einem gesamtgesellschaftlich erfassten Verteilungssystem, dessen Richtlinien den gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen immer wieder neu angepasst werden können. Da sich die Verteilung nicht an dem Willen der „Spender“ orientiert, sondern an den Wünschen und dem Bedarf der Empfänger, der ‚Konsumenten‘, wird die „Spende“ ursächlich eine Ware. Im Fall der „Samenspende“ und der „Blutspende“ offenbart sich der Warencharakter, da Samen und Blut sozusagen als Abgeltung für soziale Beziehungen mit Geld beglichen werden. Im Falle der „Organspende“ wird die „Spende“ trotz ihres Warencharakters als altruistische Tat gegenüber der Gesellschaft dargestellt, um jeden und jede zur „Spende“ zu animieren und das ‚Organaufkommen‘ erhöhen zu können. Die „Spender“ bzw. zumeist deren Angehörigen, die dem Appell zum Altruismus Folge leisten, wehren sich gegen den Gedanken der Ware. Sie möchten ihre Motivation, etwas Gutes tun zu wollen, im Vordergrund sehen, was sich sowohl mit der Konzeption der „Spende“ als auch des Geschenkes vereinbaren lässt. Aber auch die Empfänger erfahren zumeist das neu eingepflanzte Organ nicht als Ware, sondern vielmehr als Geschenk. Sie sind dankbar und fühlen sich gleichzeitig schuldig, die „Spende“ nicht mit einem Gegengeschenk erwidern zu können. Denn „Spender“ und Empfänger möchten die „Organspende“, fern des alltäglichen, ökonomischen Kontextes, als etwas ganz Besonderes und Außergewöhnliches in ihrer beider Leben begreifen: als eine „Spende“, die Leben schenkt.

VI. Propagieren der humantecnologischen Möglichkeiten und die Qual der Wahl

Humantecnologien zwischen Angebot und Nachfrage

Wie wir im Kapitel IV zeigten, schaffen Gesetze über Forschung und Anwendung gesellschaftlich verbindliche Handlungsrichtlinien. Trotz der gesetzlichen Rahmenbedingungen bleibt den Betroffenen ein beträchtlicher Handlungsspielraum – und zwar sowohl den Akteuren, die reproduktionsmedizinische Behandlungen durchführen oder Organe transplantieren, als auch jenen, die vor einem entsprechenden medizinischen Angebotsspektrum stehen. Der Handlungsspielraum stellt Anforderungen an den Einzelnen, weil er das Treffen einer persönlichen Wahl verlangt. Jeder, der direkt oder indirekt von diesen Technologien betroffen ist, ist gezwungen, sich eine eigene Meinung zu bilden. Sie wird zur Grundlage für seine Entscheidung, wie und in welchem Umfang er diese medizintechnologischen Möglichkeiten anwenden bzw. nutzen will. Ärzte und Patienten eignen sich dafür Wissen an und orientieren sich an Überzeugungen und Werten. Zum Wissen gehört zweifellos auch das Sich-vertraut-machen mit pragmatischen bzw. materiellen Dimensionen der Humantecnologien: Welche Medizintechnologien sind im Leistungskatalog der Krankenkassen aufgeführt und welches sind die Bedingungen? Sie bestimmen, vor allem im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin, die Nutzung (s. Kapitel I). Dabei wurde deutlich, dass diese Konditionen nicht ein für alle Mal festgelegt wurden, sondern ebenfalls Gegenstand von Aushandlungsprozessen sind. Die relativ neue Festlegung des Höchstalters für Frauen auf 40 und für Männer auf 50, wird die effektive Entscheidung von Frauen und Männern für die Anwendung einer „künstlichen“ Befruchtungsmethode massiv einschränken. Hinter solchen Regelungen der Krankenkassen stehen ökonomische Bedingungen sowie bevölkerungs- und gesundheitspolitische Entscheidungen. Sie stellen den Versuch dar, der Kostenexplosion im Gesundheitswesen Einhalt zu gewähren. Die Regelung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen bildet deshalb ebenfalls einen Rahmen für persönliche Entscheidungen. Angesichts der zunehmenden Ökonomisierung und Individualisierung der Gesundheitssysteme (Gottweis et al. 2004), werden immer mehr die finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen die Entscheidung mit beeinflussen.

Sehr viel diffuser in ihrer Wirkung sind weitere Faktoren, die auf die Meinungsbildung und damit auf die Grundlage für Entscheidungen einwirken: Hier ist an erster Stelle die mediale Vermittlung von humantecnologischem Wissen und von Werten und Überzeugungen zu erwähnen. Fast alle Medien befassen sich mit diesen Themen: Boulevardpresse, Soap Operas, Science Fictions, „Aufklärungs“-Schriften und Ratgeber. Wie etwa die Arbeiten von Hellmund (1995) und Obrecht (1996) zeigten, haben vor allem Erfolgsgeschichten und Horrorgeschichten sowie fiktionale Umsetzungen einen nicht zu unterschätzenden, aber schwer abzuschätzenden Einfluss auf die ‚öffentliche Meinung‘. Untersuchungen zu medial vermittelten Diskussionen zeigen, wie sich innerhalb weniger Jahrzehnte die Einstellung ‚der Öffentlichkeit‘ gewandelt hat. Nach Orland (2001) bewirkte die als riesiges Medienereignis inszenierte Kaiserschnittgeburt von Louise Brown, dem ersten durch IVF-Techniken gezeugtem Baby, eine Wende in den Einstellungen breiter Kreise zu Humantecnologien. Der Siegeszug der Humantecnologien ist erheblich auf die positive mediale Umsetzung – der Werbung und Vermarktung zurück zu führen (Kuhlmann 2003:127).

Abgesehen von der „Laienpresse“ (Hellmund 1995), die weniger ‚objektive‘ oder ‚rein wissenschaftliche‘ Darstellungen für sich in Anspruch nimmt, stellt die gezielte, sachbezogene Vermitt-

lung von Orientierungshilfen ein komplexes und umstrittenes Feld dar. Die Anbieter der Humantechnologien bringen sich auch selbst in dieses mediale Feld ein, indem sie über die Möglichkeiten, Sinn und Zweck von reproduktionsmedizinischen oder transplantationsmedizinischen Behandlungen berichten und dafür werben. Unter den Anbietern von Humantechnologien besteht eine Wettbewerbssituation; sie sind deshalb gezwungen, ihre Produkte bzw. Dienstleistungen und deren Besonderheit anzupreisen. Dies sind Schriften, die in der Regel als „Aufklärungsschriften“ bezeichnet werden und bestimmte Begrifflichkeiten verwenden. Sie geben Wertneutralität und objektive Wissenschaftlichkeit vor und versuchen damit, eine Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu erreichen: kritische Einstellungen sollen positiv verändert, Bedenken zerstreut und die Bereitschaft für die Anwendung der Humantechnologien gefördert werden.

„Kinderwunsch“ und der Zwang zur Entscheidung

In der Propagierung der medizintechnologischen Behandlungsmöglichkeiten spielt die verwendete Begrifflichkeit eine entscheidende Rolle (s. Kapitel V). Denn es sind die Begriffe, die die Anwendung der Technologien in einen Bedeutungskontext rücken, um die Akzeptanz zu fördern. Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin steht der Begriff des „Kinderwunsches“ im Zentrum. Dieser Begriff, der Mitte der 1960er-Jahre noch so gut wie unbekannt war, hat seither eine wahre Inflation erlebt. Am 17. Mai 2008 listete die Internet-Suchmaschine Google 3.410.000 deutschsprachige Seiten zu diesem Begriff auf! Die meisten verweisen direkt auf reproduktionsmedizinische Institutionen und ihre Angebote, Diskussionsforen, Selbsthilfegruppen und Ratgeber. Praxen und Kliniken haben diesen Begriff, der nicht aus dem Repertoire der Wissenschaftssprache stammt, dafür aber an die emotionale Intimität einer Frau oder eines Paares appelliert, längst zu Werbezwecken eingesetzt.

So schreibt ein „Zentrum für Kinderwunschbehandlung“ in Mönchengladbach (02.06.08):

„Kinderwunsch ein Herzenswunsch!

Der bestehende Kinderwunsch ist etwas sehr Intimes, Persönliches. Geht der Kinderwunsch nicht in Erfüllung, tauchen viele Fragen, Zweifel und Ängste auf. Auch die Partnerschaft kann auf eine harte Probe gestellt werden.

In den letzten Jahren hat die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden bei unerfülltem Kinderwunsch dazu geführt, dass auch Paaren geholfen werden kann, bei denen früher keine Hoffnung auf ein eigenes Kind bestand.

Wir beraten Sie gern!“ (Kinderwunschzentrum Mönchengladbach)

Die ehemals, als in der Öffentlichkeit kritische Einstellungen gegenüber Humantechnologien insgesamt überwogen, häufig verwendeten Begriffe wie „künstliche Befruchtung“ oder „Retortenbaby“ werden heute, aufgrund ihrer abschreckenden Wirkung, im offiziellen Diskurs nicht mehr verwendet. Stattdessen werden in einer Vielzahl von Praxen und Kliniken „Kinderwunsch“-Sprechstunden angeboten. Dort werden Paare hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten, die zur Erfüllung dieses Wunsches führen sollen, beraten.

Im Zusammenhang mit der Außenwirkung und der Attraktivität der reproduktionsmedizinischen Angebote ist er zu einem Schlüsselbegriff geworden. Die große Nachfrage, auf die die Reproduktionsmedizin heute stößt, wäre ohne eine ansprechende Terminologie kaum denkbar.

Vor welchem gesellschafts- und medizingeschichtlichen Hintergrund muss der noch junge Begriff des „Kinderwunsches“ gesehen werden? In ihrem historischen Rückblick auf den „Kinderwunsch“ macht Beck-Gernsheim (1997:117) deutlich, wie sich dieser von einem gesellschaftlich gesteuerten hin zu einem persönlich bestimmten „Wunsch“ entwickelte. Das Kind war bis weit ins 19. Jahrhundert hinein vor allem, gesellschaftlich gesehen, Arbeitskraft und Erbe; nur die Kinderzahl wurde zur Frage – nicht aber das Kinderhaben. Das Kinderkriegen war damals – und dies gilt selbstverständlich auch für heute! – von den jeweiligen Lebensumständen, den Arbeitsbedingungen, der gesellschaftlichen Position sowie den materiellen Bedingungen abhängig. Gleichzeitig beeinflussen immer auch individuelle Einstellungen und Verhaltensweisen Geburt und Elternschaft (Stein/Sproll 1995:57).

Im Zusammenhang mit dem bürgerlichen Familienideal wurde dann Mutterschaft als Erfüllung des ‚weiblichen Wesens‘ definiert, wozu die Sequenz: Ehe, Schwangerschaft, Geburt, Aufziehen der Kinder gehörte. Öffentlich thematisiert wurde der „Kinderwunsch“ erst zu dem Zeitpunkt, als die Geburtenzahlen im Zusammenhang mit der Erfindung und Verbreitung der „Pille“ drastisch zu fallen begannen (Beck-Gernsheim 1997:122-123). Orland (2001, 2003) formuliert es noch prägnanter: Der Wunsch nach einer Schwangerschaft wuchs parallel zur Abnahme der Angst vor einer Schwangerschaft. Die Empfängnisförderung begann, paradoxerweise, mit der Empfängnisverhütung. Das war zu einem Zeitpunkt, als die Abtreibungsdebatte im Zusammenhang mit der Fruchtbarkeit von Frauen im Zentrum von öffentlichen Auseinandersetzungen stand. Von ungewollter Kinderlosigkeit war in öffentlichen Debatten damals kaum die Rede. Im Vordergrund feministischer Postulate stand die mit der ‚Pille‘ möglich gewordene Selbstbestimmung der Frau über ihre reproduktiven Fähigkeiten und damit die Möglichkeit, ein Leben nun rational und mit einer beruflichen Karriere, unabhängig von den ‚Fesseln der Natur‘ planen zu können. Frauen wählten bewusst die Möglichkeit, auf eine Schwangerschaft zu verzichten, oder das Kinderkriegen „auf später“ zu verschieben.

Durch die veränderten Möglichkeiten einer Geburtenregelung wandelten sich ebenfalls gesellschaftliche Normen und Werte: Entscheidungsmöglichkeiten wurden zur Pflicht bewusster Familienplanung (vgl. Beck-Gernsheim 1997:122-123). Auch Stein/Sproll (1995:60) betonen, dass der Handlungsdruck zum Kinderbekommen von den Frauen jedoch keineswegs wich; er verlagerte sich nur von einer wenig hinterfragten, häufig wirtschaftlichen Selbstverständlichkeit hin zu einer Entscheidung, die bewusst für oder gegen Kinder getroffen werden konnte. Ihrer Ansicht nach löste die zumindest scheinbare Wahlmöglichkeit für Frauen, geschichtlich betrachtet, zwar die zwingende Verbindung von Frauenleben und Mutterschaft ein wenig auf, doch der „Kinderwunsch“ wurde zugleich zu einem privaten Problem.

Eine 23-jährige Frau schreibt 2005 in einem „Kinderwunsch-Forum“ im Internet:¹⁵⁷

„Ich wusste schon sehr früh, dass ich einmal in "jungen" Jahren Kinder möchte (mein Wunsch war es mit 21 Mami zu sein), vorausgesetzt es ist alles vorhanden, was es für eine kleine Familie braucht (Job, Geld, Ausbildung, den richtigen Mann, Hochzeit, eigene Wohnung....). [...]

¹⁵⁷ Rechtschreibfehler im Zitat

Mit 19/20 Jahren war der Kinderwunsch bei mir so stark, dass ich im Jahre 2001 erstmals mit meinem Mann darüber sprach.

Seine Reaktion war leider nicht sehr erfreulich für mich. Er wusste zwar, dass er sein Leben mit mir verbringen möchte und auch einmal Kinder möchte, nur noch nicht sofort.

Für mich brach eine Welt zusammen, ich musste es aber annehmen, und seine Meinung akzeptieren, auch wenn es "hart" war.

Ich verkroch mich mit meinem Problem in diversen Foren...konnte mich da austauschen, was mir oftmals gut tat, aber auch oft tat es weh, weil ich sah, wie andere glücklich waren, schwanger wurden, Babies bekamen. [...]

Am 8.8.03 heirateten wir (27.9.03 kirchlich).

Das Jahr neigte sich langsam dem Ende zu und bisher stellte sich leider auch noch keine Schwangerschaft ein.Es tat sehr weh, aber ich kämpfte weiter... weiter für unser Wunschkind. [...]

Nun wurde ich vor vollendete Tatsachen gestellt... Es würde noch ein letzter Monat mit Serophene gemacht und danach würde mit Hormonspritzen weitergemacht, dann Inseminationen und zu guter letzt die IVF (künstliche Befruchtung).

Ich konnte dies einigermaßen annehmen/verarbeiten, da ich wirklich bereit war alles für ein Kind auf MICH/UNS zu nehmen, auch wenn ich mir gewünscht hätte auf natürlichem Wege ein Baby zu zeugen. Mann hingegen machte dies ziemlich zuschaffen, so wäre er gar nicht bei der Zeugung beteiligt. (Insemination/IVF).“

Die Propagierung „künstlicher Befruchtung“ wurde in den frühen 1980er Jahren von Feministinnen als patriarchale Kontrolle und Aneignung des weiblichen Gebärvermögens interpretiert. Hinzu kam die Ablehnung der neuen Möglichkeit, den weiblichen Körper bzw. mikroskopische Teile davon als Ressource (Eizellen, Embryonen, Stammzellen) auszubeuten. Gleichzeitig wehrten sie sich gegen die Wiederbelebung einer Idealisierung der Frau als Mutter und gegen eine sozusagen freiwillige Rückkehr in Rollen, von denen sich ganze Generationen von Frauen zu befreien versucht hatten (vgl. Graumann und Schneider 2003, Beck-Gernsheim 1997). Als jedoch Frauen damit argumentierten, in freier Entscheidung sich dieser medizintechnologischen Möglichkeiten nach ihren eigenen Vorstellungen zu bedienen, verstummte ein Großteil der feministischen Kritik. Gleichzeitig erfuhren Schwanger- und Mutterschaft auch eine Umdeutung: viele Frauen begannen die Dimension der persönlichen *Erfahrung* von Schwangerschaft und Mutterschaft in den Vordergrund zu rücken. Kinder zu bekommen, war damit in mehrfacher Hinsicht zu einer „Kinderfrage“ geworden.

Frauen standen bei ihrer Lebensplanung nicht nur vor der Wahl, sich für oder gegen Kinder zu entscheiden, sondern auch vor der Frage: Was kann getan werden, wenn sich, vor allem bei „auf später“ verschobenem Kinderkriegen keine Kinder einstellten? Dies war die Geburtsstunde des „Kinderwunsches“, hinter dem – nun ebenfalls zu einem öffentlichen Topos erhoben – die „ungewollte Kinderlosigkeit“ stand. „Ungewollte Kinderlosigkeit“ und „Kinderwunsch“ bedingen sich gegenseitig und bilden die soziale und emotionale Ausgangslage für die Nutzung von Reproduktionsmedizin. Umgekehrt rekurriert die Reproduktionsmedizin in ihrer Werbung gerade auf diese Begriffe und die dazu gehörenden sozialen und psychischen Umstände, in denen sich vor allem Frauen befinden.

Eine Praxis-Klinik schreibt dazu in ihrem Internetauftritt folgendes (17.08.05):

„Kinderwunsch – Eine Frage von Körper und Seele

Das „Ja“ zu einem gemeinsamen Kind ist ein klarer Ausdruck von tiefer Zuneigung und Ver-

trauen zwischen zwei Menschen. Das „Ja“ bedeutet auch, dass beide Verantwortung übernehmen wollen für einen neuen Menschen, der Teil von beiden ist.

Bleibt der Kinderwunsch aber unerfüllt, kann dies leicht zur Belastung der Beziehung werden, weil eine gemeinsame Zielsetzung im Leben scheinbar in Frage steht. Häufig genug wird unter anderem deshalb das Thema Unfruchtbarkeit tabuisiert. Das Problem steht im Raum, ohne dass es angesprochen wird. Sprachlosigkeit bedeutet aber auch, alleine zu sein mit der Belastung, die sich aus einer ungewollten Kinderlosigkeit ergeben kann. Oftmals dauert es Jahre, bevor sich Paare mit ihrem Problem an den Hausarzt, Frauenarzt oder an einen Experten in der Kinderwunschbehandlung wenden.

Es ist daher der richtige Schritt, dass Sie professionelle Hilfe in unserer Klinik/Praxis in Anspruch nehmen wollen. Wir danken Ihnen für das Vertrauen, das Sie uns hiermit aussprechen. Gehen Sie davon aus, dass unser Team aus Ärzten, Biologen, Psychologen, Laboranten und Assistenten alle Möglichkeiten ausschöpfen wird, um Ihnen zu helfen.

An dieser Stelle sei aber auch gesagt, dass wir, trotz allen medizinischen Fortschritts einen Behandlungserfolg nicht garantieren können. Die menschliche Natur ist eben kein mechanisches Räderwerk, sondern ein kompliziertes Zusammenspiel von Körper und Seele.“ (Kinderwunsch-Klinik Universität München)

Auch wenn heute zwischen „gewollter“ und „ungewollter“ Kinderlosigkeit unterschieden wird (Berg 2003:22) – der Begriff der Kinderlosigkeit suggeriert in jedem Fall, dass etwas fehlt, nämlich ein Kind. Ein Kind gehöre eigentlich ‚dazu‘, vor allem zum Frausein. Die normative Dimension dieses Begriffspaares „ungewollte Kinderlosigkeit“/„Kinderwunsch“ drückt sich am gesteigerten Erwartungsdruck der Nutzerinnen, aber auch der sozialen Umgebung aus.

Aus diesem Grund wollen Frauen bzw. Paare, welche sich für eine reproduktionsmedizinische Behandlung entschlossen haben (vgl. Petersen 1985; Klein 1989), trotz ihres Wissens um die relativ niedrige Erfolgsquote alle Angebote versuchen – und um sich im Nachhinein nicht vorwerfen zu müssen, sie hätten nicht alles versucht (vgl. das Interview mit Elisabeth Leinemann, Kapitel III; siehe auch Franklin 1997:171-176).

Der „Kinderwunsch“ bildet eine wesentliche Brücke zwischen Anbietern und Nutzern; er verbindet beiderlei Interessen mit einander.

So heißt es auf der Homepage einer Kinderwunsch-Praxis (17.08.05):¹⁵⁸

„Egal wer Sie sind und was Sie bislang unternommen und erlebt haben um gemeinsam mit Ihrem Partner zu einer Familie zu werden, ich möchte Ihnen dabei helfen Ihren Wunsch zu erfüllen[...] Die Medizin ist nicht in der Lage Wunder zu bewirken, mein Team und ich möchten Ihnen jedoch versprechen gemeinsam mit Ihnen mitzuhelfen, damit aus Ihrem Traum Wirklichkeit werden kann.“ (Initiative ganzheitlicher Kinderwunsch, 02.06.08)

Die Verknüpfung von Fortpflanzungsforschungen und „ungewollter Kinderlosigkeit“ war, historisch betrachtet, nicht von Anfang an gegeben, wie die Medizinhistorikerin Orland (2001) überzeugend nachwies. Die Anfänge dessen, was heute als Reproduktionsmedizin und Teil der Frauenheilkunde gilt, waren Visionen und Versuche der extrakorporalen Befruchtung – Vorstellungen von der Möglichkeit eines Homunculus. Also nicht mit weiblicher oder männlicher Sterilität begann die Forschung, sondern mit der Verwirklichung eines alten Menschen- (oder eher Männer-)

¹⁵⁸ Rechtschreibfehler im Zitat

Traums: der Schaffung eines Menschen außerhalb des weiblichen Körpers. Erst die Verbindung mit dem Problem der Unfruchtbarkeit verschaffte den IVF-Techniken zum Durchbruch. Orland bezeichnet den Begriff der Unfruchtbarkeit als einen „Scharnierbegriff“, weil er „half, Methoden, denen man eine kontrollierte Menschenproduktion nachsagte, zu unproblematischen, sogar erwünschten Sterilitätsbehandlungen zu machen“ (2001: 25). Die potentiellen Möglichkeiten der neuen Techniken wurden also in das Idiom der Unfruchtbarkeit eingepasst und erhielten eine Normalitätsstiftende Funktion. Diese „Normalität“ unterstreicht der Begriff des „Kinderwunsches“: Es ist normal, sich ein genetisch verwandtes, eigenes Kind zu wünschen. Und es ist ebenso normal und selbstverständlich, diesen natürlichen Wunsch mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln realisieren zu wollen; dafür gibt es auch all die vielen Institutionen, die mit „Kinderwunsch-Sprechstunden“ werben und Möglichkeiten zur Verwirklichung anbieten – auch wenn die effektive Erfolgsrate verhältnismäßig gering ist. Je nach Interesse der involvierten Akteure werden die erzielten Erfolge nämlich unterschiedlich definiert: Manchmal bilden die erreichten Schwangerschaften, die durchgeführten Punktionen oder Embryotransfers die Grundlage der Berechnung, ein anderes Mal die Lebendgeburten. All diese Normalitäten und Selbstverständlichkeiten haben auch eine Kehrseite: Die Idee des Naturrechts, die sich im „Kinderwunsch“ manifestiert, erschwert den Paaren zu akzeptieren, dass es Lebensformen ohne ‚eigene‘ Kinder geben kann (Zeller-Steinbrich 1995:14).

Dass der Begriff des „Kinderwunsches“ die Anwendung reproduktionsmedizinischer Technologien legitimieren und propagieren soll, zeigen andere soziale Zusammenhänge, die denselben Begriff ablehnen. So wird von Jugendämtern und Adoptionsvermittlungsstellen ein „unerfüllter Kinderwunsch“ nicht als hinreichender Adoptionsgrund akzeptiert. Ein Adoptivkind darf kein Ersatz sein für ein fehlendes leibliches Kind. Von den Paaren wird erwartet, dass ihre Beweggründe selbstloser Natur seien. Das Kind muss von einem adoptionsbereiten Paar aus altruistischen Motiven angenommen werden. Die Bedürfnisse des Kindes – und nicht die des Paares! – stehen im Mittelpunkt des Interesses, und damit nicht ein als triebgesteuert bewerteter „unerfüllter Kinderwunsch“. Das adoptionswillige Paar darf nicht (mehr) an seiner „ungewollten Kinderlosigkeit“ leiden (gerade der Aspekt des Leidens wird jedoch seitens der Reproduktionsmedizin immer wieder betont), sondern muss bereits eine entsprechende Trauerarbeit geleistet haben. Dieselben Paare, die sich zunächst in reproduktionsmedizinischer Behandlung befinden und sich entweder zeitgleich oder später an eine Adoptionsstelle wenden, werden somit in der einen Institution auf ihr ‚natürliches Recht‘ auf ein Kind verwiesen und darin bestärkt, während in der anderen Institution genau dieses ‚Naturrecht‘ einer Adoption entgegensteht und die Vermittlung eines Kindes verhindert.

Die soziale und medizinische Definition des „Kinderwunsches“ ist, wie Beck-Gernsheim (2002) feststellte, nicht stehen geblieben, sondern hat sich zum „Wunschkind“ entwickelt. Auch in unseren Interviews formulierten Ärzte und Paare im Zusammenhang mit heterologer Insemination, dass sie auf eine physische Ähnlichkeit zwischen dem zu zeugenden Kind und den Eltern (v.a. dem Vater) besonderen Wert legten. Die Idee des „Wunschkindes“ beinhaltet das Streben nach Vollkommenheit und konkretisiert sich in der Forderung auf ein gesundes Kind. Dies ist das Resultat der inzwischen weiter fortgeschrittenen medizintechnologischen Entwicklungen, vor allem der pränatalen Diagnostik, die neue Begehrlichkeiten schafft. Es sind Begehrlichkeiten, die Selektion voraussetzen, weil sie nur das Vollkommene akzeptieren und krankes oder behindertes Leben zu vermeiden versuchen.

So propagiert eine reproduktionsmedizinische Praxis auf ihrer Homepage (17.08.05) eine Möglichkeit der Behandlung, welche auf den Wunsch nach einem bestimmten Geschlecht des Babys eingeht:

„Manche Paare haben zwar keine Probleme, Kinder zu zeugen, diesmal soll es aber ein Junge oder ein Mädchen werden. Statistisch beträgt die Chance für ein bestimmtes Geschlecht 50%.

Durch eine medikamentöse Festlegung der Zeit des Eisprunges und durch die Festlegung des Befruchtungstermins ist es möglich, die Chance für ein bestimmtes Geschlecht des Kindes auf ca. 70 % zu erhöhen.

Dazu ist es erforderlich:

1. eine umfassende Hormonbestimmung durch eine Blutuntersuchung durchzuführen,
2. das Reifen einer Eizelle durch Medikamente zu stimulieren,
3. den Eisprung durch Medikamente (Spritze) auszulösen,
4. den Termin der Befruchtung festzulegen.

Da diese umfangreichen Maßnahmen nicht zum Leistungs-Katalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, können wir sie nur durchführen, wenn Sie die Kosten selbst tragen.“

Ein weiterer Schritt bildet die Präimplantationsdiagnostik, die Selektion im Labor. In vielen Ländern, wie etwa Großbritannien, Frankreich, Spanien, Dänemark, Italien befindet sich die Präimplantationsdiagnostik bereits auf dem Weg zur Routinisierung und Normalisierung; in Deutschland, Österreich, der Schweiz und anderen Ländern sind diese Techniken noch nicht zugelassen (Graumann 2003). Dennoch trägt das Wissen und die Forschung an der Weiterentwicklung dieser Techniken dazu bei, das Verlangen von einem „Kinderwunsch“ zu einem „Wunschkind“ zu transformieren. Und mit dem Terminus „Wunschkind“ befindet sich diese Technologie – analog zum Beispiel des „Kinderwunsches“ – vermutlich bereits auf bestem Weg, gesellschaftlich eingepasst zu werden.

Transplantationsmedizin: Die Qual der Wahl

Wie dargelegt wurde, propagiert der dominante öffentliche Diskurs die Nutzung der Humantechnologie. Diese enthebt den Einzelnen dennoch nicht davon, sich selbst eine Meinung zu bilden und eine Wahl zu treffen. Dies gilt nicht nur für Patienten bzw. Angehörige „potentieller Organspender“, sondern ebenso für diejenigen, die beruflich mit dieser Spitzenmedizin zu tun haben, vor allem Ärzte und Pflegepersonal.

Die von der Medizin angebotenen Möglichkeiten erfordern in der Praxis unterschiedliche Wahlentscheidungen. Einmal geht es für (noch) Nichtbetroffene und die Angehörigen „potentieller Organspender“ um die Option, sich mit der Thematik Tod und „Organspende“ auseinander zusetzen bzw. um das Recht, dies nicht zu tun. Zum anderen um die Möglichkeit, bei Bedarf Zugang zu dieser Behandlungsmethode zu bekommen (welche durch die geringe Anzahl verfügbarer Organe eingeschränkt ist) oder aber diese abzulehnen und sich für das Sterben zu entscheiden. Die Möglichkeit der Wahl, die Freiheit in der Wahl ist aber auch abhängig vom Wissensstand über die Humantechnologien. Darüber „aufzuklären“ und Informationen zu verbreiten, ist Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und der Deutschen Stiftung Organtransplanta-

tion (DSO). Da die Transplantationsmedizin von der Zustimmung der „Spender“ zu Lebzeiten bzw. der Einwilligung der Hinterbliebenen abhängig ist, muss sie die Bevölkerung dementsprechend motivieren. Betrachtet man die Schriften unter diesem Blickwinkel, wird schnell deutlich, dass es sich nicht um eine neutrale Darstellung von Fakten handelt, sondern mit diesen Schriften gezielt *Werbung* betrieben wird. Wir möchten aufzeigen, mit welchen Mechanismen dies passiert.

„Aufklärungsschriften“ sollen Laien medizinische Fakten erklären, sie zu einer Auseinandersetzung mit der Thematik und letztlich zu einer ‚freien‘ Entscheidung bringen. „Aufklärung“, also die hierarchische Vermittlung von Wissen, ist ein wichtiger Teil des Funktionierens der Expertensysteme, die Anthony Giddens als charakteristisch für die spätmoderne Gesellschaft mit ihrer komplexen Differenzierung und Spezialisierung bezeichnet hat (siehe Kapitel I). Damit Expertensysteme jedoch überhaupt funktionieren können, muss etwas sehr Zentrales vorausgesetzt sein: Vertrauen. Die „Aufklärungsschriften“ dienen also nicht nur der Wissensvermittlung, sondern auch dem Zerstören von Bedenken. Noch wichtiger: Sie sollen Vertrauen schaffen. Der Begriff der „Aufklärung“ ist demnach nicht neutral (siehe Kap. IV), sondern ist im vorliegenden Fall darüber hinaus noch verknüpft mit moralischen Wertungen.

In den „Aufklärungsschriften“ werden konfliktrträgliche oder problematische Aspekte, wie sie etwa in der gesellschaftspolitischen Diskussion auftauchen, vermieden. Weder wird thematisiert, dass es sich bei einem „Hirntoten“ um einen „lebenden Leichnam“ handelt (mit allen daraus resultierenden Schwierigkeiten für die Angehörigen), noch werden die Worte „Leiche“, „Leichnam“ oder „Leichenspende“, von wenigen Gegenbeispielen abgesehen, benutzt. Meinungsumfragen bei der deutschen Bevölkerung zeigen seit Jahren eine positive Einstellung zu Organtransplantation von etwa 70% der Bevölkerung (Siegmond-Schultze 2005). Jedoch besitzen nur etwa 11% der Deutschen einen Organspendeausweis (Deutsche Presseagentur 23.03.2005) und die Ablehnungsrate bei der Bitte um Organspende ist im Jahr 2004 auf fast 40% gestiegen (dpa 17.03.2005). Die positiven Ergebnisse der Meinungsumfragen lassen unserer Ansicht nach nicht auf eine Abschwächung der Furcht vor der Verletzung der Unversehrtheit des Körpers oder einer Leiche schließen. Vielmehr liegt sie u.E. darin begründet, dass die problematischen Aspekte, die in der Akutsituation auf der Intensivstation zu einer Ablehnung einer Organspende seitens der Angehörigen führen, in den sogenannten Aufklärungsschriften nicht oder nur am Rande aufgegriffen werden.

Wie wird nun der „Hirntod“ von Seiten der Anbieter für die breite Öffentlichkeit erklärt? In der von der Deutschen Stiftung Organtransplantation herausgegebenen Schrift „Hirntod als der Tod des Menschen“ (Schlake/Roosen 2001), die den „Hirntod“ und seinen wissenschaftlichen Nachweis erläutert, wird auch die Diskrepanz zwischen sinnlicher Wahrnehmung („lebend“) und medizinischem Faktum („tot“) thematisiert.

„Die Persönlichkeit eines Menschen, das unverwechselbare Ganze seiner menschlichen Existenz [sind] an sein Bewußtsein – und damit substantiell einzig an das Gehirn – gebunden.“ (Schlake/Roosen 2001:77)

Schwierigkeiten bereiten die Phänomene, die als Äußerungen oder Anzeichen von Lebendigkeit gelten und damit auch zur Kritik am „Hirntod“ als Todesdefinition führen.¹⁵⁹ Aufgeführt werden hier unter anderem das sogenannte ‚Lazarus-Zeichen‘¹⁶⁰, supravitale Reaktionen bei der Organentnahme, Restaktivitäten im EEG sowie hypothalamisch-hypophysäre Restfunktionen, das Teil-

159 Vgl. die entsprechende Argumentation der Parlamentsdebatten in Kapitel IV.

160 Bei „Hirntoten“ kann es aufgrund von nicht durch das Gehirn kontrollierten Aktivitäten des Rückenmarks zu spontanen Bewegungen der Extremitäten kommen.

hirntod-Konzepte sowie die Problematik „hirntoter“ Schwangerer (Schlake/Roosen 2001:68). In Bezug auf spinale Reflexautomatismen, auch als „Lazarus-Zeichen“ bekannt, führen die Autoren an:

„So befremdlich und vielleicht erschreckend derartige Phänomene auch für Außenstehende sein mögen, sie entstehen zweifelsfrei außerhalb des Gehirns und damit jeglichen Bewußtseins auf der Ebene von Rückenmark, Nerven und Muskulatur. Sie haben mit dem personalen Leben des Menschen nichts mehr zu tun.“ (Schlake/Roosen 2001:65)

Als Kritik an der Kritik am „Hirntod“ führen sie an, dass

„[w]eder Philosophie noch Theologie bisher aber imstande [waren], schlüssige oder gar einheitliche Definitionen von Begriffen wie ‚Person‘ und ‚Leib‘ oder gar ‚Geist‘ und ‚Seele‘ zu liefern, geschweige denn das Problem des cartesianischen ‚Leib-Seele-Dualismus‘ zu lösen.“ (Schlake/Roosen 2001:83-84)

Deutlich lässt sich hier der dominante Diskurs erkennen, wie er bereits in den Parlamentsdebatten zum Transplantationsgesetz auftrat. Kritische Aufklärungsschriften und Initiativen sind selten. Da sie nicht auf finanzielle Unterstützung der Pharmaindustrie und zumeist auch nicht auf öffentliche Gelder zurückgreifen können, haben sie weitaus geringere finanzielle Möglichkeiten, um den Werbekampagnen der Anbieterseite etwas entgegenzusetzen und das öffentliche Wissensspektrum zu erweitern. Im öffentlichen Diskurs werden die Gründe für die geringe Organspendebereitschaft im zunehmenden Egoismus und mangelnden Altruismus unserer Gesellschaft gesehen: „Keiner will geben, aber alle wollen nehmen.“ Diese Erklärung blendet jedoch große Teile der Problematik aus, die zu einer ambivalenten Einstellung der Bevölkerung gegenüber Organtransplantation führt. Hierzu gehören vor allem der tabuisierte Umgang mit dem Tod und toten Körpern (das sogenannte ‚Leichentabu‘), aber auch – wie gezeigt – die enge Verknüpfung von Körper, Leib und Identität. Erst in den letzten Jahren wird vermehrt thematisiert, dass die geringe Zahl an „Organspendern“ auch mit der niedrigen Beteiligung von Krankenhäusern an der „Gemeinschaftsaufgabe Organtransplantation“ in Deutschland zusammenhängt. Lediglich 40% der Krankenhäuser mit Intensivbetten meldeten im Jahre 2006 potentielle „Organspender“ an die DSO (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007:8).

„Organtransplantation – jeder kann betroffen sein“. So lautet der Titel eines Informationsfilmes der DSO und kennzeichnet exemplarisch ein Hauptargument, um die Bevölkerung zur „Organspende“ aufzurufen. Das eigene mögliche Betroffensein wird auch in den Schriften der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Grund genannt, warum sich jeder mit Organtransplantation auseinandersetzen sollte. Immer wieder wird in den öffentlichen Informationsschriften konstatiert, dass eine „Organspende“ eine sehr persönliche Entscheidung sei, die stark von der individuellen Biographie und Lebensanschauung eines Menschen geprägt werde.¹⁶¹ Die Ablehnung einer „Organspende“ aus ethischen, moralischen oder religiösen Gründen sei deswegen grundsätzlich zu akzeptieren. Man möchte den Menschen mit der „Aufklärung“ Faktenwissen für eine eigene richtige Entscheidung geben, sie zur Auseinandersetzung mit dem unangenehmen Thema des eigenen Todes bewegen und ihnen die Ängste, die mit diesem Thema verbunden sind, nehmen.

161 Vgl. hierzu auch entsprechend neuere Materialien der DSO für den Schulunterricht (Deutsche Stiftung für Organtransplantation Unterrichtsmaterialien) sowie die Werbekampagne der Initiative „Junge Helden – leben weitergeben“ (<http://www.junge-helden.org>), die versucht, junge Menschen zur Auseinandersetzung mit dieser Thematik zu bringen.

Die „Aufklärungskampagne“, welche die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit Ende Oktober 1996 bis Januar 1997 durchführte, soll die Botschaft „Schenken Sie Leben“ vermitteln und damit „den unbestrittenen Nutzen der Transplantationsmedizin zum Ausdruck“ bringen (BZgA o.J.). Andererseits mache dieses Motto auch deutlich,

„[...] daß die Organspende ein freiwilliger, persönlicher Akt der Mitmenschlichkeit ist – eben ein Geschenk. Weder der Nutzen der Organtransplantation noch die verständliche Hoffnung schwerkranker Menschen auf ein Spenderorgan darf auf den einzelnen Druck ausüben, um ihn zu einer zustimmenden Entscheidung zu drängen. Jede Entscheidung, aus welchen Gründen auch immer, ist zu respektieren.“ (BZgA o.J.)

Doch wie sieht es mit der Freiwilligkeit und dem moralischen Druck aus, wenn auf einem Plakat dieser Kampagne, welches ein verliebtes junges Paar auf einem Bahnsteig zeigt, zu lesen ist:

„Schön, wenn Sie Ihr Herz verschenkt haben.
Wollen Sie's nach Ihrem Tod noch einmal tun? Lieben Sie jemanden? Dann wissen Sie, wie gut das tut und wie viel Kraft dieses Gefühl einem geben kann. Dann wissen Sie aber auch, daß man Liebe nicht erzwingen kann. Sie ist freiwillig.
Wie zum Beispiel die Organspende: Sie ist ein Zeichen der Solidarität mit kranken Menschen, ein Akt der Nächstenliebe, der über den Tod hinausgeht.“ (BZgA o.J.)

Auch aus Sicht der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland „[...] ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten“ (1990:26). Kritiker sehen darin die Erklärung der „Organspende“ zur Pflicht eines Christen und einer Christin. Nach Ansicht Seibels, vor seiner eigenen Erkrankung und Lebertransplantation Pastor einer Freien Evangelischen Gemeinde, ist dies jedoch verkehrt:

„Obwohl Christen durch verschiedene Bibelstellen zur Nächstenliebe aufgerufen sind – siehe z.B. Römer 13,8-10 – betrachte ich dennoch nicht die Organspende als christliche Bringschuld. Eine solche Sichtweise würde zu einem moralischen Druck auf potentielle Organspender oder deren Angehörige führen, der bei einer Verweigerung der Organentnahme das Gewissen belasten kann. Organspende muß ein Akt der Freiwilligkeit bleiben. Abgesehen davon kann Liebe nicht befohlen werden.“ (Seibel 1995:87 f.)

noch gerechtfertigt werden, wenn er in derselben Schrift kurz zuvor argumentiert:

„Wenn ich weiß, daß im Fall eines plötzlichen Todes durch meine gesunden Organe Leben erhalten werden kann, darf ein Sich-nicht-auseinandersetzen-Wollen mit diesem Thema für mich als Christ nicht mehr in Frage kommen. Ein Wegsehen von den Fragen und Problemen der Transplantationsmedizin, aus welchen Gründen auch immer, ist ein in keiner Weise angemessenes Verhalten gegenüber den vielen auf ein Weiterleben hoffenden Kranken.“ (Seibel 1995:86)

Auch wenn, wie gesagt, das Ablehnen einer „Organspende“ aus religiösen Gründen, so der Grundtenor, akzeptiert wird, folgt dieser Aussage meist das Gegenargument, dass sich die dominanten Stimmen der evangelischen und katholischen Kirchen offiziell in ihrer Erklärung von 1990 für „Organspende“ und die Akzeptanz des „Hirntodes“ ausgesprochen haben und diese Eingriffe auch

die Auferstehung nach dem Tode nicht tangieren (Dtsch. Bischofskonferenz 1990:23). Demnach könne es sich also nur um Aberglaube denn um wahrhaft religiöse Überzeugungen handeln.

Die Wahl aus der Sicht der Transplantationsmedizin

Die Wirklichkeit, wie sich Individuen verhalten und welche Wahl sie für sich selber – sei es als Fachmann bzw. Fachfrau oder als Privatperson – treffen, ist komplex und kann auch Konflikte bedeuten: sowohl mit sich selbst, als auch mit der nächsten Familie, die diesen Entschluss aufgrund ihrer eigenen Einstellung nicht mittragen kann oder möchte.

Die individuellen Entscheidungen bezüglich „Organspende“ gehören zwar in den Bereich des Persönlichkeitsschutzes, dennoch haben diese auch Auswirkungen auf die Einstellung zur Arbeit in einer Klinik, in welcher Transplantationen stattfinden.

Die Stationsleiterin Brigitte Gerhoff als Mitglied des Pflegepersonals skizzierte die Situation auf der Station folgendermaßen:

„Unser ärztlicher Dienst hier ist nicht unbedingt ein Befürworter der Explantation. Die Meinung ist im Großen und Ganzen geteilt. Wir haben schon welche, die sagen: ‚Es ist eine gute Sache, wir fördern das, wir melden auch solche Patienten‘. Es gibt aber auch welche, die sagen: ‚Nein, ich möchte das nicht. Ich stimme dem nicht zu. Ich werde diesen Patienten nicht an die Anästhesie-Abteilung melden‘.“

Frage: „Und vor welchem Hintergrund findet das statt? Wo sind da die Bedenken einzuordnen?“

Brigitte Gerhoff: „Auf dieser Gewissensbasis, das zu verantworten. Ein Arzt, der diese Entscheidung gibt, ja, ihr könntet bei diesem Patienten unter Umständen die Organe entnehmen, [macht] eben auch schon einen ganz großen Schritt. Und wenn man das selber nicht befürworten kann, ist das auch dieser Gewissenskonflikt.“

Der Intensivmediziner und Transplantationsbeauftragte Dr. Heiner Fahrenkamp machte sich auch Gedanken darüber, ob die Entscheidung für die Zustimmung und die Durchführung von entsprechenden Maßnahmen für eine Explantation dem Einzelnen aufgrund seiner persönlichen Gewissensentscheidung überlassen werden sollte oder ob der Einzelne beruflich verpflichtet werden kann,¹⁶² auch wenn der Arzt persönlich Schwierigkeiten damit hat:

„Wenn das [die Gespräche mit Angehörigen bezüglich einer Organfreigabe] wenige [Personen], aber dann intensiv und richtig machen, ist es sinnvoller, als wenn man das viele machen lässt, die nicht so richtig die Erfahrung haben oder auch das Engagement, um das zügig abzuwickeln, beziehungsweise auch mit Einfühlungsvermögen bei den Angehörigen durchzuführen. Das ist eigentlich auch ein Punkt, der in der Gesetzgebung ein bisschen zu kurz gekommen ist, der Umgang mit den Angehörigen. Es wird immer nur nach dem Rechtsverfahren gefragt, wie es abzuwickeln ist. Aber wie wir die Angehörigen betreuen, wie wir zum Beispiel einfühlsam mit ihnen umgehen, wie man schwierige Arzt-Patienten- oder Arzt-Angehörigen-Gespräche gestaltet, die Kommunikationsprobleme, das ist doch ein Gebiet, was noch bearbeitet werden muss, um da Verbesserungen zu

162 Im Transplantationsgesetz wurde dies durch die Meldepflicht „potentieller Organspender“ gesetzlich festgelegt.

schaffen. Das EDHEP-Seminar¹⁶³ wird hier angeboten werden, [das] ist sehr nützlich, das sollte man forcieren. [...]

Wir müssten daran arbeiten, dass die Betreuung der Angehörigen besser wird, und dass sie auf jeden Fall mit der Entscheidung, die sie hier vor Ort treffen, hinterher auch fertig werden und leben können und sie nicht bereuen.“

Die Krankenschwester Silke Babels erkannte die Situation der Angehörigen, die sich plötzlich entscheiden müssen, als Dilemma, aus dem es keinen wirklichen Ausweg gebe und bei dem das Pflegepersonal auch nur bedingt weiterhelfen könne. Auch Brigitte Gerhoff thematisierte, dass die Situation der Entscheidungsfindung für die Angehörigen eine Belastung und ihrer Meinung nach auch eine Überforderung darstellt.

Die ‚Situation‘ der Angehörigen von „Hirntoten“¹⁶⁴

Wie aber sieht die Situation nun aus Sicht der Angehörigen potentieller „Organspender“ auf der Intensivstation aus? Wird ihnen von ärztlicher Seite die „Bitte um Organspende“ gestellt, ist ihnen die Wahl, sich nicht mit dieser Thematik auseinander zu setzen, bereits genommen. Dies ist insofern wichtig, da sich die Angehörigen bei der Übermittlung der Todesnachricht (eines meist plötzlichen Todes) in einer existentiellen Ausnahmesituation, einem Schockzustand befinden. Die Todesnachricht liegt zeitlich eng mit der „Bitte um Organspende“ zusammen, wenn sie sich nicht gar überschneiden. Gerade die erste Zeit nach der Übermittlung der Todesnachricht ist für den Verlauf des Trauerprozesses von großer Bedeutung. Eine Störung in dieser Phase ist durch nichts im späteren Verlauf auszugleichen. Die Zeit, während der sich die Angehörigen mit der Entscheidung für oder gegen eine „Organspende“ befassen müssen, ist ihnen unwiderruflich von der Zeit des Abschiedes und des Verarbeitens eines plötzlichen Todes genommen. Robert Eilert (39) berichtete, wie wichtig es für ihn war, sich in der Situation des Sterbens seiner Lebensgefährtin auf der Intensivstation nicht mit dem Thema „Organspende“ auseinandersetzen zu müssen. Sie selbst hatte sich aufgrund eines diagnostizierten Hirnaneurysmas, das zu Hirnblutungen und damit zum Tode führen kann, frühzeitig mit der Thematik befasst und sich entschlossen im Falle ihres Todes, ihre Organe zu spenden:

„Das ist, glaube ich, etwas ganz, ganz Entscheidendes, denn ich weiß heute sicher, ganz sicher, dass ich wohl schwerlich in dieser Situation darüber hätte entscheiden wollen. Das bedeutet, dass ich mir [...] sofort bewusst war, dass diese Situation, von der wir gesprochen hatten, jetzt eingetreten ist und dass das unter Umständen eben eine Organentnahme bedeuten würde. Ich muss sagen, dass ich mir das nie vorstellen könnte, das für jemand zu entscheiden, ich also der ganz, ganz festen Überzeugung bin, dass das jeweils jeder Mensch für sich entscheiden muss. Muss!“

163 The European Donor Hospital Education Programme (initiiert von der Eurotransplant Foundation). Ein Programm zur Schulung von Ärzten und Pflegepersonal im richtigen Umgang mit Angehörigen potentieller „Organspender“.

164 Zur Problematik der Situation von Angehörigen und des Gesprächs mit der Bitte um Organspende, das im Rahmen dieser übergreifenden Darstellung nicht ausführlicher behandelt werden kann, vgl. ausführlich auch Kalitzkus (2005a, 2005b, 2007), sowie Muthny et al. (2003, 2004, 2006).

Robert Eilert wurde auf der Intensivstation sowohl von Schwestern und Pflegern als auch von den Ärzten sehr einfühlsam behandelt. Er stellte heraus, wie wichtig dies für ihn auch in Bezug auf die weitere Verarbeitung des Todes seiner Lebensgefährtin war.

„Dazu muss ich sagen, dass ich im Grunde genommen 24 Stunden Gelegenheit hatte, auf der Intensivstation Abschied zu nehmen. Das war für mich eine sehr, sehr entscheidende Situation, die auch unmittelbar mit dem Tod verbunden war. Ganz, ganz wichtig! Ich habe mir also gesagt, wie wäre es gewesen, das nicht erleben zu können? Das war für mich was ganz, ganz einschneidendes. [...] Ich habe mir im Nachhinein darüber oft Gedanken gemacht, wie hätte ich reagiert? Ich muss sagen, im Nachhinein, glaube ich, würde ich mir nicht zutrauen, diese Entscheidung zu fällen [...] es ist für einen Außenstehenden, wie nah er dem Organspender auch immer sein mag, eigentlich nicht zuzumuten, über diese Situation zu entscheiden. [...] Die Situation, dort Abschied nehmen zu müssen, ist der härteste Augenblick gewesen, aber eben dadurch [...] erträglicher, dass ich diese Entscheidung nicht getroffen habe. [...] Deshalb [ist es] auch heute leichter für mich, damit umzugehen.“

Auch bei spontaner Ablehnung einer „Organspende“ kann es im Nachhinein bei Angehörigen zu Zweifeln und Schuldgefühlen kommen, damit einem anderen Menschen die Chance auf eine Rettung durch Organtransplantation genommen zu haben. Die Beteuerung der Freiwilligkeit der Entscheidung gerät jedoch zur Farce, wenn bei der Bitte um „Organspende“ direkt Bezug zum Schicksal anderer, vom Tode bedrohter Menschen hergestellt wird, wie dies beim Ehepaar Deneke, deren zweijähriges Kind bei einem Unfall starb, geschah:

Tanja Deneke (28): „Es war so, dass die Ärzte uns im Grunde in einem Atemzug gesagt haben, dass er tot sei, dass sie uns in Kenntnis gesetzt haben vom Ergebnis ihrer Untersuchung und die nächste Frage war, ob wir ihn zur Organspende freigeben könnten. [...] Meine erste Frage war, ob ich denn, wenn sie jetzt die Geräte abschalten, [ihn] noch in den Armen halten könnte. Da kam dann dieses: ‚Ja, das könnten Sie natürlich, aber Sie könnten ihn auch zur Organspende freigeben, überlegen Sie sich das‘. Das war wirklich innerhalb von einer Minute, diese zwei Sachen. Und zwar auch ganz schnell hintereinander.“

Frage: „Hat man Ihnen vorher den Hirntod noch ausführlicher erklärt?“

Tanja Deneke: „Nein. Man hat uns schon erklärt, dass man das irgendwie messen kann, aber man hat es nicht [ausführlicher] erklärt. In dem Moment, wo klar war, dass [unser Sohn] das nicht überlebt, gab es einen sehr starken Rückzug von Seiten der Ärzte. Es blieb im Grunde einer übrig, dem man diese Aufgabe wohl angetragen hatte, uns das mitzuteilen. [...] Dieser Wunsch, diesem Tod, den man nicht begreifen kann, irgendeinen Sinn abzutrotzen, das ist vielleicht das, was im ersten Moment doch sehr stark ist. Dann müssen das andere Eltern nicht erleben, gerade bei so einem kleinen Kind und gerade auch bei Herztransplantationen, wo es einfach auch akut ist für die Kinder, die Herzen brauchen, und wir dann zugestimmt haben [...].“

Damit werden die Angehörigen bei einer Ablehnung indirekt für den möglichen Tod eines anderen Menschen verantwortlich gemacht. Einen größeren moralischen Druck kann es nicht geben.

Inwieweit man bei der „Lebensspende“ (Niere, Leberteilesegmente) unter Verwandten und sich emotional nahe stehenden Personen von Freiwilligkeit sprechen kann, ist ebenfalls zu hinterfragen – insbesondere wenn die Betroffenen tagtäglich mit den Leiden und dem langsamen Siechtum ih-

rer Angehörigen konfrontiert sind. Hinzu kommt auch hier, dass die Freiheit in der Entscheidung vom Grad der Information abhängt. Gerhild Drüe (1999:49) weist darauf hin, dass in Veröffentlichungen zur Verbreitung der Lebendnierenspende nicht immer die möglichen Risiken und die tatsächlich eingetretenen Probleme der Nierenspenderinnen und -spender deutlich angeführt werden. Nicht wenige haben deshalb selbst ein entsprechendes ‚Angebot‘ aus dem familiären Umfeld abgelehnt.

Die Empfänger: wenn eigentlich keine Wahl mehr übrig bleibt

Die Gesunden haben (noch) die Wahl, auf eine Auseinandersetzung mit Krankheit, Tod und Sterben zu verzichten. Die bereits Erkrankten haben sie nicht. Da diese jedoch auf die rechtzeitige Auseinandersetzung der (noch) Gesunden mit der Thematik ‚Organspende‘ angewiesen sind, wird diese Freiwilligkeit schnell zu einer moralischen und gesellschaftlichen Pflicht der Solidarität:

„Würden Sie jemandem helfen, wenn man Sie darum bittet? Dann tun wir das damit. Waren Sie schon einmal auf fremde Hilfe angewiesen? Dann wissen Sie, wie wichtig es ist, daß es Menschen gibt, die bereit sind, anderen zu helfen, zum Beispiel, wenn Sie in eine Situation geraten, in der Sie ein Spenderorgan benötigen, um weiterleben zu können. Wäre es nicht schön, wenn in diesem Moment auch für Sie ein geeignetes Organ zur Verfügung stünde?“ (BZgA o.J.)

Die Möglichkeit, bei medizinischer Indikation auf eine Organtransplantation als Behandlungsmethode zu verzichten, gibt es nach dominierender Sichtweise der Transplantationsmedizin und Betroffenenverbände nicht. Im Falle eines Nierenversagens sei die Dialyse zwar eine Alternative, aber eine schlechte, da sie sowohl körperlich als auch psychisch und sozial eine große Belastung und Einschränkung darstellt. Bei Herz-, Herz-Lungen- und Lebertransplantationen bleibt als Alternative nur der Tod. So konstatierte eine Herztransplantierte bei einem Selbsthilfegruppentreffen, dass die Entscheidung zur Transplantation keine schwere Entscheidung gewesen sei, sondern in dem Sinne eigentlich gar keine, denn wer wolle schon sterben. Immer wieder wird deswegen sowohl von Seiten der Anbieter als auch der Empfänger erwähnt, es gäbe eigentlich niemanden, der oder die sich gegen eine Organtransplantation entscheidet. Trotzdem gibt es Patienten, die aus Angst zu lange warten, bis sie sich auf die ‚Warteliste‘ setzen lassen. Erst wenn es ihnen so schlecht geht, dass sie massive körperliche Einschränkungen erfahren und merken, dass der Tod näher rückt, sind sie zu dem Schritt bereit, wie in Kapitel III bereits erwähnt. Monika Wiese (58) schilderte den Prozess, den sie durchlaufen hat, um eine Transplantation annehmen zu können, vor der sie – wie bereits erwähnt – zunächst Ekel empfand:

„Ich habe mich standhaft gegen eine Transplantation geweigert, bis es mir so ganz schlecht ging. Ich war schon lange nicht mehr berufstätig gewesen und habe die neuen medizinischen Entwicklungen nicht verfolgt. Ich konnte demnach nicht einschätzen, wie es Transplantierten eigentlich hinterher geht. Dass die unter uns leben und auch berufstätig sind, hab ich nicht mitbekommen. Als mir der Arzt eröffnete, dass die Transplantation meine einzige Lösung sei, hab ich ihm nicht geglaubt und hielt das für eine Fehldiagnose. Ich habe mich dagegen gewehrt. Die jungen Ärzte waren sehr enttäuscht, dass ich eine Transplantation nicht annehmen wollte. Doch der Chef wusste, mir würde es eines Tages so schlecht gehen, dass ich ‚ja‘ sagen würde.“

Auch als sich ihr Gesundheitszustand dramatisch verschlechterte, war es für sie wichtig, Zeit und Raum für ihre Entscheidungsfindung zu haben. Der Prozess der Entscheidungsfindung verläuft je nach Patient oder Patientin sehr unterschiedlich. Elisabeth Wellendorf, eine Psychologin, die u. a. mit an Mukoviszidose erkrankten Kindern und Jugendlichen auf der Warteliste für eine Organtransplantation arbeitete, vertritt die Ansicht, dass niemand das Recht habe, auch in langwierige Entscheidungsprozesse einzugreifen, selbst wenn es um Leben und Tod gehen kann (1993:76). Häufig kann es dann bereits zu spät sein, wenn z.B. der Gesundheitszustand eine Organtransplantation nicht mehr zulässt oder die Wartezeit auf ein passendes Organ zu lange ist. Dann tritt der sogenannte „Tod auf der Warteliste“ ein.

Von einer freien Entscheidung für eine Organtransplantation kann man eigentlich nur sprechen, wenn die Patienten und Patientinnen wissen, was dies für sie und die anderen davon Betroffenen, die „Spenderseite“, bedeutet. Nur eine detaillierte Information über Chancen und Risiken einer Organtransplantation sowie eines Lebens nach einer Organtransplantation mit allen möglichen Begleiterscheinungen und Erkrankungen kann dies leisten (mit der Einschränkung, dass – wie oben bereits angedeutet – häufig die Meinung vertreten wird, dass es bei der Frage um Leben oder Tod keine Wahl gibt). Es geht also darum, wie die Möglichkeit der Transplantation den Patienten von ärztlicher Seite nahe gebracht wird. Werden Alternativen zu einer Organübertragung genannt oder heißt es: „Jetzt besorgen wir Ihnen ein neues Herz!“? Zieht man das Arzt-Patienten-Verhältnis (Wissen, Hierarchie, Macht) in Betracht, so ist einzusehen, dass von der Art der thematischen Darstellung auch die Auseinandersetzungsbereitschaft und -möglichkeit der Patienten und Patientinnen abhängt bzw. ihr Wissen darum, dass diese Entscheidung auch eine ethische, moralische oder religiöse Dimension hat.

Wie viele Patienten es geben mag, die auf die Möglichkeit einer Transplantation verzichten, ist nicht zu sagen. Wellendorf schildert den Fall einer 15jährigen Patientin, die sich mit den Worten „ich will das nicht, ich kann nicht mit den Organen eines Toten leben, ich möchte lieber sterben“ (1993:76), endgültig gegen eine Transplantation entscheidet. Eine Krankenhausseelsorgerin berichtete uns von zwei von ihr betreuten Patienten, die sich gegen eine Transplantation entschieden haben. Der eine Patient lebte zum Zeitpunkt des Gespräches noch, bereits vier Jahre länger als von ärztlicher Seite prognostiziert. Die andere Patientin blieb auch im Endstadium ihrer Lebererkrankung, als sie bereits wusste, was an körperlichen Leiden in der letzten Phase des Sterbens auf sie zukommen wird, bei ihrer Entscheidung gegen eine Transplantation. Sie ging den Weg zu Ende, verabschiedete sich von ihrer Familie und bereitete sich auf den Tod vor. „Ich denke immer wieder über die Möglichkeit nach“, sagte die Patientin der Seelsorgerin, „aber ich merke, meine Entscheidung ist richtig für mich“. Gisela Mahrt (66), deren Mann seit seinem 26. Lebensjahr herzkrank war, schilderte uns den Entscheidungsprozess, der nach reiflicher Überlegung dazu führte, eine Herztransplantation abzulehnen:

„Wir wussten sehr viel, weil wir uns sehr mit Herzkrankheit befasst haben, da das ja sein Schicksal war. [...] Wir wussten von den ersten Anfängen damals, in Südafrika mit Barnard. Mein Mann hat auch ein Video gesehen von der ersten Transplantation von Barnard und auch über das Leben des Mannes hinterher. Das hat ihn sehr erschreckt, weil es damals so war, dass er wirklich wie unter einer Käseglocke leben musste, aus Angst vor Infektionen. [...] Für ihn war klar, so ein Leben wollte er nicht führen. Das hat damals dazu geführt, dass er gesagt hat: ‚Das kommt für mich nicht in Frage!‘ Obgleich zu dem Zeitpunkt [im Jahre 1990, Anm. d. Verf.] natürlich die Medizin

viel weiter war. Die Ärzte haben versucht, ihn mit Leuten zusammenzubringen, die transplantiert worden sind. Es ging dabei um einen Arzt, mit dem wir uns getroffen haben und der wieder arbeitete. Das war eigentlich ein positives Beispiel, obgleich im Laufe des Gespräches klar wurde, dass der Weg dahin für diesen Mann nicht einfach gewesen ist. [...] Er war ganz glücklich und sagte, er hielte das wirklich für ein neu gewonnenes Leben. Bei ihm war es so gewesen, dass er vorher nichts mehr konnte. [...] Das war eine andere Voraussetzung. Meinem Mann ging es zwar gesundheitlich wahnsinnig schlecht, nur das ist objektiv gewesen, subjektiv ging es ihm gut. [...] Es war nicht so, dass seine Lebensqualität so entscheidend beeinträchtigt gewesen wäre, wie bei diesem Mann, der nun vorher wirklich überhaupt nichts mehr konnte. [...] Das ist, denke ich, ein anderer Einstieg in einen solchen Entschluss. [...] Insofern war das für [diesen Arzt] eine andere Ausgangsposition. Mein Mann war eben so vital, dass er all diese Krankheitserscheinungen irgendwie wegstecken konnte. Wegstecken klingt falsch, er hat gelernt, damit umzugehen und trotzdem jeden Tag und jede Stunde seines Lebens zu genießen.“

Nach einem weiteren schweren Infarkt, der zu einem völligen körperlichen Zusammenbruch führte, legten ihm die Ärzte noch einmal eine Transplantation nahe. Die Gefahr eines Reinfarktes, den er wahrscheinlich nicht überleben würde, war sehr groß. Deshalb hätten ihn die Ärzte auf die höchste Dringlichkeitsstufe der Warteliste gesetzt. Da setzte sich das Ehepaar Mahrt erneut ernsthaft mit der Möglichkeit einer Transplantation auseinander. Die Bedenken des Mannes bezüglich Organtransplantation verstärkten sich durch das Erlebnis mit ihrer Tochter. Sie hatte nach einem Unfall schwerste Kopfverletzungen davongetragen und lange im Koma auf der Intensivstation gelegen. Die Ärzte hatten ihr keine Chance mehr gegeben und dennoch ist sie allen Prognosen zum Trotz wieder vollständig genesen. Den Eltern war dies wie ein Wunder:

„Mein Mann sagte: ‚Ich könnte mir einfach nicht verzeihen, dass ich so einen Menschen um sein Organ bringe‘. Die Ärzte haben ihm erzählt: ‚Das wäre überhaupt nicht möglich. So etwas passiert nicht. Nur wenn die Leute wirklich gehirntot wären, würden Organe entnommen‘. Das ist sicherlich auch im Normalfall so. Aber das alles zusammen hat dazu geführt, dass mein Mann gesagt hat: ‚Nein, für mich nicht. Ich lebe mein Leben so, wie es mir bestimmt ist. Ich lebe mit meiner Krankheit, versuche das Beste daraus zu machen. Ich will also kein Organ von einem anderen Menschen‘.“

Ein gutes Jahr später ist ihr Mann im Alter von 56 Jahren an einem Infarkt gestorben.

Der französische Soziologe Jean Baudrillard weist darauf hin, dass man sich das Recht auf den eigenen Tod wird erkämpfen müssen.

„[...] wesentlich ist, daß man ihnen die Entscheidung darüber entzieht und daß sie niemals frei über ihr Leben und ihren Tod verfügen können, sondern daß sie unter gesellschaftlicher Zensur leben und sterben. [...] Ebenso wie die Moral vorschreibt: ‚Du sollst nicht töten‘, so schreibt sie heute vor: ‚Du sollst nicht sterben‘ – jedenfalls nicht so, wie du willst, und wenn überhaupt, dann nur wenn Gesetz und Medizin es erlauben.“ (1991:277)

Dass er mit seiner düsteren Prognose richtig liegt, zeigt ein rezentes Beispiel aus England. Dort wurde ein 15-jähriges Mädchen, der nach plötzlicher unheilbarer Herzerkrankung eine Transplantation als einzige Überlebenschance nahe gelegt wurde, per richterlicher Entscheidung zur Be-

handlung gezwungen. Sie wollte die Transplantation nicht, fühlte sich mit dieser Entscheidung aber auch selbstsüchtig, da ihre Familie sehr traurig wäre, wenn sie sterben würde:

„Der Tod ist endgültig – ich weiß, dass ich meine Meinung dann nicht mehr ändern kann. Ich möchte nicht sterben, aber ich würde lieber sterben als ein Transplantat zu bekommen und das Herz eines anderen zu haben. Ich möchte lieber mit 15 Jahren mit meinem eigenen Herz sterben. Ich würde mich anders fühlen mit dem Herzen eines anderen – das ist Grund genug, keine Herztransplantation zu haben, selbst wenn sie mein Leben retten würde.“ (The Guardian vom 16. Juli 1999, Übersetzung d. Verf.).

Der Richter ging jedoch davon aus, dass sie mit dieser Entscheidung in ihrem Alter sowie der plötzlichen und ausweglosen Erkrankung überfordert sei. Laut Guardian habe sie, nachdem ihr das richterliche Urteil bekannt wurde, schlussendlich doch der Transplantation zugestimmt.

VII. Leiblich-körperliche Identität, soziale Beziehungen und Gesellschaft

Der Widerspruch der Diskurse

In diesem letzten Teil des Buches wollen wir versuchen, die unterschiedlichen Fragestellungen und Untersuchungsergebnisse zusammenzuführen, um die sozialen und kulturellen Dimensionen der Humantechnologien in Deutschland zu umreißen. Dies soll auf drei Ebenen geschehen: auf der des Individuums, der sozialen Beziehungen (v.a. Verwandtschaft) und der Gesellschaft.

Insgesamt betrachtet, können wir aufgrund der vorgelegten Untersuchungen über Reproduktionsmedizin und Organtransplantation drei verschiedene Diskurse feststellen. Sie sind von ihrer Herkunft und Artikulation her zum Teil grundverschieden, überschneiden sich in der gelebten Alltagswirklichkeit jedoch vielfach. Männer und Frauen – seien es Berufsleute, die kraft ihres Amtes mit uns gesprochen haben, seien es Ratsuchende, Patienten und Patientinnen oder Angehörige – bedienen sich ihrer je nach Situation unterschiedlich. Kurz zusammengefasst handelt es sich um folgende drei Diskurse:¹⁶⁵

- 1) Den traditionell-kulturellen Diskurs. Ihm zu Grunde liegt die subjektive Erfahrungswelt, die Befindlichkeit, der Leib als primäres Wahrnehmungs- und Kommunikationsorgan auch im Umgang mit anderen Menschen. Dieser Diskurs geht von der ‚Leiblichkeit‘ aus und schlägt sich in Vorstellungen von Verwandtschaft als primär leiblich begründeten sozialen Beziehungen nieder: Leibliche Verwandtschaft als innigste und engste Form der sozialen Beziehung. Diese – kulturspezifische – Betrachtungsweise von Verwandtschaft¹⁶⁶ wird durch reproduktionsmedizinische Möglichkeiten noch verstärkt, nicht zuletzt auch deshalb, weil die Genetik als Wissenschaft ehemals volkstümliche Vorstellungen von ‚Blutbanden‘ und ‚Blutsverwandtschaft‘ nahtlos weiterführte und verstärkte.

Der traditionell-kulturelle Diskurs, der also den Diskurs der Leiblichkeit darstellt, besagt auch, dass die sinnliche Wahrnehmung des Nächsten (oder des Anderen) als lebendiger Mensch über die Sinnesorgane erfolgt: Man sieht seine rosige durchblutete Haut, sieht und hört, wie er atmet und spürt auch, wie warm seine Haut ist. Der „hirntote“ Angehörige wird deshalb, weil er sinnlich wahrnehmbar alle Kennzeichen eines Lebenden aufweist, auch als Lebender wahrgenommen. Diese Wahrnehmung steht in Opposition zur medizinischen Definition eines „Hirntoten“, die bekanntlich von apparativ-messbaren Zeichen aus geht.

- 2) Den zweiten Diskurs möchten wir als den Machbarkeitsdiskurs bezeichnen. Er befasst sich vorrangig mit dem, was technisch-medizinisch möglich ist und ist überdies auf die ständige Weiterentwicklung biotechnologischer, pharmazeutischer und medizinischer Möglichkeiten fokussiert. Produziert wird er in den Forschungs- und Entwicklungsabteilungen der entsprechenden Industrien. Die Produkte der Expertensysteme sind Teil kapitalistischer Warenproduktion und werden ebenfalls nach Grundsätzen kapitalistischer Akkumulation und (Re-)Investition von Gewinn weltweit vermarktet. Dieser Machbarkeitsdiskurs geht von der Überlegenheit der Vernunft im Sinne Descartes (vgl. S. 42f) über die „Natur“ des Körpers aus. Er begreift den ‚Körper‘ als wissenschaftlich erforschbares Objekt, dessen Funktionen primär messbar und analy-

165 Diskurse verstehen wir im Sinne Foucaults (1974), als Macht- und Handlungsfelder, die an bestimmte Gruppen und Akteure gebunden sind bzw. von diesen kontrolliert werden.

166 In außereuropäischen Gesellschaften gibt es auch ganz andere Vorstellungen darüber, wie Verwandtschaft konstituiert sein kann; vgl. dazu Schneider 1984.

sierbar sind. Körper sind gleichzeitig der ‚Gegenstand‘, mit denen dieser Diskurs sich befasst – und sein Ziel, denn es sollen wiederum Menschen sein, die diese Errungenschaften für ihre Körper anwenden.

- 3) Der dritte Diskurs sucht einen Kompromiss zwischen dem traditionell-kulturellen Diskurs und dem Machbarkeitsdiskurs. Der Diskurs der sozialen Verträglichkeit wird in den Parlamentsdebatten erzeugt. Die Analyse der politischen Diskussionen offenbarte, wie sehr bei dem Versuch, die neuen Technologien möglichst konfliktfrei kulturell einzupassen, um Kompromisse gerungen wird. Dennoch enthält der soziale Verträglichkeitsdiskurs Widersprüche. Ein Beispiel ist die Akzeptanz des Machbarkeitsdiskurses bei heterologer Insemination, die dem „Kinderwunsch“ bei einem von ‚Natur‘ aus zeugungsunfähigen Paar Rechnung trägt, und gleichzeitig das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung (also seines bislang anonymen biologischen Vaters) anerkennt. Auch in anderen Debatten wie der Auseinandersetzung um die „Hirntod“-Definition räumte der soziale Verträglichkeitsdiskurs dem Machbarkeitsdiskurs Priorität vor dem traditionell-kulturellen Diskurs ein. Die sinnliche Wahrnehmung des lebenden Körpers, die Leiblichkeit, wurde hinter die Messbarkeit der Hirnfunktionen zurückgestellt. Der soziale Verträglichkeitsdiskurs mündet in gesellschaftlich – gesetzlich – verbindlichen Richtlinien, die den Umgang mit den Humantechnologien bestimmen – wenigstens so lange, bis neue Entwicklungen nach neuen Rahmenbedingungen verlangen. Diese verbindlichen Richtlinien sollen Handlungssicherheiten für Patienten und Ärzte schaffen, die die neuen Technologien anwenden. Aber auch Angehörige der Expertensysteme selbst fordern gesetzlich festgelegte Handlungssicherheiten ein. Interessen und Werte, die bei der Entwicklung und Nutzung der Humantechnologien entstehen, lassen sich häufig nicht miteinander vereinbaren. Zusätzlich konfrontieren die neuen technologischen Möglichkeiten die politischen Mandatsträger mit immer komplexer werdenden Zukunftsproblemen. Politiker und Politikerinnen sind gefordert, mögliche Risiken und Folgen für den einzelnen und die Gesellschaft zu kalkulieren und diese mit geeigneten politischen Entscheidungen zu regulieren. Da die Expertensysteme zwar ständig neue rechtliche Unsicherheiten produzieren, aber zu deren Bearbeitung selbst keine Instrumentarien besitzen, verstricken sich die Politiker bei ihren Entscheidungen in Widersprüche. Wie die Diskussion um die ‚verbrauchende‘ Embryonenforschung anschaulich zeigte, greifen sie in dieser Situation auf ethische Argumentationen zurück. Die Ethik springt mit ihren Reflexionsinstrumenten dort ein, wo wissenschaftliche Beweise unsicher sind. Als Schiedsinstanz in Konflikten liefert sie Orientierungs- und Steuerungsoptionen, die eine große Selbstverpflichtung zum politischen Handeln entfalten. Mittels dieser Ethisierung des Diskurses kann der soziale Verträglichkeitsdiskurs nach wie vor gesellschaftlich verbindliche Rahmenbedingungen für die Humantechnologien festschreiben. Diese Normen wirken auch auf den traditionell-kulturellen Diskurs zurück. Charakteristisch ist dabei, dass der soziale Verträglichkeitsdiskurs dem Machbarkeitsdiskurs hinterher hinkt, immer im Bestreben, für das, was technisch-medizinisch neu möglich ist, eine Anpassung zu finden. Die Gesetze sind somit eindeutig ‚reflexiv‘; sie *reagieren* auf neueste Entwicklungen und prägen gleichzeitig auch neue Verhaltensnormen.

Dieses Dreieck bildet also den Handlungsrahmen, in welchem die Humantechnologien und ihre Anwendung in Deutschland angesiedelt sind. Und diese unterschiedlichen Diskurse haben soziale Auswirkungen – sowohl auf das Individuum als auch auf die Art und Beschaffenheit der sozialen Beziehungen und die Gesellschaft insgesamt.

Leibliche Identität

Je nach Diskurs (wobei wir, bewusst vereinfachend, den traditionell-kulturellen Diskurs dem Machbarkeitsdiskurs gegenüberstellen) wird auch das Individuum – die Einzigartigkeit jedes einzelnen Menschen – unterschiedlich definiert. Wir wollen im folgenden diese Diskurse bezüglich des Individuums und seiner Identität nachzeichnen und dabei deutlich machen, wo sich diese diametral gegenüberstehen, sich berühren bzw. ergänzen oder sogar aufeinander zurückwirken.

Als erstes wenden wir uns dem Leiblichkeitsdiskurs zu. Wir hatten eingangs – in Anlehnung an Giddens (1991) – festgestellt, dass das Individuum über einen mehr ‚inneren‘ Aspekt, das Selbst, und einen mehr äußeren und außen wahrgenommenen Aspekt, die Person, verfügt. Beide sind aufs engste miteinander verknüpft, denn beide sind in einem buchstäblichen Sinn verkörpert, d.h. sie treffen sich im Körper, so wie ihn andere Menschen wahrnehmen, und im Leib, so wie ich mich fühle und mit meiner Befindlichkeit umgehe – auch im Kontakt mit anderen Menschen. Das Selbst ist nicht ein festgelegter Zustand, sondern ein reflexiver Prozess, d.h. ein dauerndes Abgleichen zwischen Informationen von außen, dem soziokulturellen Umfeld, mit dem Selbst und eine Anpassung bzw. Veränderung desselben. Diese Reflexivität ist, ebenfalls nach Giddens, ein wichtiges Merkmal der spätmodernen Gesellschaft, die – v.a. aufgrund rasanter technischer und medizinischer Fortschritte – sich laufend verändert und deshalb extreme Anforderungen an das Individuum stellt. Eine Hauptaufgabe, die das Individuum zu bewältigen hat, ist deshalb, seine Selbstidentität aufrechtzuerhalten. Dies geschieht über den Lebensentwurf, die eigene Biographie, die jeder von sich entwirft. So wie die Selbstidentität ein reflexiver Prozess zwischen innen und außen ist, so ist diese Selbstidentität an die Kontinuität der eigenen Biographie geknüpft. Das bedeutet: Das Individuum muss laufend auch disparate Ereignisse, in die es involviert ist, in seine eigene Biographie integrieren, um die eigene Lebensgeschichte weiterentwickeln zu können. Die eigene Biographie – so wie man sie sich selbst ‚erzählt‘ – ist laut Giddens somit konstitutiv für die Selbstidentität, oder anders ausgedrückt: Die (sich zurecht gelegte) Biographie ist die Biographie der Selbstidentität. Diese eigene, selbst entworfene Lebensgeschichte ist mitbestimmt durch Vorstellungen von der eigenen Handlungsfähigkeit (*agency*), also vom Vermögen, Ereignisse in der ‚Außenwelt‘ in die eigenen Biographie integrieren zu können. Mindestens ebenso wichtig ist aber auch der Anspruch auf eigene Kontrolle, der mit der Handlungsfähigkeit verbunden ist. Gerade weil das (subjektive) Selbst und die Person im eigenen Körper verkörpert sind, bildet die routinisierte Kontrolle über den Körper – v.a. bezüglich Aussehen, Linie, Gewicht – ein fundamentales Mittel, durch das die Biographie der Selbstidentität aufrecht erhalten wird. Umgekehrt stellt man gerade über seinen Körper sein Selbst auch zur Schau, weil es ebenfalls verkörpert ist. Diese Körpererfahrung – in unserer Terminologie: Leiberfahrung – geht, so schreibt Giddens in Anlehnung an Merleau-Ponty weiter (1991:58), auf die subjektive, leibliche Welterfahrung zurück. Ihr Fundament wird in der Kindheit, im leiblichen Entdecken der Welt, gelegt.

Das Selbst ist also auf Kontinuität angelegt. Dabei wird es von der Vergangenheit in Richtung Zukunft konzipiert. Ereignisse im Leben, die als Brüche erlebt werden, werden zu existentiellen Krisen für das Selbst: Die Identität gerät in eine Krise. Dies sind Krisen, so müsste man beifügen, für die unsere Gesellschaft keine kollektiven Übergangsriten zur Verfügung hält. Seit den klassischen ethnologischen Studien zu Übergangsriten - vor allem außereuropäischer Gesellschaften im Zusammenhang mit (kulturspezifischen) Lebensstadien wie diejenigen von van Gennep (1986 [1909]) und Turner (1969) - ist bekannt, dass solche gesellschaftlich ausgeformten Rituale das

Individuum (zusammen mit anderen) durch solche ‚Brüche‘ hindurchführen und dieses gleichzeitig ‚transformieren‘, d.h. ihm zu einer neuen sozialen Existenzform verhelfen.

Aus dieser Perspektive erlangen die Humantechnologien eine völlig neue Bedeutung hinsichtlich der Menschen, die sich mit ihnen direkt, am eigenen Leib und Körper, auseinandersetzen. Es handelt sich im Zusammenhang mit Reproduktionsmedizin um eine doppelte Krise: Die eigene Biographie eines verheirateten Paares sieht in ihrer Lebensplanung – in der Biographie ihrer Selbst – ein Kind vor. Und dieses Kind stellt sich nicht ‚von alleine‘ ein. Gleichzeitig wird dieses ‚Kinderbekommen‘ am Körper festgemacht, also an dem selbstreflexiven Teil des Selbst: *Ungewollte Kinderlosigkeit“ wird zu einer existentiellen Krise.*

Gleichzeit geraten „ungewollt kinderlose“ Paare – also Paare, die bezüglich Fruchtbarkeit ihren Körper nicht unter ‚Kontrolle‘ haben – umso mehr unter Leistungsdruck, je mehr erfolgreiche Technologien zur Überbrückung der „Unfruchtbarkeit“ zur Verfügung stehen. Umgekehrt dienen diese dazu, dieses körperliche ‚Manko‘ zu überbrücken, also die Selbstidentität, vor allem auch nach außen, aufrecht zu erhalten und die Biographie kontinuierlich dort zu gestalten, wo eigentlich ein Bruch wäre. Wie die Interviews v.a. mit Frauen, die reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen haben, zeigen, spielt die Frage der eigenen Identität in Zusammenhang mit der eigenen Fruchtbarkeit eine immense Rolle.

„Um was es mir geht? Um ein Kind natürlich, ein eigenes Kind zu haben, das ‚Mama‘ zu mir sagt, das zu mir gehört. Aber auch ganz stark darum, schwanger zu werden. Ich habe mich schon als Jugendliche im Traum mit einem schwangeren Bauch gesehen, ich wollte das immer. Zu fühlen, wie es in mir wächst, wie neues Leben entsteht. Das ist doch das Besondere am Frau-sein im Unterschied zum Mann. Dass in mir Leben entsteht und wachsen kann. Das ist die totale Erfüllung. Und irgendwann mal Mutter zu sein, das war einfach ein Teil meiner Vorstellung von mir, von meinem Leben. Deshalb bin ich auch bereit, alles dafür zu tun, dass sich dieser Wunsch auch erfüllen lässt.“ (Anja Dietrich, 29 Jahre)

Es kommt nicht von ungefähr, dass Paare gerade im Zusammenhang mit der Konstruktion von möglichst leiblich-ähnlichen Kindern bei heterologer Insemination die Identität so sehr betonen und auf Fragen nach körperlicher Ähnlichkeit so großen Wert legen.

Wie schon kurz erwähnt wurde, bauen die reproduktionsmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten auf den kulturellen Vorstellungen von ‚echter‘ Verwandtschaft, d.h. Blutsverwandtschaft, auf. Gleichzeitig haben diese Technologien dazu beigetragen, dass sich gerade diese Vorstellungen verstärkt haben. Sie werden zudem aufgeladen mit einem beträchtlichen emotionalen Potential. Das Interessante dabei ist, dass nun ‚leibliche‘ Verwandtschaft neu konstruiert wird: Selbst nach Insemination mit „Spendersamen“ gilt der Ehemann der Frau als Vater des gemeinsamen Kindes – wenigstens so lange, bis das (volljährig gewordene) Kind Auskunft über seinen biologischen Vater verlangt. Und dieser biologische Vater wird dann zwangsläufig auch ein Vater, der in soziale Beziehungen eingebunden wird! Dieses Beispiel zeigt, wie konstruierbar die Leiblichkeit selbst in unserer, von naturwissenschaftlicher Erkenntnis dominierten Kultur ist. Es geht also um die Kontinuität der Biographie des Selbst des sozialen Vaters, der in dieser Verwandtschaftskonstruktion dominant wird. Keinen Spielraum lässt jedoch der soziale Verträglichkeitsdiskurs bei der kulturellen Konstruierbarkeit von ‚Mutter‘. Hier ist die „gespaltene Mutterschaft“, also etwa die Aufteilung in

genetische und austragende Mutter (d.h. eine Mutterschaft, die ‚nur‘ Schwangerschaft und Geburt umfasst), unzulässig.

Andere Formen von Verwandtschaft jenseits der kulturell definierten Leiblichkeit, etwa Adoption – von Pflegekindern ganz zu schweigen –, rücken deshalb immer mehr in den Hintergrund. Dies hängt auch damit zusammen, dass neben der verleiblichten Identität – also der Selbstidentität im oben skizzierten Sinn – eine Form naturwissenschaftlich definierter Identität auftaucht. Sie ist nicht an den Leib gebunden, sondern an den Körper. Es handelt sich dabei um den genetischen Code und damit zusammenhängend um das Immunsystem, das nach naturwissenschaftlichem Verständnis jeden Menschen zu einem Unikat machen.

Im sozialen Verträglichkeitsdiskurs – also im Resultat der Parlamentsdebatten zum Embryonenschutzgesetz – tauchen diese naturwissenschaftlichen Überlegungen zur genetischen Identität des Menschen in verschiedener Form wieder auf. Der Diskurs zur Identität des Individuums geht über die leibliche Erfahrungswelt des Individuums hinaus und schließt, wie nicht anders zu erwarten, naturwissenschaftliche Erkenntnisse mit ein. Dies beginnt damit, dass menschliches Leben auf der Ebene von Zellen diskutiert und der Beginn des Lebens ab dem Zeitpunkt der Kernverschmelzung der mütterlichen Eizelle und der väterlichen Samenzelle definiert wird (siehe Kapitel IV). Nach diesem biogenetischen Zeugungsmodell ist die Entstehung eines neuen Individuums abhängig von der Konzeption seiner genetischen Identität, die mit der Kernverschmelzung einzigartig konzipiert und abschließend determiniert wird. Die weitere menschliche Entwicklung ist dann ein kontinuierlicher Entfaltungsprozess dieser genetischen Identität, so dass menschliches Leben von Anfang an als individuelles Leben erscheint (vgl. auch Franklin 1991:197). Die Bedeutung, die der genetischen Identität für die Persönlichkeitsbildung zugesprochen wird, offenbart sich in dem Recht des Kindes, Kenntnis über seine genetische Abstammung einfordern zu können. Dies wird aus dem Grundrecht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit abgeleitet. Aufgrund der Beanstandungen des Bundesverfassungsgerichtes, dass dem Kind das Recht auf Kenntnis seiner Abstammung gewährt werden muss (BVerfGE 79, 256), ist das Recht des Kindes auf Klärung und Anfechtung der Vaterschaft durch das am 1. Juli 1998 in Kraft getretene Kindschaftsreformgesetz ausgedehnt worden (§§ 1600 ff. BGB). Seitdem kann das Kind nach Erreichen der Volljährigkeit im Rahmen einer Zweijahresfrist die soziale Vaterschaft selbst anfechten. Dieses eigene Anfechtungsrecht beginnt von dem Zeitpunkt, an dem das Kind von Umständen erfährt, die gegen die bisherige zugeordnete Vaterschaft sprechen.¹⁶⁷

Die Bedeutung, die der genetischen Identität für die Persönlichkeitsbildung zugesprochen wird, schließt jedoch nicht weitere Determinanten für die Persönlichkeitsentstehung und -ausprägung aus. In der politischen Diskussion zum Embryonenschutzgesetz wurde die Spaltung in genetische und austragende Mutter als Bedrohung für die Identitätsbildung des Kindes bewertet. Das Kind werde, sobald es erfahre, dass zwei Frauen für dessen Existenz verantwortlich sind, auf zusätzliche Probleme bei der Identitätsfindung stoßen. Um das Kind nicht schweren Identitätsproblemen auszusetzen, die sich aus einer zweifachen Mutterschaft ergeben können, wurde die „Ei- und Embryospende“ von allen Diskussionsteilnehmern abgelehnt. Jede Form der gespaltenen Mutterschaft zu verhindern, wurde als eines der Hauptziele des Embryonenschutzgesetzes dargestellt. Dies schließt auch die Spaltung genetischer, austragender und sozialer Mutterschaft durch die Ersatzmutterschaft ein. In der Ersatzmutterschaftsvereinbarung werde die Mutter-Kind-Beziehung in der

167 Vor der Volljährigkeit kann ein gesetzlicher Vormund des Kindes binnen einer Frist von zwei Jahren die Vaterschaft anfechten, wenn es dem Wohl des Kindes dient. Auch hier beginnt die Frist mit dem Zeitpunkt, in dem der Berechtigte von Umständen erfährt, die gegen die bisherige zugeordnete Vaterschaft sprechen.

Schwangerschaft nicht berücksichtigt, so dass diese schwerwiegend gegen das Kindeswohl verstoße. Bei einer Schwangerschaft ‚als Dienstleistung‘ könnte die Mutter-Kind-Bindung entweder gar nicht erst zustande kommen oder die Schwangere sich nicht den Bedürfnissen des Embryos anpassen (vgl. auch Raymond 1995:75-124).¹⁶⁸

Dies lässt erkennen, dass in der politischen Diskussion die Identität des Kindes nicht nur durch die genetische Identität geprägt wird, sondern auch durch die psycho-soziale Mutter-Kind-Bindung während der Schwangerschaft. Die Mutterschaft erlangt damit eine überragende Bedeutung für das Kindeswohl: Die Mutter verleiht dem Kind zum gleichen Anteil wie der Vater seine einzigartige genetische Identität *und* nimmt darüber hinaus durch die Beziehung während der Schwangerschaft Einfluss auf dessen Persönlichkeitsentwicklung. Die Schwangerschaft trennt damit Vater und Mutter in ihrer Beziehung zu dem Kind nicht nur vor der Geburt, sondern durch die grundlegende Bedeutung der exklusiven Mutter-Kind-Bindung über die Schwangerschaft hinaus. Damit wird der Mutter eine wesentliche Verantwortung zugesprochen, die vom Vater nicht geleistet werden kann. Die Sachverständige Beck-Gernsheim (9, 11/73. SdRA) zitiert auf der Öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses 1990 den ehemaligen Leiter des In-Vitro-Fertilisations-Teams Prof. Semm aus Kiel:

„Es ist letztlich die ureigenste Aufgabe einer Frau, ein Kind zu kriegen. Deshalb lebt eine Frau, um die Rasse, die Art jedenfalls, den Homo sapiens oder Homo erectus, zu bewahren [...].“

Diese Essentialisierung von Mutterschaft aufgrund von Schwangerschaft und Geburt wurde auch von dem Gesetzgeber wieder aufgegriffen, in dem in der Kindschaftsrechtsreform zum ersten Mal diejenige Frau als Mutter definiert wird, die das Kind geboren hat (§ 1591 BGB). Durch die zentrale Bewertung der Schwangerschaft, die sich in den Parlamentsdebatten offenbarte, erfährt der bestehende Wertezusammenhang der Kernfamilie zunehmende Bedeutung. Kinderlosigkeit wird in diesem Kontext als emotionales Leid dargestellt, da ein Teil der Intimbeziehungen in der Kernfamilie, die Eltern-Kind-Beziehung, nicht gelebt werden können. Die gesellschaftliche Stigmatisierung, ein kinderloses Leben als ‚unerfüllt‘ zu charakterisieren, verstärkt sich durch den Einsatz der neuen reproduktiven Technologien. Kinderlosigkeit bleibt etwas ‚Unnatürliches‘, das von der gesellschaftlichen Norm der Kernfamilie abweicht. Da sich die betroffenen Paare erst zur Akzeptanz der Kinderlosigkeit ‚berechtigt‘ fühlen, wenn sie alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft haben, vergrößert sich auch der Leidensdruck der Betroffenen, die unter Gefühlen wie Mangel, Schuld, Unzulänglichkeit und einer Kränkung des Selbstwertgefühls leiden. Das Selbst des Paares gerät in eine Krise. Die durch die Reproduktionsmedizin forcierte Betonung von Fruchtbarkeit und Mutterschaft wirkt sich somit auf das Zusammenleben aller Frauen und Männer aus, da die gesellschaftliche Erwartung, der Norm der Kernfamilie zu entsprechen, steigt.

Noch sehr viel stärker als „ungewollte Kinderlosigkeit“ wirft die *Diagnose einer tödlichen Erkrankung das Individuum in eine Lebenskrise*. Das Wissen um das tödliche Versagen eines Organs mitten im eigenen Körper kommt einem tödlichen Versagen eines Teiles des Selbst gleich. Organtransplantation bietet die Möglichkeit zum Ersetzen des versagenden Teiles, indem ein Teil (Or-

168 Wenn die Ersatzmutter vorwiegend aus finanziellen Gründen bereit ist, das Kind für Dritte auszutragen, „besteht die Gefahr, dass sich die Ersatzmutter nicht so sehr in ihrer Lebensführung (z.B. Alkohol- und Nikotingenuss) den physischen – und möglicherweise auch psychischen – Bedürfnissen des Nasciturus anpassen wird wie eine Mutter, die ihr Kind zu behalten gedenkt“ (Bundesminister für Forschung und Technologie 1985:22).

gan) eines anderen Menschen eingepflanzt wird. Mit diesem Ersetzen eines nicht sichtbaren, jedoch vitalen Teiles des Körpers durch einen ‚fremden‘ Teil wird deshalb, folgt man Giddens‘ Sichtweise der Konstituierung von Selbstidentität und Körper, das Selbst massiv tangiert. Wie wird nun die Biographie des Selbst kontinuierlich fortgeführt, wenn tatsächlich ein Bruch – die Transplantation – eingetreten ist?

Bei einer Organtransplantation macht nicht nur ein erkranktes Organ als sich ausdehnende Leibesinsel (Schmitz 1965:43) dem Selbst seinen Platz streitig. Diese Leibesinsel ist vielmehr verknüpft mit einem physischen Körperteil, das dem Leib eines anderen Menschen entstammt – also auch konstitutiv war für dessen Selbst. Organempfänger stehen demnach vor einer doppelten Herausforderung: Nicht nur die Empfindung des kranken Organs muss verarbeitet und in das Selbst integriert werden, sondern auch die Tatsache, dass das transplantierte Organ einem fremden Leib und zudem nun verstorbenen Menschen gehörte. Sehr eindrücklich schildert Hans-Rudolf Müller-Nienstedt seine Erfahrung kurz nach der Transplantation einer Leber:

„Tief in mir drin begraben das fremde Organ, die fremde Leber. Mit ihr aber ist alles in mir fremd, ist nichts mehr so, wie es einmal war. Nur noch eine unbestimmte, nebelhafte Erinnerung besteht in mir, dass es mich einmal gab.“ (Müller-Nienstedt 1996:107-108)

Auch der herztransplantierte Philosoph Jean-Luc Nancy spricht von einer doppelten Fremdheitserfahrung. Seinem Erleben nach begann die Entfremdung nicht erst mit der Transplantation eines neuen Herzens, sondern – in Übereinstimmung mit Schmitz‘ Konzept der Leibesinseln – bereits mit der Erkrankung seines eigenen Herzens.

„Ein Herz, das nur zur Hälfte schlägt, ist nur zur Hälfte ein Herz. Ich war nicht mehr in mir selber. Ich komme bereits von außerhalb, von einem anderen Ort, oder ich komme überhaupt nicht. Das Fremdartige offenbart sich ‚im Herzen‘ des Vertrautesten – doch von Vertrautheit zu reden, reicht nicht aus: Fremdartiges offenbart sich im Herzen dessen, was sich nie als ‚Herz‘ zu erkennen gegeben hat.“ (Nancy 2000:17)

Sein ursprüngliches Herz verwandelte sich durch die Erkrankung in einen ‚Eindringling‘ – so auch der Titel seiner Schrift.

Eine häufige Form der Verarbeitung ist die der Verdrängung, bei der die Transplantation als „Operation wie jede andere auch“ gesehen wird und die Patienten damit die Bedrohung des Selbst von sich fernhalten. Ein weiterer Weg ist die Suche nach der Gemeinschaft Gleichgesinnter. In den Selbsthilfegruppen für Organtransplantierte können die Betroffenen sich ihrer neuen Identität versichern, in dem sie sich gegenseitig bestätigen, „dass alles beim Alten ist“. Doch die Entfremdung endet nicht mit der Implantation des neuen Herzens, sondern setzt sich fort. Psychologisch gesprochen müssen Organempfänger das implantierte Organ in ihr Selbst- und Körperbild integrieren, es sich zu Eigen machen. Das bedeutet, den Verlust des eigenen, wenn auch kranken Organs zu betrauern, das – wie zum Beispiel bei einem erkrankten Herzen oder einer Lunge – große Aufmerksamkeit verlangte, und zugleich die Aneignung von etwas Neuem, zu dem häufig ambivalente Gefühle bestehen.

Es lässt sich darüber hinaus auch die Entstehung neuer, persönlicher Rituale beobachten. So feiern einige Organempfänger ihren sogenannten zweiten Geburtstag, manchmal auch im Kreise ihres Transplantationsteams, den ‚Geburtshelfern‘ für das ‚neue‘ Leben. Uwe Lüdecke (58) berichtete uns von einem sehr persönlichen Ritual, das er zu jedem Jahrestag seiner Herztransplantation durchführt. In seiner Zeit in der Rehabilitation nahm er an einem Töpferkurs teil. Dort hat er Ge-

danken, die er sich bezüglich seiner Transplantation gemacht hatte, in Ton umgesetzt. Er töpferte ein stilisiertes Herz und ein dazugehöriges Windlicht mit ausgestanztem Herz. Zu seinem „zweiten Geburtstag“ zündet er – wenn es ganz dunkel ist – das Windlicht an. Das tönernerne Herz steht zwischen Windlicht und einer weißen Wand, so dass auf diese ein Schatten geworfen wird.

Uwe Lüdecke: „Diese drei Dinge verfolge ich dann. Das Schattenspiel durch die lebende Kerze, das lebende Licht wackelt an der Wand. Das ist so ein bisschen, na ja, nicht unheimlich, aber nicht ganz normal [...]“

Frage: „Ein bisschen mystisch?“

Uwe Lüdecke: „Ja, ein bisschen mystisch, genau!“

Körperliche Identität

Wie bereits die Diskussion von Identität im Zusammenhang von Reproduktionsmedizin und Transplantationsmedizin gezeigt hat, spielen – aufgrund medizinischer Forschungen – neue Formen einer biogenetischen Identität des Individuums zunehmend eine Rolle. Es sind Definitionen einer körperspezifischen Identität, die vom Machbarkeitsdiskurs hervorgebracht wird und von den sozialen Idiosyncrasien des Individuums, aber auch von seiner leiblichen Identität abstrahiert. Bekanntlich spielt die Unterdrückung der „Abwehr“ des eigenen Immunsystems gegen ein Transplantat bei der Organübertragung eine riesige Rolle. Immunsuppressiva müssen von einem Transplantierten lebenslang genommen werden, um die eigene ‚Identität‘ gegenüber der ‚fremden‘, nämlich der des „Spenders“ bzw. der „Spenderin“ zurückzustellen. Für den Philosophen Nancy bedeutet das: „Identität steht für Immunität. Wenn man die Immunität schwächt, schwächt man auch die Identität. Fremdheit und Fremdsein werden alltäglich und gemein“ (Nancy 2000:35).

Dem Konzept der genetischen Identität des Individuums kommt in der Reproduktionsmedizin und deren Rezeption zentrale Bedeutung zu (siehe Kapitel IV). Die „genetische Identität“ bedeutet, dass die biologische Einzigartigkeit jedes Individuums auf einer molekularen Ebene verankert ist. Die Vorstellung einer biologischen Unverwechselbarkeit des Individuums spielt auch in der Transplantationsmedizin eine Schlüsselrolle. Dabei wird hier die soziale Identität der „Organspender“ weitgehend ausgeblendet. Die Patientinnen und Patienten erfahren die Herkunft der Organe zumeist nicht. Diese Anonymisierung entspricht der Aufteilung zwischen Körper und Geist in der Transplantationsmedizin; sie wird unter anderem damit begründet, dass den Transplantatempfängern dadurch eine – in der Regel als problematisch und überflüssig erachtete – Auseinandersetzung mit der sozialen Identität der „Organspender“ erspart bleibt.

Auch wenn es gelingt, die Organe von der sozialen Identität der verstorbenen „Organspender“ abzutrennen, sind sie jedoch keineswegs beliebig übertragbar: Die biologische Individualität sowohl der Empfänger als auch der „Organspender“ setzt hier – vorläufig noch – Schranken. Jahrzehntlang scheiterte die Transplantationsmedizin an den körperlichen Abstoßungsreaktionen der Empfängerinnen und Empfänger. Deren Immunsystem – so die medizinische Interpretation – leitete die Zerstörung der Organe ein (siehe Kapitel I). Diese Erklärung basiert auf der Vorstellung, dass sich jeder Körper auf molekularer Ebene vom anderen unterscheidet, dass jeder Mensch also eine biologische Individualität besitzt und seine Körperzellen – und somit auch die Zellen transplantiertes und vom sozialen Kontext des Spenders losgelöstes Organe – als „fremd“ identifizierbar sind. Die Interpretation der Zerstörung der eingepflanzten Organe als Reaktion des „Immun-

systems” impliziert aber darüber hinaus, dass jeder gesunde, lebendige Körper über ein schützendes System verfügt, das maßgeblich und aktiv zur Erhaltung seiner Integrität beiträgt. Die Haut gilt zwar – da sie den ganzen Körper umhüllt – immer noch als ein wichtiger Garant körperlicher Integrität; sie bildet aber nicht mehr die einzige Grenze des Organismus zwischen dem Körperinnern und der Umwelt. Das Immunsystem, ein Komplex aus Organen, Zellen und Molekülen, kann als weitere, jedoch ins Körperinnere verlegte Schranke zwischen "Eigen" und "Fremd" interpretiert werden. Es ist weder von bloßem Auge erkennbar noch in einer bestimmten Körperregion lokalisierbar, es entzieht sich auch einer Steuerung durch das Bewusstsein. Trotzdem wird ihm die Fähigkeit zugeschrieben, den Organismus vor Umwelteinflüssen zu schützen und sich dabei auch noch weiterzuentwickeln. Die Kontakte mit der Umwelt prägen das Immunsystem – oder (um einen zentralen Begriff der Immunologie zu verwenden), das lernfähige “immunologische Selbst”. “Wenn wir erwachsen sind”, schreibt der Biologe und Erkenntnistheoretiker Francisco Varela, “weist unsere Molekular-Identität ein nur dies eine Mal vorkommendes Profil auf, welches durch das Zusammenwirken des Immunsystems/ Körpers entstanden ist“ (Varela 1991:728). Einige Charakteristika dieses Profils werden der Vererbung zugeschrieben, andere dem “immunologischen Gedächtnis”, das sich in konstantem Austausch mit der Umwelt lebenslang weiterentwickelt und das unter anderem die Grundlage für eine Schutzimpfung gegen infektiöse Krankheiten bildet.

Das Immunsystem, heute ein Schlüsselbegriff in der Interpretation von Krankheit und Gesundheit, wurde erst im Lauf des 20. Jahrhunderts konzeptualisiert. Die Immunologie definierte sich seit den 1950er Jahren als Wissenschaft der Erkennung von “Selbst” und “Nicht-Selbst”.¹⁶⁹ Der Diskurs dieser aufstrebenden Disziplin war — im Anschluss an ältere Modelle der Bakteriologie — stark von der Semantik von Verteidigung und Invasion geprägt: Das Immunsystem wurde so dargestellt, als erhalte es die körperliche Gesundheit vermittelt durch andauernde Kriegsführung gegen einen äußeren Feind. Das “immunologische Selbst” wurde mit “Abwehrtruppen” oder “Killerzellen” ausgestattet, die Krankheitserreger und Tumoren “attackierten” und anschließend “eliminierten”. Das “immunologische Selbst” verfügte demnach über klare Grenzen, deren Überschreitung bestimmte Zellen und Moleküle auf den Plan rief und zu einer koordinierten Abwehrreaktion veranlasste. Kurz gesagt, es war ein System, dem wenig Toleranz gegenüber Fremdem eingeschrieben war. “Die bildliche Sprache von der aggressiven immunologischen Kriegsführung gegen das fremde Äußere konzentriert sich auf einen Körper, der ganz aus einem Stoff ist, durch und durch er selbst”, charakterisiert die amerikanische Kulturanthropologin Emily Martin diese Deutung des Körpers.¹⁷⁰ Allerdings verlor dieses Bild gegen Ende des 20. Jahrhunderts immer mehr an Gewicht und Kohärenz. Die immunologische Konzeption des Selbst gewann durch die intensivierten Forschungen nämlich keineswegs an Kontur: Es gelang nicht, wie ursprünglich geplant, dem “immunologischen Selbst” eine präzise chemische und genetische Bedeutung zu verleihen – im Gegenteil. Die früher so klaren Grenzen zwischen “Selbst” und “Nicht-Selbst” begannen zu verschwimmen, und die Konzepte wurden immer komplexer und unschärfer. Die martialische Metaphorik verlor dabei an Bedeutung, wird aber nach wie vor sowohl von Experten als auch von Laien verwendet.

Neuere Ansätze beschreiben das Immunsystem als kognitives, selbstreguliertes und flexibles Netzwerk, das ohne zentrale Steuerungseinheit auskommt. “An die Stelle des hierarchisch organi-

169 Das Interesse an immunologischen Fragestellungen nahm in der Nachkriegszeit - auch im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin - stark zu. Zur immunologischen Konstruktion des Selbst vgl. Tauber (1991), Löwy (1991) und Moulin (1991).

170 Martin (1998:511).

sierten Körpers von einst ist ein Netzwerk-Körper mit einer wahrhaft erstaunlichen Komplexität und Spezifität getreten“, umreißt die Wissenschaftshistorikerin Donna Haraway die Entwicklung. „The immune system is everywhere and nowhere. Its specificities are indefinite if no infinite, and they arise randomly – yet these extraordinary variations are the critical means of maintaining individual bodily coherence“ (Haraway 1993:385). Die Funktion des Immunsystems besteht nicht mehr in erster Linie darin, eine kohärente biologische Individualität zu verteidigen, sondern den Körper im Gleichgewicht zu halten und seine Integrität zu regulieren. Die interdisziplinäre Psychoneuroimmunologie geht hier noch einen Schritt weiter, indem sie die Beziehungen zwischen dem "immunologischen Selbst" und den neuroendokrinen Systemen hervorhebt. Warum kann es zum Beispiel vorkommen, dass wir nach einer beruflichen Stressphase an einer Grippe erkranken? Die Psychoneuroimmunologie setzt hier die negativen Gefühlszustände - den Stress - und die Erkrankung zueinander in Beziehung und untersucht, wie das Immunsystem via Botenstoffe mit dem Nervensystem kommuniziert. Das "immunologische Selbst" hält sich so gesehen nicht nur selbst im Gleichgewicht, es bildet zusammen mit dem Nerven- und dem Hormon- und Botenstoffsystem ein komplexeres Netzwerk, das den Körper auf einer molekularen und zellulären Ebene laufend ausbalanciert.¹⁷¹

Viele Menschen in westlichen Gesellschaften gehen heute davon aus, dass ihr Körper über ein aktives, schützendes System verfügt, das durch bestimmte Verhaltensweisen, zum Beispiel durch gesunde Ernährung, unterstützt und gestärkt werden kann. Die Konzeptualisierungen des Immunsystems beeinflussen – weit über den wissenschaftlich-medizinischen Kontext hinaus – die Art und Weise, wie Männer und Frauen ihren Körper wahrnehmen und über ihn sprechen. Diese Beeinflussung ist gleichzeitig Merkmal und Ausdruck eines tiefgreifenden Wandels der Konzeptualisierungen des Körpers seit der Mitte des 20. Jahrhunderts. Naturwissenschaftliche Disziplinen wie die Genetik oder die Immunologie bilden wichtige Faktoren in diesem Umbruch, sie können aber nicht von ihrem gesellschaftlichen und kulturellen Kontext isoliert werden.¹⁷² Die unterschiedlichen Darstellungen des Immunsystems illustrieren, wie eng Wissenschaft und Gesellschaft miteinander verflochten sind: Die Forscherinnen und Forscher greifen auf Bilder aus ihrem eigenen kulturellen und sozialen Kontext zurück, wenn sie das "Immunsystem" und seine Funktion beschreiben. Ob das System als verteidigungsbereite Armee oder als flexibles Netzwerk konzipiert wird – immer fließen auch Vorstellungen über die Funktionsweise von Gesellschaft und Kultur mit ein. Der wissenschaftliche Diskurs lässt sich deshalb auch leichter mit der Alltagserfahrung verbinden; Metaphern wie zum Beispiel die Kriegsführung des Körpers gegen einen äußeren Feind bieten auch Laien Bezugspunkte. Sie greifen die Bilder auf und modifizieren sie, entsprechend ihrem sozialen und kulturellen Kontext und ihrem bisherigen Körperverständnis. Dadurch entsteht eine schillernde Vielfalt von Vorstellungen darüber, was ein Immunsystem ist und wie es funktioniert.¹⁷³ Das "immunologische Selbst" kann deshalb ganz unterschiedliche Formen annehmen: Es präsentiert sich vielleicht bewaffnet bis an die Zähne, geschmeidig und flexibel (entsprechend den aktuellen Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt!) oder gar beseelt.

Auch im Diskurs der Transplantationsmedizin wird das "immunologische Selbst" unterschiedlich dargestellt. Allerdings dominiert hier die Darstellung als Abwehrsystem, das die Integrität des Körpers verteidigt und fremde Zellen und Moleküle zerstört. Dabei verändert sich die Perspektive

171 Zur Infragestellung der Trennung zwischen einem bewussten Selbst, das im Gehirn verortet wird, und dem immunologischen Selbst durch die Psychoneuroimmunologie vgl. Tauber (1997:181-184).

172 Vgl. dazu z.B. die Zusammenfassung von Schlich (1998).

173 Vgl. dazu die Studie von Emily Martin (1994) zum Immunsystem in den USA.

auf das Immunsystem: Die Abstoßungsreaktion wird als aggressive Reaktion des eigenen Körpers auf das fremde Organ interpretiert. Die Schutzmechanismen zur Wahrung der körperlichen Integrität und Individualität bedrohen nun das Transplantat, oft auch das Leben der Patientinnen und Patienten. Da das "immunologische Selbst" nicht ihrem Willen unterworfen ist, muss es durch die lebenslängliche Einnahme von Medikamenten zumindest partiell unterdrückt werden, um eine Abstoßung der als "fremd" identifizierten Zellen – des wertvollen "Geschenks" – zu verhindern. Dies gelingt nicht in allen Fällen gleich gut: Die Gefahr einer Abstoßung besteht lebenslang und ist – wie dargestellt – ein prägender und angsteinflößender Faktor des Lebens nach einer Transplantation. Sie kommt deshalb auch in den Gesprächen zwischen Ärzten und Patienten oft zur Sprache. Mit der Verwendung des Konzepts der „Abstoßung“ durch das Immunsystem wird aber implizit die Beziehung eines "Selbst" (d.h. der biologischen Individualität des Empfängers) zu einem "Nicht-Selbst" (dem transplantierten Organ, das einst einem anderen Körper angehörte) thematisiert. Während für die Auseinandersetzung mit der sozialen Identität der "Organspender" wenig Raum bleibt, findet – gezwungenermaßen – eine intensive Auseinandersetzung mit ihrer biologischen Individualität und deren Beziehung zum "immunologischen Selbst" des Patienten statt. Der immunsupprimierte Körper muss sein Gleichgewicht wieder finden, und das "immunologische Selbst" muss soweit ausgesöhnt werden, dass es weder das eingepflanzte Organ angreift noch die Integrität des Körpers vollständig preisgibt. Der Diskurs über die "Abstoßungsreaktionen" ist folglich auch ein Diskurs über die biologische und körperliche Identität des Patienten, der verschiedene Funktionen haben kann. Einerseits ermöglicht er es den Patientinnen und Patienten, die komplexen Identitätsfindungsprozesse nach einer Transplantation, die normalerweise aus dem Klinikalltag ausgeklammert werden, auf einer medizinisch-technischen Ebene zu thematisieren. Sie können dabei auch Vorstellungen ihres modifizierten Immunsystems und dessen Beziehung zu den transplantierten Zellen entwickeln, die ihnen unter Umständen eine Integration des "neuen" oder "fremden" Organs ins eigene Körperverständnis erleichtern – zum Beispiel, indem sie die Fähigkeit ihres Organismus zur Toleranz fremder Körperzellen in den Vordergrund stellen. Andererseits kann die häufige Thematisierung der Abstoßung auch eine Integration des Organs in das eigene Körperverständnis verhindern: Die weit verbreiteten Kriegsmetaphern implizieren, dass eine feindliche Reaktion des Körpers auf das Transplantat nur mit Mühe und Aufwand verhindert werden kann. Eine Möglichkeit, das eingepflanzte Organ zumindest metaphorisch mit dem Organismus zu versöhnen, besteht in diesem Konzept nicht – es bleibt lebenslang ein allenfalls geduldeteter Fremdkörper.

Soziale Beziehungen

Wie wir gesehen haben, reichen Humantechnologien, obwohl sie sich tendenziell nur mit ‚Körpern‘ von Individuen befassen, weit in den Bereich sozialer Beziehungen – und damit auch in die Gesellschaft – hinein. Am deutlichsten wurde dies bei der Reproduktionsmedizin, die zwar vordergründig ‚nur‘ ein Kind erzeugen will, wo von ‚Natur‘ aus keines entstehen würde. Aber bei diesem Kind handelt es sich, selbst wenn es ein „Retortenbaby“ ist, anerkanntermaßen um das Kind eines Paares.¹⁷⁴ Reproduktionsmedizin schafft damit auch immer Verwandte. Wir wollen in

174 Die reproduktionsmedizinischen Behandlungen dürfen bekanntlich in Deutschland nur bei verheirateten Paaren durchgeführt werden; solche standen im Zentrum unserer Untersuchung. Jedoch ist festzuhalten, dass immer

diesem Abschnitt der Frage über das Verhältnis von sozialen Beziehungen und Humantechnologien nachgehen. Wie wirken Humantechnologien und Verwandtschaft aufeinander ein? Wie modifizieren Humantechnologien bestehende Vorstellungen von Verwandtschaft? Schafft die Anwendung von Humantechnologien neue verwandtschaftsähnliche soziale Beziehungen – und werden sie überhaupt zugelassen oder nicht? Welche neuen Formen der Vergesellschaftung und der gesellschaftlichen Verpflichtung entstehen im Umfeld der Humantechnologien?

Verwandtschaft gilt in erster Linie als eine intime und enge Beziehung, die auf biologischer Grundlage beruht. Darin unterscheidet sich Deutschland von anderen europäischen Ländern, einschließlich der USA, nicht. Als Paradebeispiel für soziobiologische Verwandtschaft steht die Kernfamilie: Eltern mit ihrem leiblichen Kind, das die ‚Gene‘ und das soziale Erbe seiner Eltern weitertragen wird. Die Idee des Stammbaums baut darauf auf. Die einzelne Kernfamilie bildet nur ein Glied in einem Kontinuum von Beziehungen, die frühere Generationen mit solchen in der Zukunft verbinden. Im Zentrum steht die Deszendenz, d.h. die Abstammungsrechnung, die „Blutlinie“. Diese hat in Deutschland eine besondere Bedeutung insofern erlangt, als die deutsche Staatszugehörigkeit primär über Deszendenz, d.h. Träger deutschen Blutes zu sein, geregelt ist (*jus sanguinis*). Kinder deutscher Eltern besitzen automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit. Im Unterschied zu den meisten Staaten erlangen Kinder von Ausländern, die in Deutschland geboren werden, nicht die deutsche Staatsbürgerschaft einzig aufgrund der Tatsache, dass sie in Deutschland geboren wurden. Das *jus sanguinis* ist auch der Grund, weshalb sich bis Ende des 20. Jahrhunderts die Nachkommen deutscher Auswanderer, die bereits im 18. Jahrhundert nach Russland emigriert waren, auf ihre deutsche Abstammung berufen konnten, um als Bürger in die Bundesrepublik ‚zurückkehren‘, selbst wenn Sie nicht mehr Deutsch sprechen konnten. Der Nachweis deutschen Blutes war ausreichend (vgl. Hauser-Schäublin 1996).¹⁷⁵

Dass Blutsverwandtschaft deshalb noch immer, wenn auch in modifizierter Form, in Deutschland eine besondere Rolle spielt, liegt auf der Hand. Blutsverwandtschaft gilt als unauflöslich; dies hat auch Auswirkungen auf den Umgang mit heterologer Insemination (s.u.). Als zur Vorstellung solcher Formen von Verwandtschaft gehört die primäre Unauflösbarkeit solcher Beziehungen. Zwar können sich Geschwister oder Kinder und ihre Eltern zerstreiten und sich trennen, dennoch bleibt, von der Vorstellung und der rechtlichen Situation her, ein Geschwister immer ein Geschwister, ein Kind immer das Kind eines bestimmten Elternpaares. Im Unterschied dazu sind die affinalen, über Heirat geschlossenen Beziehungen solche, die durch einen Willensentscheid zustande kamen – und durch einen ebensolchen wieder aufgelöst werden können (Scheidung). Sie können also rückgängig gemacht werden. Aber diese verwandtschaftlichen Beziehungen, die über Heirat zustande kommen, unterscheiden sich in ihrer Qualität fundamental von denen, die durch Abstammung geschaffen wurden. Hinzu kommt, gesamtgesellschaftlich betrachtet, die auffällige Instabilität von Ehen. Scheidung ist die ‚Standardlösung‘ für Streitigkeiten zwischen zwei Personen, die miteinander eine Ehe aufgrund eines Willensentscheides eingegangen sind. Von der Tatsache, dass Ehen aufgelöst werden können, wird immer häufiger Gebrauch gemacht: So wurden

mehr unverheiratete Frauen sich entschließen, ein Kind zu haben. Im Jahre 2004 wurden in Deutschland 705.622 Kinder ehelich, 197.129 (also fast 28 %) nicht-ehelich geboren (Statistisches Bundesamt 2007).

175 Seit Juli 1990 können Einwanderer, die als Spätaussiedler in Deutschland anerkannt werden wollen, nur noch mit einem Aufnahmebescheid einreisen. Dieser erhält, wer mittels eines formalen Aufnahmeverfahrens seine deutsche „Volkszugehörigkeit“ und zusätzlich seit 1997 in einem mündlichen Test seine Sprachkenntnisse nachweisen kann.

im Jahr 2006 373.681 Ehen geschlossen und 190.928 geschieden (Statistisches Bundesamt, Stand 31.08.07, Statistiken Eheschließungen Scheidungen, abgerufen am 03.06.08)¹⁷⁶

Viele der geschiedenen Partner gehen eine neue eheliche Beziehung ein. Auf der Zeitachse betrachtet, fluktuiert die Bildung von Kernfamilien; es lösen sich also ständig bestehende Kernfamilien auf, während sich gleichzeitig neue bilden. Die ‚intakte‘ Kernfamilie bildet deshalb nur eine idealisierte Momentaufnahme und kein reales homogenes Kontinuum: Viele Männer und Frauen – und ebenso viele Kinder – sind somit Mitglieder von mehr als einer Kernfamilie, auch wenn deren jeweilige Existenz zeitlich verschoben ist (serielle Monogamie). Inwieweit erfahren nun diese (hier vereinfacht wiedergegebenen) Verwandtschaftsbeziehungen durch Humantechnologien eine Veränderung?

Als erstes muss festgestellt werden, dass – wie wir bereits darlegten – sich die Idee der leiblichen Verwandtschaft verstärkt, gerade weil die Reproduktionsmedizin „unfruchtbaren“ Paaren zu einem eigenen, leiblichen Kind verhilft. Diese technisch-medizinischen Möglichkeiten fördern auch den Wunsch nach einem eigenen Kind, da dieses in immer greifbarere Nähe gerückt wird. Andere Wege, die zu einem eigenen, wenn auch nicht leiblichen Kind verhelfen könnten – vor allem Adoption – werden deshalb eindeutig als zweite Wahl hinter die Möglichkeiten reproduktionsmedizinischer Behandlung gestellt.

„Ich könnte mir zwar vorstellen, mit einem Adoptivkind glücklich zu werden, aber das ist auch nicht immer diese Wunderlösung, wie alle denken. Dass ist auch ganz schön schwierig und man nimmt da ganz schöne Dinge auf sich. Und im Prinzip geht mir ja auch noch die Schwangerschaft verloren. Bei der medizinischen Möglichkeit könnte ich noch eine Schwangerschaft erleben und eine ganz normale Geburt. Und das wäre für mich zum jetzigen Standpunkt nicht so unbedeutend. Das wäre schon eine schöne Aussicht. Und es wäre für mich auch schön, dass Kind von meinem Mann auszutragen, das ist ja auch was, was verbindet. Und ich würde die Schwangerschaft und Geburt erleben und hätte da auch Anteil dran. Es wäre ja quasi in meinem Fleisch und Blut entstanden, wie man das so schön nennt.“ (Tabea Ullbricht, 34)

Auch von Seiten der Anbieter wird die gemeinsame Schwangerschaft eines Paares durch den Einsatz medizinischer Therapien – hier der heterologen Insemination – als Vorteil gegenüber einer Adoption hervorgehoben:

„Es ist ein Vorteil der artifiziellen Insemination gegenüber der Adoption, dass das soziale Umfeld der Eheleute, die Bekannten, Verwandten und nicht einmal die Eltern Kenntnis von der künstlichen Zeugung des Kindes haben. Das Erlebnis von Schwangerschaft und Geburt ist für manche Frauen, deren Ehe bisher kinderlos geblieben ist, von grundsätzlicher Bedeutung. Hier wird die Bindung zum Kind sicher enger empfunden als bei einer Adoption.“ (zitiert aus einer Informationsbroschüre über die heterologe Insemination einer Praxis)

Umgekehrt hat, parallel zur sozialen Betonung biogenetischer Verbindungen zwischen Eltern und Kindern, die damit verbundene Essentialisierung von Verwandtschaft auch zu neuen Perspektiven für Adoptionen – die von Herkunftsmüttern oft geforderten „offenen Adoptionen“ – geführt.¹⁷⁷

176 55,8% der Anträge auf Scheidung wurden von Frauen gestellt (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 442 vom 07.11.2007, abgerufen 03.06.08).

177 Frauen, die ein Kind zur Adoption frei gegeben haben, berufen sich neuerdings auf die Tatsache, dass sie die biologischen Mütter ihrer Kinder seien. Sie bezeichnen sich deshalb auch als „Herkunftsmütter“. Sie betonen al-

Reproduktionsmedizinische Behandlungsmöglichkeiten führen in unterschiedlichen Formen Zeugungssubstanzen zusammen. Körperliche Kontakte sexueller Art zwischen den beiden ‚Zeugungsparteien‘ sind nicht notwendig. Die Zusammenführung der Zeugungssubstanzen findet in erster Linie durch den Arzt statt. Zeugung bedeutet damit kontrollierte Befruchtung, ausgeführt von Experten mittels getestetem genetischen Material. Die Kontrolle der Befruchtung durch Experten, ohne direkte körperliche Beziehungen der Beteiligten, umschifft soziale Probleme. So besteht in der Bewertung ein fundamentaler Unterschied zwischen einer Liebesbeziehung einer verheirateten Frau mit einem Liebhaber, aus der dann eine Schwangerschaft entsteht und der labormäßigen Zusammenführung der Eizellen einer Frau mit „Spendersamen“, obwohl das Resultat – ein ‚fremdgezeugtes‘ Kind – letztlich das gleiche ist. Von den intendierten sozialen Beziehungen her handelt es sich im ersten Fall um einen Ehebruch, im letzteren um eine durch einen Fachmann ausgeführte Dienstleistung: die assistierte Reproduktion. Die kontrollierte, wissenschaftlich verwaltete Fortpflanzung hat zweifellos auch zu einer Essentialisierung der ‚echten‘ Verwandtschaft generell geführt und sie über andere Formen der Schaffung von verwandtschaftlichen oder verwandtschaftsähnlichen Beziehungen (z.B. Patenschaften u.ä.) gestellt. Dennoch ist diese ‚echte‘ Verwandtschaft kulturell konstruiert. Dies bedeutet, dass Verwandtschaft nicht einfach biogenetische Beziehungen abbildet oder solche sozial überformt. Die Ungleichbehandlung der Zeugungsbeiträge eines Mannes und einer Frau ist ein Beispiel dafür. So ist etwa per Gesetz festgelegt, dass Eizellen oder gar Embryonen nicht von einer Frau auf eine andere übertragen werden dürfen. ‚Zeugungsmutter‘ und ‚Geburtsmutter‘ müssen deshalb identisch sein (s.o. Abschnitt Identität). Damit erfährt die Rolle der Frau als Mutter, wie bereits erwähnt, eine Essentialisierung. Nicht so beim Mann. Die kulturelle Konstruktion von Vaterschaft – so besagt der soziale Verträglichkeitsdiskurs – lässt eine Trennung zwischen biologischem und sozialem Vater zu. Bei heterologer Insemination, der Befruchtung der Eizelle der Frau mit dem Sperma eines anonym gehaltenen Mannes, gilt bekanntlich der Ehemann als biologischer *und* sozialer Vater! Der eigentliche Zeugungsvater wird damit sozial ausgeblendet, und tritt nicht in Erscheinung. Der Schein von der ‚normalen‘ Kernfamilie bleibt nach außen gewahrt. Wie die Interviews gezeigt haben, geben die wenigsten Paare, die eine heterologe Insemination gewählt haben, dieses Geheimnis ihrer sozialen Umgebung preis! Selbst wenn das Paar es wünscht, so hat es in keinem Fall die Möglichkeit, Informationen über die Person des „Samenspenders“ zu erhalten. Für das Kind behält die genetische Verbindung jedoch weiterhin Gewicht und zwar durch die Bedeutung, die der genetischen Identität für die Persönlichkeitsentwicklung zugesprochen wird, so dass das Kind trotz des technologischen Eingriffs und der sozialen Atomisierung multiple Elternschaften besitzt. Marilyn Strathern (1995a:352) hat dies als ‚dispersed kinship‘ bezeichnet, da die fragmentierten Elternteile, auch wenn jeglicher sozialer Kontakt zu dem Kind fehlt, trotzdem im Sinn einer verwandtschaftlichen Beziehung Bedeutung haben.

Dem heterolog gezeugten Kind steht jedoch per Gesetz das Recht zu, Aufschluss über die Identität seines biologischen Vaters zu erlangen. Aber dieses Recht kann es nur in Anspruch nehmen, wenn ihm seine sozialen Eltern (die auch seine vermeintlich biologischen Eltern sind) ihr Geheimnis überhaupt mitgeteilt haben! Dass die Information über biologische Vaterschaft auch soziale Konsequenzen hat – also das Kind plötzlich über zwei Väter verfügt –, liegt auf der Hand. Und zwar, sobald das (volljährig gewordene) Kind von seinem biologischen Vater erfährt und mit ihm Kontakt aufnimmt, wird dieser automatisch auch zu einem sozialen Vater, wenn vielleicht auch

so gerade die biogenetische Beziehung, die auch die Reproduktionsmedizin so stark hervorhebt, vgl. Schmitt 2000.

besonderer Art. Damit ändert sich zweifellos die Bedeutung von ‚Kernfamilie‘. Politiker und Politikerinnen gaben in den Parlamentsdebatten ihrer Befürchtung Ausdruck, dass die durch „artifizielle“ Reproduktion hergestellten Beziehungen in der Kernfamilie nicht mehr die Intensität wie bei der natürlichen Elternschaft besitzen, da sich durch die reduzierte biologische Beteiligung auch die sozialen Beziehungen zu ‚Teilbeziehungen‘ reduzieren könnten.

Die Rechtsprechung erkennt die genetische Verbindung zwischen „Samenspender“ und Kind an, um diesem das Recht auf Kenntnis seiner Abstammung gewährleisten zu können. Aus diesem Grund muss die Identität des „Spenders“ durch die Dokumentation des Arztes ermittelbar sein.¹⁷⁸ Im gegenwärtigen Recht ist dieser Vater i.S.v. § 1592 Nr. 3 BGB und daher also feststellbar (§ 1600d BGB). Ist der „Samenspender“ als Vater des artifiziell erzeugten Kindes gerichtlich festgestellt worden, stellt sich die Frage nach der Unterhaltsverpflichtung. Wenn der Ehemann der heterologen Insemination seiner Ehefrau zugestimmt hat, ergibt sich für ihn als sozialer Vater die Pflicht, für das Kind wie ein ehelicher Vater zu sorgen (BGHZ 129, 297). Ist der soziale Vater jedoch mittellos, wird der „Samenspender“ für den Unterhalt des Kindes herangezogen.

Während zahlreiche Autoren der vergangenen Jahrzehnte auf die abnehmende Bedeutung von Verwandtschaft und verwandtschaftlichen Beziehungen hingewiesen haben (z.B. König 1976; Kaufmann 1995; Parsons 1964; Weston 1991) verleihen dagegen die Humantechnologien im Kontext der Reproduktionsmedizin der Verwandtschaft *neue Bedeutungen und auch Verpflichtungen*.

Aber auch im Bereich der Transplantationsmedizin spielen verwandtschaftliche Beziehungen eine bedeutende Rolle in der gesellschaftlichen Regulierung und Anwendung der neuen technologischen Möglichkeiten. Da die Transplantationsmedizin in ihrem Grundprinzip Körpergrenzen überschreitet, war eine der grundlegenden Fragen in der politischen Diskussion, wer berechtigt ist, über eine Organentnahme zu verfügen (siehe Kapitel IV). Die Politiker und Politikerinnen haben die bereits vor Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes praktizierte erweiterte Zustimmungslösung bestätigt, nach der die nächsten Angehörigen in die Entscheidung über eine Organentnahme miteinbezogen werden müssen, wenn keine persönliche Erklärung der „hirntoten“ Patienten vorliegt. Die Angehörigen können unter dieser Voraussetzung die Zustimmung ersetzen, so dass eine Organentnahme nur dann möglich wird, wenn die Angehörigen ausdrücklich zustimmen. Den Angehörigen kommt damit ein subsidiäres Zustimmungsrecht zu, d.h. dass sie nicht nur in einer Botenfunktion den Willen des „Hirntoten“ wiederzugeben haben, der nicht schriftlich fixiert wurde, sondern darüber hinaus auch über eine Mutmaßung des Willens urteilen bzw. bei nicht möglicher Mutmaßung selbst entscheiden. Den Angehörigen wird somit eine neue Verantwortung überbürdet, eine derart essentielle Entscheidung für einen Nächsten fällen zu müssen.

Auch im Bereich der „Lebensspende“ wurde in der politischen Diskussion mit emotionaler Nähe argumentiert, die unter Verwandten vorhanden sei. Die Zulässigkeit der „Lebensspende“ wurde auf emotional verbundene Menschen – die „nächsten Angehörigen“ (§ 8 Abs. 1 TPG) – beschränkt, da angenommen wurde, dass damit eine freiwillige und autonome Entscheidung der „Organspender“ oder „Organspenderin“ garantiert und somit jegliche Form der Kommerzialisierung von „Lebensspenden“ sowie der Missbrauch des Organhandels ausgeschlossen werden können. Als „nächste Angehörige“ werden wiederum Verwandte 1. oder 2. Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem „Spender“ bzw. der „Spenderin“ in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen, aufgeführt. Auch im Bereich der „Lebensspende“ erfährt

178 Eine anonyme Samenspende wird nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes (90; 263; 277) als ausgeschlossen erachtet (vgl. Lüderitz 1999:278).

die Verwandtschaft somit eine neue Wertung, da niemand weiß, ob er nicht auf die „Lebenspende“ eines nächsten Angehörigen ‚angewiesen‘ sein wird oder ob er umgekehrt darüber entscheiden muss, einem Nahestehenden in einer gegebenen Notsituation helfen zu wollen.

Für die gesellschaftliche Regulierung und Bewertung sozialer Beziehungen im Kontext der neuen Humantechnologien offenbart sich als ein Fazit, dass neue, aufgrund der reproduktiven Technologien erschaffenen Beziehungen nach verwandtschaftlichen Kriterien definiert und bewertet und somit in die bestehende gesellschaftliche Struktur der Kernfamilie eingebunden werden. Die Transplantationsmedizin zeigt dagegen, dass mit den neuen technologischen Möglichkeiten verwandtschaftliche Beziehungen aktiviert werden, die aufgrund der bestehenden Konzeption der Blutsverwandtschaft als selbstverständlich und existent anerkannt sind. In wie weit diese verwandtschaftlichen Beziehungen im Alltag auch gepflegt werden, ist – im Unterschied zur Kernfamilie im erwähnten Sinn – eine offene Frage. Aus diesem Grund sprechen wir von einer Aktivierung verwandtschaftlicher Beziehungen. Verwandte werden Entscheidungsträger, die neue, durch die Technologien entstandene Verantwortung übernehmen müssen. Rechte und Pflichten gegenüber einem anderen Verwandten werden somit erweitert, so dass im gesellschaftlichen Kontext die soziale Gruppe der Verwandten eine neue Bedeutung erhält, wie die gesetzliche Zuweisung als Referenzgruppe für „Lebenspenden“ und als Entscheidungsträger der erweiterten Zustimmungslösung zeigen. Das gesellschaftsstrukturierende Ordnungsprinzip der Verwandtschaft wird durch die neuen Machbarkeiten der Humantechnologien somit nicht in Frage gestellt. Vielmehr verändert der technologische Fortschritt die Bedeutungszuweisungen innerhalb des sozialen Beziehungssystems.

Wir stellen darüber hinaus die Frage, ob nicht *neue ‚verwandtschaftliche‘ Beziehungen* entstehen könnten, die nicht sein dürfen. Ein treffendes Beispiel ist die bereits diskutierte Konstruktion von sozialer Verwandtschaft und das Ausblenden des ‚Zeugungsmannes‘ bei der heterologen Insemination. Wie wir jedoch gesehen haben, ist ‚echte‘ Verwandtschaft aufs engste mit dem Austausch von Körpersubstanzen verbunden. ‚Echte‘ Verwandtschaft ist solche, die durch Körpersubstanzen begründet wird. Wenn dies die Grundaussage des kulturellen Diskurses ist, dann kann man davon ausgehen, dass immer dann, wenn vitale Substanzen zwischen Menschen gegeben werden, Vorstellungen von Verwandtschaft involviert sind. Man müsste also vermuten, dass bei Angehörigen, die die Zustimmung für die Entnahme von Organen ihres ‚hirntoten‘ Nächsten geben, das Gefühl aufkeimt: Diese Organe, diese lebendigen Teile ihres Verwandten, bilden nun die Lebensquelle anderer Menschen (der Empfänger) – und schaffen dadurch auch neue Verwandte.

In der gesellschaftlichen Praxis kommen Vorstellungen von ‚neuen‘, durch Organspende begründeten Verwandten aber nicht vor, d. h. sie werden ausgeblendet und negiert. Die Verbindung, die durch die Übertragung von Organen zwischen der ‚spendenden‘ und empfangenden Seite entsteht, wird nur selten von selbst thematisiert. Dabei zeigt sich die Hierarchisierung von Organen: Dem Herz kommt dabei eine überragende Bedeutung zu. Auf die Frage, ob sie denn öfter an die Empfänger der Organe ihres Bruders denke, antwortet Maria Deinert (47):

„Ja, ich denke öfter an die Empfänger und hoffe, dass es ihnen immer noch gut geht. Natürlich leben sie mit einem Teil meines Bruders. Aber es geht nicht soweit, dass ich denke, sie sind jetzt ein Teil meines Bruders, weil es nicht die Seele ist. Es sind Organe, die funktionieren. Von daher habe ich auch gar kein Bedürfnis zu recherchieren, wer ist das? Ich habe mich gefragt, soll ich mit

den Leuten, wenn es überhaupt möglich ist, Kontakt aufnehmen?¹⁷⁹ Das möchte ich nicht. Wie gesagt, weil ich das wirklich nur als rein profanes Teil meines Bruders sehe, aber kein Teil, der gefühlsmäßig oder von der Seele her mit diesen Menschen lebt. Er hat geholfen.“

Milena Gerke (38), die ebenfalls ihren Bruder verloren hat, hätte dagegen sehr gern einen persönlichen Brief des Herzempfängers vom entsprechenden Transplantationszentrum übermittelt bekommen:

„Vom Herzempfänger würde ich gerne einen persönlichen Brief bekommen. Ich habe ein bestimmtes Bild von ihm im Kopf und würde jetzt gerne wissen, wie er wirklich ist. Wenn es beide Seiten wollen, dann finde ich ein Treffen richtig.“

Frage: „Warum gerade beim Herz?“

Milena Gerke: „Das kann ich auch nicht genau sagen, aber es ist eben etwas Besonderes: ‚Du liegst mir am Herzen, Herzallerliebster, es hat eine schöne runde Form und so weiter‘.“

Frage: „Würde es etwas ändern, wenn Sie wüssten, wer er ist und wenn Sie ihn z.B. nicht mögen?“

Milena Gerke: „Ja, ich glaube schon. Ein persönliches Treffen würde ich jetzt nicht wollen, vielleicht aber später einmal. Das kann ich nicht sagen, die ganze Sache läuft in Verarbeitungsschritten und Prozessen ab.“

Frage: „Fühlen Sie sich mit den Organempfängern verbunden?“

Milena Gerke: „Das Wort ‚verbunden‘ gefällt mir nicht in diesem Zusammenhang. Da muss man aufpassen, das ist ein schwieriges Wort. Es ist zu persönlich, da es ja kein persönliches Kennenlernen gibt. Sie haben jetzt etwas, was ich vorher hatte – was eigentlich auch nicht stimmt, denn das Innere meines Bruders hatte ich ja nicht. Ich würde trauern, wenn das Herz meines Bruders aufhört zu schlagen. Vielleicht würde ich mich ja auch freuen, weil die Person zumindest noch ein paar Jahre gelebt hat.“

Die enge – direkte und indirekte – körperliche Beziehung, durch die humantecnologische Behandlungen Menschen zusammenbringen, birgt in sich also die Möglichkeit, dass dadurch neue, durch Substanz begründete Beziehungen zwischen sich eigentlich fremden oder sich fremd gewesenen Menschen geschaffen werden. Das Wissen um die ursächliche Verknüpfung ihres Überlebens mit dem Tod eines anderen Menschen ist den Organempfängern stets bewusst. „Ich kann nicht mehr nur an meinen eigenen Tod denken,“ legt Hans-Rudolf Müller-Nienstedt seine Gedanken zur Transplantation dar, „wurde mir doch mit der Leber meines Spenders etwas Lebendiges anvertraut, das nur durch mich weiterlebt, nur durch mein Weiterleben seinen Sinne erhält“ (Müller-Nienstedt 1996:183). In diesem Sinne wird eine Verbindung der Lebensschicksale sich fremder Menschen hergestellt.

Wie Kapitel I aufzeigt, ist die reproduktionsmedizinische Behandlung für Paare, besonders für Frauen, mit einem großen zeitlichen Aufwand verbunden. Sie müssen regelmäßig zur Kontrolluntersuchung in die Praxis oder Klinik und zum überwiegenden Teil werden mehrere Behandlungsversuche durchgeführt. Da die Zeugung aus der sexuellen Beziehung eines Paares herausgelöst und als Fortpflanzung in die Klinik verlegt wird (siehe Kapitel II), stellt sich die Frage: Wie steht

179 In Deutschland ist ein Kennenlernen zwischen den Angehörigen postmortalen „Organspender“ und den entsprechenden Organempfängern nicht erlaubt.

es mit den Beziehungen zwischen den Paaren und der Ärzteschaft sowohl während der Behandlungen als auch nach der Geburt eines Kindes?

Aus vielen Interviews mit Paaren geht hervor, dass ihrer Meinung nach die Aufgabe der Ärzte darin bestehe „einfach nur ihren Job zu machen“.

Christoph Ottmers (33): „Der eine repariert ein Auto, der nächste repariert einen Arm, und er [der Arzt] macht halt Kinder. Das ist eine Dienstleistung. Aber sonst bringt das keinen Bezug. Da könnten jetzt noch drei andere stehen. Wenn ich jetzt meinem Kind irgendwann erzählen sollte, wer sein Vater ist [...]. Ich bin sowieso der biologische Vater. Und der da hinten hat ein bisschen mitgeholfen. Wobei: wen soll ich jetzt hier zuordnen? Hier laufen so viele herum. An unserer Geschichte haben schon so viel herumgemengt. Ja, aber die haben alle ihre Lebensberechtigung, ihr Einkommen.“

Anhand des empirischen Materials wird jedoch auch deutlich, dass die Beziehung zum Arzt bzw. zur Ärztin geschlechtsspezifische Unterschiede aufweist. Frauen haben während der Behandlungszyklen regelmäßige Termine zur Ultraschallkontrolle in der Praxis oder Klinik und verbringen somit wesentlich mehr Zeit mit dem Arzt als ihre Ehemänner; zudem konzentrieren sich diese Behandlungen auf den Intimbereich ihres Körpers. Frauen entwickeln zum Teil engere Beziehungen zum Arzt, da sie in ihm einen Vertrauten oder einen Begleiter sehen, der ebenso großes Interesse an der Erzeugung eines Kindes hat wie sie selbst. Dieser Aspekt gewinnt nach Aussage eines Arztes immer dann an Bedeutung, wenn Probleme in der Partnerschaft auftauchen, die sich auf den sexuellen Bereich beziehen können, aber auch auf die unterschiedliche Intensität des „Kinderwunsches“ und somit die Bereitschaft, sich über einen langen Zeitraum medizinischen Behandlungen auszusetzen. Schwierigkeiten mit dem Partner haben des Öfteren eine Hinwendung zum Arzt zur Folge, der „als einziger versteht, um was es geht – ein eigenes Kind zu kriegen“. Hier spielt wiederum auch das Geschlecht des Arztes eine Rolle, denn das Verständnis, das seitens des Ehepartners fehlt, wird kompensiert in dem Zuspruch, den der (männliche) Arzt gibt. Diese Beziehungen, die teilweise von den Frauen an die Ärzte herangetragen werden, werden seitens der Ärzteschaft als Entgegenkommen und Freundlichkeit kraft ihres Amtes verstanden und nicht als persönliche Beziehung, wie Dr. Norbert Krüger (43) schildert:

„Ich versuche das eher so zu betrachten, dass ich mich in den Dienst des Paares stelle, aber ich weiß auch selber nicht, welche Assoziationen manchmal von der Seite des Paares mit meiner Person verbunden sind. Ich glaube, dass das auch sehr unterschiedlich sein dürfte in Bezug auf den Mann und die Frau. Dass vielleicht beim Mann so ein gewisses Insuffizienzgefühl besteht, weil er nicht derjenige ist. Er kann zwar seinen Samen spenden, aber das Kind ‚kann nur ich machen‘, weil ich dann die Übertragung durchführe.“

Nach der Geburt eines Kindes stellt sich die Situation für beide Partner häufig wieder anders dar. Der behandelnde Arzt oder die Ärztin nimmt für viele Paare in der Retrospektive eine besondere Rolle ein. Der Tatsache, dass dieser an der Erzeugung des Kindes direkt beteiligt war, wird eine größere Bedeutung zugemessen. In Kapitel II haben wir anhand der Begrifflichkeiten von Zeugung und Befruchtung die unterschiedlichen Perspektiven von Fachleuten und Laien gezeigt und postuliert, dass zwei Diskurse über Zeugung existieren. Einer wird über soziale Beziehungen und Leib-

lichkeit geführt, der andere über professionalisiertes Handeln, das sich auf Aspekte des Körpers konzentriert. Die Paare tragen aus ihrer Leiblichkeit heraus persönliche Beziehungen an die Ärzte heran, indem sie – wie wir in zwei Interviews erfahren konnten – beispielsweise ihrem Kind den Vornamen des Arztes als Zweitnamen gaben bzw. im anderen Fall diesen zwar übernahmen, ihn jedoch leicht abwandelten. Überwiegend drückt sich die Dankbarkeit der Paare nach erfolgreicher Behandlung und Geburt in Geburtsanzeigen, Besuchen der Klinik zur Vorstellung des Kindes sowie Überreichen von Geschenken (z.B. Blumen, Pralinen, Kaffee, Kuchen oder ganze Präsentkörbe) aus. Diese Verbindung wird von Seiten der Paare zum Teil über einen Zeitraum von mehreren Jahren gepflegt, indem sie regelmäßig Briefe und neue Fotos schicken.¹⁸⁰

„Das ist hier in der Praxis wie eine Familie für mich. Es ist richtig warmherzig dort. Die sind so lieb und nett, da hast du keine Angst, da fühlst du dich wohl und geborgen. [...] Wir hatten uns den Namen des Arztes als Zweitnamen überlegt und auch, dass wir dann hingehen und was vorbeibringen [in der Praxis]. Und als es dann nicht geklappt hat [Fehlgeburt im 5. Monat] war er [der Arzt] so nett und hat gesagt, so eine Scheiße und er kann das nicht verstehen. Es hat ihm unendlich leid getan.“ (Ira Wagner, 33 Jahre)

Anhand der Interviews ist zu erkennen, dass die Beziehung seitens der Ärzte zum Paar – wie bereits erwähnt – in erster Linie kraft ihres Berufs oder ihrer Funktion besteht. Sie nehmen zwar Anteil an den Problemen der Paare während der Therapie, freuen sich über die Geburt eines Kindes und den anschließenden Besuch in der Praxis oder Klinik, blenden persönliche Beziehungen jedoch von ihrer Seite her nach Erreichen einer Schwangerschaft überwiegend aus.¹⁸¹ Persönliche Kontakte in Form von Karten zum Geburtstag des Kindes, Anrufe oder Besuche finden nicht mehr statt.

„Ich denke, dass ich für einige Paare eine Position einnehme, dass ich derjenige bin, der diesem Paar zu dem Kind verholfen hat. Dass ich in deren Empfinden eine gewisse allmächtige Position habe. [...] Ich habe eine gute Distanz dazu, dadurch dass ich selber zwei Kinder habe. Ich glaube, das ist auch sehr wichtig für jemanden, der in diesem Bereich tätig ist, dass er selber Kinder hat. Ich glaube, das hilft einem, diese Distanz dann auch zu wahren und zu sagen, das ist wirklich mein Kind, biologisches Kind, selbst erzeugt, und das sind jetzt die Kinder von den Paaren. Ich war eine zeitlang daran beteiligt, aber ich kann dann auch, wenn ich so ein Kind auf den Arm nehme und das mal herumtrage und vielleicht auch ein Foto von mir mit dem Kind gemacht wird, auch gut sagen, hier, nehmt Euer Kind wieder, denn das ist Euer Kind. Man darf vor allen Dingen auch nicht vergessen, dass viel von der Arbeit ja gar nicht von mir allein erledigt wird, sondern da sind die Helferinnen an der Rezeption, die Mitarbeiterinnen im Labor, die mit zu dem Gelingen einer Behandlung beitragen. Als Frauenarzt ist man da sicherlich in einer exponierten Stellung, weil man am häufigsten Kontakt hat mit dem Paar, aber die anderen sind ja genauso beteiligt.“ (Dr. Norbert Krüger, 43)

¹⁸⁰ Wobei nicht unerwähnt bleiben soll, dass einige Paare nach dem Eintreten einer Schwangerschaft jeden Kontakt zu der Klinik abbrechen. Über deren Gründe können wir jedoch keine Aussagen treffen, da sie für Interviews nicht zur Verfügung standen.

¹⁸¹ In einer Frauenklinik in München fand bereits vor 10 Jahren eine große „Retortenbabyparty“ statt, zu der alle dort behandelten Paare mit ihren „Retortenbabys“ eingeladen wurden und mit den Ärzten zusammentrafen. Das Fest wurde medienwirksam inszeniert und erzielte ein entsprechendes Echo in der Presse.

Die Ungleichgewichtigkeit der Beziehungen zwischen Ärzten und Patientinnen ist auch dem Arzt Rolf Wellmann (45) bewusst. Er geht fast spielerisch auf die Ansprüche der Frauen ein, wenn er sagt:

„Ein nicht unerheblicher Teil unserer Tätigkeit ist das Showgeschäft. Und wenn Sie sich noch so wenig für das Ergebnis dieser Schwangerschaft, die Sie in Gang gebracht haben, interessierten, könnten Sie das dem Paar doch nicht zu verstehen geben, weil sich das Paar gekränkt fühlen würde. Die Mutter, die dieses Kind dem 30 bis 40prozentigen Vater [meint sich selbst] auch noch vorführen will, will ja auch was dafür. Ich meine, wenn ich mir soviel Mühe gegeben habe, sie schwanger zu bekommen, dann will sie ja zeigen, dass sie ihren Teil auch gut gemacht hat. Und das muss man wohl akzeptieren. Ich muss ganz ehrlich sagen, die Kinder interessieren mich eigentlich nicht so sehr. Denn sie unterscheiden sich nicht von anderen Kindern und nicht dadurch, dass ich das war. Für mich ist das Paar entscheidend. Ich habe die Beziehung zum Paar aufgebaut im Idealfall. Das ist mir wichtig. Dass dann zum Schluss auch noch das schönste Kind auf die Welt kommt, kann ich nicht nachvollziehen. Das habe ich bei meinen Kindern. Aber ich würde das Paar kränken, wenn ich nicht vermitteln würde, dass ich mich besonders über dieses Kind freuen würde. [...] Und es ist auch notwendig, denn die Paare wollen alle eine Rolle für sich. Sie wollen nicht in der Masse untergehen. Das ist auch irgendwie verständlich. Ich freue mich wirklich über meine Paare. Das spiele ich denen nicht vor. Sie kriegen meine volle Zuwendung. Nicht nur fachlich, das sowieso. Den Anspruch hat jeder, der irgendwo hingehet, dass da jemand sitzt, der weiß, was gemacht wird oder eben nicht. Die Kinder sind mir, ehrlich gesagt, hinterher wurscht, weil ich mich dafür nicht zuständig fühle. Ich fühle mich absolut nicht als Vater.“

Neue Formen sozialer Organisationen

Bis jetzt haben wir nach Beziehungen und Beziehungsnetzen gefragt, die die einzelnen Personen mit anderen verbinden und wie diese Beziehungen – allen voran verwandtschaftliche und verwandtschaftsähnliche – aktiviert, modifiziert bzw. neu geschaffen werden. In diesem Abschnitt wollen wir die Perspektive des Einzelnen und seinen Handlungsraum verlassen und nach eventuell neuen sozialen Organisationsformen fragen, die in direktem Zusammenhang mit Humantechnologien stehen und Menschen darin einbinden.

Als erstes wären wohl die zahlreichen Selbsthilfegruppen, die im Zusammenhang mit „ungevollter Kinderlosigkeit“ und Organtransplantation bundesweit bestehen, zu nennen. Sie geben Menschen in gleicher oder ähnlicher Situation die Möglichkeit zum Austausch von Erfahrungen. Auch das Medium des Internets wird immer stärker genutzt, um sich zu informieren und mit anderen Betroffenen auszutauschen (in sogenannten *chat-groups* oder offenen Foren). Anonym oder mittels Pseudonymen können hier Fragen gestellt, Ratschläge eingeholt und gegeben sowie von eigenen Erfahrungen berichtet werden.

Darüber hinaus aber bestehen Ideen (und Bestrebungen) für weitere, diesen Rahmen überschreitende soziale Zusammenschlüsse. Maurice Slapak, Transplantationschirurg und Gründer der *World Transplant Games Federation* (Vereinigung der Weltspiele für Organtransplantierte) schwebt die Idee eines weltweiten Zusammenschlusses der Transplantierten vor. Die Weltspiele der Organtransplantierten gibt es seit 1979. Es handelt sich dabei um internationale Sportwettkämpfe für

diese Gruppe (analog den Paralympics), die alle zwei Jahre stattfinden. Bei den XI. World Transplant Games 1997 in Sydney, Australien, nahmen 1.300 aktive Sportler aus 52 Nationen teil, im Jahre 2003 bei den 14. World Transplant Games in Nancy, France, waren es bereits 1.500 Athleten.¹⁸² Neben den positiven Aspekten des regelmäßigen Sporttreibens, für das anstehende Wettkämpfe eine Motivation für Transplantierte sein können, steht bei Wettkampfanstellungen für Organtransplantierte der Öffentlichkeitsaspekt stark im Vordergrund. Es soll damit das Vorurteil widerlegt werden, dass Transplantierte nicht mehr leistungsfähig wären oder sich die Transplantationsmedizin noch in der experimentellen Phase befinde. Slapak fragt an, ob sie ihre Organisation nicht ausweiten sollten, so dass sie alle transplantierten Menschen umfasse, unabhängig davon, ob sie Sport treiben oder nicht, und damit eine weltweite Vereinigung aller Mitgliedsstaaten schaffen, die über zehntausende Mitglieder hätte. Als hauptsächliches Ziel gibt Slapak zwar die Steigerung der Organspendebereitschaft an (Slapak 1998:1), es klingt jedoch die Frage einer gemeinsamen Identifikation über Organtransplantation mit. „Smile! I’m a little extra!“ hieß es denn auch auf einem Anstecker bei den XI. *World Transplant Games* in Sydney. Diese Kampagnen von Selbsthilfeorganisationen sind aber, wie dies das Beispiel der *World Transplant Games Federation* zeigt, deren Gründer selbst Transplantationsmediziner ist, mit den Interessen der Transplantationsmedizin und der Pharmaindustrie eng verknüpft. Sie machen als Hauptsponsoren solche Aktivitäten erst möglich.

Der aktive oder passive Zusammenschluss von „ungewollt kinderlosen“ Paaren, von den Paaren, die an den „Retortenbabyparties“ teilnehmen, und von Transplantierten stellt nur einen Aspekt sozialer Organisationsformen dar: Sie gehören der direkten Nutzerseite an. Aber gerade im Zusammenhang mit Organtransplantation geht es auch um die Organisation von Gesunden. Sie könnten auch einmal darauf angewiesen sein, ein Organ „gespendet“ zu bekommen. Das Hauptproblem besteht dabei im nur beschränkt zur Verfügung stehenden Pool von Organen. Auf diesem Hintergrund müssen Überlegungen zu „Solidargemeinschaften“, die das Individuum in (soziale und moralische) Pflicht nehmen möchten, verstanden werden. Mit dem Verweis, dass die Bundesrepublik zur Zeit als ‚Organimportland‘ auf „Spenderorgane“ aus den Nachbarländern angewiesen ist, was auf Dauer von diesen nicht akzeptiert werde, wurden in der politischen Diskussion Pflichten des Individuums gegenüber der Gesellschaft abgeleitet.¹⁸³ Dies gründe sich auf das Menschenbild des Grundgesetzes, nach dem der Mensch als gemeinschaftsgebundenes Individuum zur Mitmenschlichkeit angehalten sei, wie der Sachverständige Gründel (367, 13/17. SdGA) auf der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses 1995 betont:

„Menschliches Leben ist nicht nur individualistisch zu sehen. Jeder Mensch steht in einer Solidargemeinschaft, der er wesentliches verdankt und der gegenüber er sich auch zu einem entsprechenden solidarischen Beitrag aufgerufen fühlen sollte.“

182 Die deutsche Mannschaft bestand 1997 aus 48 Aktiven (davon sieben Frauen) und 60 Begleitpersonen.

183 Auch auf Seiten der Reproduktionsmedizin wurde bei der Legitimation der reproduktiven Technologien mit ‚Pflichten‘ gegenüber der Gesellschaft argumentiert, wie die grüne Abgeordnete Schmidt (14173, 11/183 SdBt) während der zweiten Beratung des Embryonenschutzgesetzes 1990 kritisiert: „*Statt dessen lässt die Bundesregierung keine Gelegenheit aus, Menschen ohne Kinder als verantwortungslos, egoistisch und unsozial erscheinen zu lassen. Damit schafft sie ein Klima, das Frauen derartig unter Druck setzt, dass diese sich Torturen unterwerfen, an deren Ende mit großer Sicherheit weiterhin die Kinderlosigkeit steht.*“ Da jedoch vornehmlich mit dem individuellen Leid der Betroffenen argumentiert wurde, soll dies nur erwähnt, aber nicht ausgeführt werden (siehe Kapitel IV).

Selbst wenn es keine unmittelbare Verpflichtung zur „Organspende“ gebe, entspreche diese doch dem Solidarverbundgedanken und der christlichen Nächstenliebe. In dieser Argumentation offenbart sich wieder der altruistische Diskurs zur „Organspende“ (siehe Kapitel IV): Die „Organspender“ und „Organspenderinnen“, die Teile von sich selbst ‚verschenken‘, ohne zu wissen, welche Konsequenzen damit für ihren Tod verbunden sind, erscheinen in einem altruistischen Licht. Der Aufruf zur „Organspende“ ist somit ein Aufruf zu einem altruistischen, einem ‚wertvollen‘ Menschen, der ein positives Beispiel für unser gesellschaftliches Menschenbild zeichnet. In diesem Sinne äußert sich auch der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme zur Transplantationsmedizin im Jahre 2007, wenn er die Bereitschaft zur Organspende als die „objektiv vorzuziehende Alternative“ bezeichnet (Nationaler Ethikrat 2007:29)

Wenn in einer Gesellschaft darüber Einigkeit bestehe, die Transplantationsmedizin nutzen zu wollen, müsse jeder einzelne der Gesellschaft auch bereit sein, etwas dafür in Kauf zu nehmen. Die Verteilung der Lasten wurde somit von den Politikern und Politikerinnen gesamtgesellschaftlich beurteilt. So fordert die SPD-Politikerin Däubler-Gmelin (8843, 13/99. SdBt) während der ersten Beratung des Transplantationsgesetzes, dass es jedem Bundesbürger und jeder Bundesbürgerin zuzumuten sei, sich mit der Problematik der Organtransplantation sowie seinem Leben und dem eigenen Tod auseinander zu setzen:

„ ‚Zur Sache‘ gehören auch die Sorgen der Bürgerinnen und Bürger, die Angst haben, sich mit ihrem eigenen Tod, mit der Möglichkeit schwerer Krankheiten oder auch mit der Frage, was man dann eigentlich machen oder wie man sich verhalten soll, zu befassen. Ich glaube, dass wir ihnen zumuten müssen, sich diesen Fragen zu stellen, Farbe zu bekennen, Verantwortung zu übernehmen und selbst Antworten zu geben, weil der Tod zum Leben gehört. “

Eine Erklärungspflicht, durch die die Bürger gezwungen werden, sich für oder gegen die „Organspende“ auszusprechen, bringe das individuelle und gesellschaftliche Interesse miteinander ins Gleichgewicht, weil sich damit sehr viel mehr Menschen zur „Spende“ bereit erklären würden. Auch müsse man das ethische Fundament der Organtransplantation mit seinem reziproken Charakter betrachten. Die Erwartung im Fall der eigenen Angewiesenheit, ein „Spenderorgan“ zur Verfügung gestellt zu bekommen, setze die Bereitschaft voraus, auch selbst im gegebenen Fall „spenden“ zu wollen. Mit einem „Clubmodell“ könne man Anreize schaffen, indem es für den potentiellen „Spender“ selbst einmal später von Belang wird, sich früher erklärt zu haben und daraus dann eine – im gegebenen Fall auch ausschließliche – Bevorrechtigung bei der Organverteilung zu ziehen.¹⁸⁴

In der politischen Diskussion sind Grenzen der Sozialpflicht aufgezeigt worden, die sich an der verfassungsrechtlichen Ordnung orientieren. Der Gesetzgeber müsse garantieren - so die Abgeordnete Knoche ((Bündnis 90/Die Grünen): 16432, 13/183. SdBt) während der zweiten Beratung des Transplantationsgesetzes 1997 -

184 In der Presse werden immer wieder Stimmen laut, Organe aufgrund des geringen Spendeaufkommens nur an Bedürftige mit ausgefülltem Organspendeausweis zu transplantieren. „Wer Nein ankreuzt sollte auch nicht profitieren“, forderte zuletzt der Vorsitzende des Internistenkongresses Manfred Weber gegenüber der Süddeutschen Zeitung (31.3.2005). Diese Forderung ist aber – auch nach Ansicht der Deutschen Stiftung Organtransplantation – verfassungswidrig. Die medizinische Versorgung gehöre zur verfassungsrechtlich garantierten Pflicht des Staates, so DSO-Vorstandsmitglied Günter Kirste.

„dass der Mensch in seinem schwächsten Zustand den vollen Respekt und die Achtung der Gesellschaft erhält und dass sich der Blick auf ihn als Menschen nicht darauf reduziert, wodurch er für andere nützlich werden könnte. Niemand ist der Gesellschaft, die er durch das Sterben verlässt, etwas schuldig.“

Die Vergesellschaftung des Körpers und seiner Teile

Auch wenn eine Erklärungspflicht zur Spendebereitschaft und das „Clubmodell“ gesetzlich nicht umgesetzt worden sind, spiegeln diese dargelegten Argumentationen das Ziel des ökonomischen Diskurses wider, den ‚Bedarf‘ der Transplantationsmedizin an Organen befriedigen zu wollen. Diese Transformation wirft ein Licht auf das Selbstverständnis der Transplantationsmedizin, die ihrem Wesen nach von der Spendebereitschaft der Bevölkerung abhängig ist und darum die Individuen der Gesellschaft als potentielle „Spender“ in das System der Organtransplantation einbinden muss, da es nur mit einem ausreichenden Potential an Organen existieren und arbeiten kann. In diesem Sinn kann auch von einer – fast zwangsläufigen – ‚Vergesellschaftung‘ des Körpers, seiner Teile und Substanzen gesprochen werden. Diese beinhaltet den Komplex der Vermarktung des Körpers als Ware, aber auch das Verhältnis des Individuums und seiner Rechte am eigenen Körper zur Gesellschaft. In diesem Sinne dient unsere zu analytischen Zwecken vorgenommene Unterscheidung von Körper und Leib dazu, deutlich zu machen, wie das medizinisch geprägte Körperkonzept zur Auffassung des Körpers als gesellschaftlich verwertbare Ressource führen kann. Dieser Mechanismus hat weitreichende Folgen auch auf gesellschaftlicher Ebene:

„Die Transplantationsmedizin mit ihrem unstillbaren Verlangen nach verpflanzbaren Organen hat offenkundig zu einer Verdinglichung des Menschen und seiner Organe geführt, die als austauschbare medizinische Gebrauchsgegenstände angesehen werden und die man nutzen sollte, wie und wo immer man ihrer habhaft werden kann.“ (Stapenhorst 1999:102)

Es wäre falsch, die Auffassung vom Körper als verwertbare Ressource, die sich auch in vielen anderen Bereichen zeigt, einfach der Transplantationsmedizin anlasten zu wollen.¹⁸⁵ Sie zeigt sie sich hier jedoch besonders deutlich. So interpretierte auch das Ehepaar Deneke ihre Erfahrung mit „Organspende“:

Franz Deneke (30): „Da fängt es eigentlich an, dass dieses ja wirklich sehr individuelle Schicksal missachtet und sofort in so ein soziales Wir-Gefühl erklärt wird [...].“

Tanja Deneke (28): „Ja: ‚Ihr Kind ist doch sowieso tot, jetzt können Sie doch noch anderen helfen dadurch.‘ Das ist im Grunde genommen ein Thema oder auch eine Frage, die da überhaupt nicht hingehört.“

¹⁸⁵ Auch in den Diskussionen um die „Verwertung“ von Embryonen für Medikamente und Behandlungen gegen Krankheiten wie Parkinson u. ä. wird der Ressourcen-Charakter von menschlichen Körpern deutlich (siehe Schneider 1995). Sarah Franklin (2001:338) terminiert die Geburt des ersten Klonschafs namens Dolly als Beginn einer neuen Ära in einen biotechnologischen Zukunftsmarkt: „Dolly became a kind of totemic animal, a sign of times, a millennial sheep, not only because her birth was considered to have been biologically impossible but because her birth became a symbol of the transgressive potential of the new genetics more generally.“

Franz Deneke: „Ja. Das ist was ganz Grundsätzliches, das steht am Anfang dieser Kette. Und dann geht es ganz konsequent so weiter. Bei diesem ärztlichen Anspruch, anderen Menschen helfen zu wollen, zu müssen, ist das im Grunde genommen ganz schön grausam.“

Tanja Deneke: „Es geht eben um das Leben erhalten.“

Andere Auffassungen und Gegenstimmen, aber auch der Schutz derer, die ihn in so einem Moment am dringendsten brauchen – die Hinterbliebenen – scheinen mit dem Argument der Lebensrettung an Wichtigkeit zu verlieren. Die Eltern wurden zu einer Pflicht zum Altruismus aufgefordert, wie selbst Vertreter des Altruismusgedanken ihn auf diese Weise nicht verstanden haben wollen.

In der politischen Diskussion wurde auch im Zusammenhang der „Lebendspende“ der altruistische Diskurs bemüht. Verfechter der anonymen „Lebendspende“ argumentierten, dass diese Form die freiwilligste – und damit auch die altruistischste Form der „Spende“ sei, bei der psychischer Druck als Handlungsmotivation ausgeschlossen werden könne. Da jedoch die anonymisierte „Spende“ leichter kommerziell missbraucht werden kann, sahen sich die Diskussionsteilnehmer gezwungen, diesen Altruismus zu untersagen.

Solidarisches Handeln, Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe werden von den Menschen eingefordert, um Kranke, die auf ein „Spenderorgan“ angewiesen sind, transplantieren zu können. Damit wird dem Einzelnen eine durch die Humantechnologien entstandene neue Form ethischer Verantwortung einem anderen gegenüber auferlegt. Zustimmung wie Verweigerung können schwere Gewissenskonflikte auslösen, die die Betroffenen überfordern. Die von dem Gesetzgeber verlangte Verantwortung einem Dritten gegenüber überschreitet die Grenze der Gewissheit und schafft neue Abhängigkeitsverhältnisse, die die Entscheidung zwischen Leben und Tod berühren. Um dem Einzelnen die Verantwortung über eine Entscheidung anzutragen, die das Leben und den Tod eines Dritten mitbestimmen, wird der Einzelne über den altruistischen Diskurs – wie zuvor dargelegt – gegenüber der konkreten sozialen Gruppe der Verwandten verpflichtet. Darüber hinaus werden Pflichten gegenüber der Gesamtgesellschaft abgeleitet, indem eine Verbindung zwischen der Spendebereitschaft und dem Menschenbild des Grundgesetzes hergestellt wird. Der Einzelne wird dabei sowohl persönlich als auch gesellschaftlich eingebunden. Im Diskurs werden beide Zugehörigkeiten moralisch aktiviert, um die Spendebereitschaft und damit das System der Transplantationsmedizin aufrecht erhalten zu können.

Die „Lebendspenden“ haben weiter zugenommen, auch weil sie – aus gesamtgesellschaftlicher bzw. medizinischer Perspektive betrachtet – eine Möglichkeit der Verminderung von ‚Organmangel‘ darstellen. Durch die „Lebendspende“ erfährt auch der lebendige Körper potentiell eine Vergesellschaftung. Abgesehen davon, dass ein derartiger Eingriff in einen gesunden Körper mit dem ärztlichen Heilauftrag nicht zu vereinbaren ist, weicht damit auch die Selbstverständlichkeit des Rechts auf körperliche Unversehrtheit auf. So vertritt Transplantationschirurg Hoyer, der mit seiner eigenen ‚anonymen‘ Nierenlebendspende¹⁸⁶ für Aufsehen sorgte, die Ansicht:

„Das unerschöpfliche Reservoir ist die Lebendspende. Denn im Umfeld eines jeden terminal Niereninsuffizienten bewegt sich ein potentieller gesunder Spender.“ (Ärzte Zeitung 17.09.1996, zitiert nach Drüe 1999:50)

186 Die Anonymität wurde nach der Transplantation aufgehoben.

Die ungleiche Geschlechterverteilung bei der „Lebenspende“ – mehr Frauen als Männer haben sich als „Lebenspenderin“ zur Verfügung gestellt (siehe Kapitel I) – lässt des weiteren gut die gesellschaftliche Rollenerwartung und wohl auch das Rollenselbstverständnis von Frauen und insbesondere Müttern erkennen, denn medizinische Kriterien können keine Begründung für den hohen Frauenanteil bei der „Lebenspende“ liefern. Das, was wir als „Essentialisierung von Mutterchaft“ im Umfeld reproduktionsmedizinischer Behandlung bezeichnet haben, finden wir in diesem Zusammenhang wieder: die Frau und Mutter als gebendes, altruistisches Wesen.

Das „Geschenk“ als Schuld

Zwar ist Organtransplantation versicherungsrechtlich eine anerkannte Behandlungsmethode (siehe Kapitel I). Dennoch wird die Tatsache, ein Organ bekommen zu haben, das eine so „knappe Ressource“ ist, von Organempfängern oftmals auch als Verpflichtung empfunden. Sie streben einen verantwortlichen Umgang mit dem Organ und dem eigenen Körper an und versuchen ihr „geschenktes Leben“ (siehe Kapitel IV) sinnvoll zu nutzen. Bei keiner anderen medizinischen Behandlungsmethode scheint das Gefühl der Verpflichtung für das ersehnte Heil so hoch wie bei Organtransplantation. Aus der Dankbarkeit für dieses Geschenk, das man nie wird erwidern können, resultieren häufig Schuldgefühle und eine Verpflichtung zu sozialem Engagement, was sich auch deutlich an dem gut ausgebauten Netzwerk an Selbsthilfegruppen für Organtransplantierte zeigt. Die Betroffenen verspüren das Bedürfnis, der Öffentlichkeit zu zeigen, was nach einer Organtransplantation noch oder wieder möglich ist. Besonders deutlich wird dies bei den bereits erwähnten nationalen und internationalen Sportwettkämpfen für Organtransplantierte. Auch Martina Mecke hat

„[...] ein relativ starkes Bedürfnis, nach außen hin zu signalisieren, dass ich transplantiert bin. Um der Welt eben zu zeigen, was bei diesen medizinischen Schritten herauskommt, sind durchaus noch Menschen, die lebensfähig sind und eine wieder sehr nennenswerte Lebensqualität haben.“

Organe und „Soziale Verteilungsgerechtigkeit“

Die andere Seite des Transplantationssystems, die „gespendete“ Organe verteilt, muss die Konsequenzen der begrenzten Ressource ‚Organ‘ abschätzen und festlegen, nach welchen Kriterien die zur Verfügung stehenden Organe zugeteilt werden sollen. Dafür wurde in der politischen Diskussion nach ‚objektiven‘ Kriterien gesucht, die gerecht erscheinen. Der Sachverständige Zickgraf (16, 13/67. SdGA) formuliert dabei das zentrale Dilemma während der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses 1996:

„Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit ist immer ein Problem, weil es sich um einen verwalteten Mangel handelt. Man muss also immer einige Leute begünstigen und andere ausschließen auch mit der Folge, dass das bei einigen zum Tode führt.“

Als wichtiges Kriterium für „Verteilungsgerechtigkeit“ wird ein einheitliches Verfahren genannt, nach dem alle gleich behandelt werden. Aus diesem Grunde wird die Übertragung von Organen auf dafür zugelassene Transplantationszentren beschränkt, die verpflichtet werden, Wartelisten zu führen (siehe Kapitel I). Als ein ‚gerechtes‘ Kriterium für die Aufnahme in die Warteliste und letztlich für den Erhalt eines Organs wurden medizinische Kriterien, die dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen haben, gewertet. Bei den medizinischen Kriterien geht es insbesondere um das Ausloten von Erfolgsaussicht und Dringlichkeit. In der politischen Diskussion offenbarte sich jedoch, dass diese geforderten Kriterien Probleme aufwerfen, denn „es kann außerordentlich dringlich sein, aber der Erfolg kann mäßig sein. Es kann die Aussicht bestehen, dass jemand ein Organ sehr lange tragen können, aber die Dringlichkeit wird geringer sein“, argumentiert der Sachverständige Schreiber (24, 13/67. SdGA) während der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses 1996. Auch medizinische Kriterien können somit utilitaristisch ausgelegt werden. Gehe es nach dem medizinischen Nutzenkriterium, nach dem man den Nutzen, die die zur Verfügung stehenden Organe haben, optimieren wolle, dann gehe es um die maximierte Überlebenszeit. Das sei eine ganz andere Selektion als wenn man möglichst viele Menschenleben retten wolle. Somit bevorzugten die beiden angeführten medizinischen Kriterien völlig unterschiedliche Patientengruppen. Auch wurden Zweifel während derselben Öffentlichen Anhörung angemeldet, ob die Verteilung tatsächlich nach den geforderten ‚objektiven‘ medizinischen Kriterien ablaufe.

„Große Wartelisten, mangelndes soziales Umfeld, das Lebensalter, mangelnde Mitarbeit des Patienten oder auch Selbstverschuldung der Krankheit werden oft nur mit medizinischen Kriterien überdeckt, sie bestimmen aber doch die Entscheidung des Arztes.“ (Feyerabend: 14, 13/67. SdGA)

Gerade das Kriterium ‚Erfolgsaussicht‘ schließt soziale Aspekte mit ein. Da die *compliance*, die sogenannte Mitarbeit der Patienten, über den Verlauf einer Transplantation mitentscheidet, werden die Mediziner die Persönlichkeit des Patienten bei der Aufnahme in die Warteliste mit einbeziehen. Auch sein soziales Umfeld spielt eine Rolle, das Kraft und Unterstützung im Krankheitsverlauf geben kann. Ebenso wird bei der psychologischen Bewertung einer „Lebensspende“ anhand von sozialen Kriterien geprüft, ob der „Spender“ geeignet erscheint:

„In der Regel darf man davon ausgehen, dass es sich dann um psychisch stabile Personen aus geordneten sozialen Verhältnissen handelt, die als Lebendspender in Frage kommen. Das heißt, diese Lebensspende [...] wird einen sozialen Bias haben, einen Mittelschichtbias, weil das die Leute sind, von denen sich Psychologen vorstellen können, dass sie solche Probleme, die auf sie zukommen, bewältigen werden.“ (Feuerstein 1995: 38 f., 13/67. SdGA)

Bei der Verteilung einer so „knappen Ressource“, von der noch dazu Leben und Tod abhängen, wird – direkt oder indirekt – auch die Frage nach dem ‚Wert‘ eines Menschen für die Gesellschaft gestellt.¹⁸⁷ In der Tat sind die Ärzte in der Praxis nicht nur theoretisch, sondern jeweils ganz konkret vor die Frage gestellt, wem sie die Chance einer Transplantation geben und wem nicht: Auch da spielen medizinische Faktoren und psychosoziale Aspekte eine Rolle. Wie erwähnt, stellt eine Organtransplantation für die Patienten und ihr Umfeld eine große psychische Belastung dar, die

187 Auch dies ist ein Phänomen, das nicht unbedingt transplantationspezifisch ist, sondern den ganzen Bereich des Gesundheitswesens und die aktuelle Kostendiskussion betrifft.

„[...] eine solch hohe Persönlichkeitsstärke und geistige Verarbeitungskapazität [verlangt], die viele Patienten einfach nicht besitzen“ (Bunzel 1993:158). Der Erfolg einer Transplantation ist somit auch vom disziplinierten und verantwortungsvollen Verhalten der Patienten abhängig, wodurch zum Beispiel Alkoholikern und anderen Süchtigen aufgrund von *compliance*-Problemen schlechtere Langzeitprognosen gegeben werden:

„Die Auswahl eines Alkoholabhängigen und seine schlechte Prognose wirft aber auch große ethische Probleme auf: Das Herz, das einem alkoholabhängigen Patienten mit schlechter Prognose gegeben wird, könnte auch ein nicht abhängiger Patient mit guter Prognose zum Überleben brauchen.“ (Bunzel 1993:27)

Auch wenn vor einer voreiligen Ablehnung aus nichtmedizinischen Gründen gewarnt wird, da diese Kriterien ihrer Natur nach nicht objektiv seien und das Potential für Voreingenommenheiten und Vorurteile in sich bergen (Henrick u.a. nach Bunzel 1993:30), wird bezüglich sozialer Gerechtigkeit auch die Frage nach der Selbstverantwortlichkeit bzw. Selbstverschuldung gestellt. Unter dieser Diskriminierung leiden vor allem Lebertransplantierte, auch die, deren Lebererkrankung nicht alkoholbedingt ist, wie uns Monika Wiese (58) berichtet:

„Ja, die Diskriminierung wegen Leberkrankheit und Alkohol hab ich auch erlebt. Eine Dame vom Gesundheitsamt beschwerte sich, dass sie meinen Krankenhausaufenthalt finanzieren muss, wenn es doch selbstverschuldet ist.“

Die Diskussionen darüber, wer es wert ist, ein Organ zu bekommen, muss sich auf Betroffenenseite fast zwangsläufig als ‚Beweislast‘ niederschlagen, dass sie die Zuteilung auch ‚verdient‘ haben. Neben den Faktoren, die dem Erhalt des Transplantats dienen, fragt Transplantationsmediziner Prof. Dr. W. Land aus München, ob bei der Verteilung von Organen nicht auch nach sozialen Faktoren gefragt werden sollte, die den Wert des Einzelnen für die Gesellschaft widerspiegeln:

„Müsste etwa eine allein stehende Mutter mit drei Kindern, die auf eine Dialyse angewiesen ist, nicht mehr Punkte für eine Spenderniere bekommen als ein reicher Junggeselle, der sich auf seiner Jacht auf dem Mittelmeer dialysiert?“ (Süddeutsche Zeitung, 12.10.1999)

Die gesellschaftliche Diskussion um die Verteilungsgerechtigkeit von transplantierbaren Organen bei andauernden Knappheit dieser „Ressource“ dauert an. Dies zeigen sowohl erneute Anfragen und Stellungnahmen im politischen Bereich (Nationaler Ethikrat 2007, Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ 2005), aber auch Schlagzeilen in den Medien zur möglichen Bevorzugung von Privatpatienten bei der Vergabe von Organen in deutschen Kliniken, resultierend in einem Vorschlag des Bundestagsabgeordneten Wodarg (SPD), gesetzlich Versicherte sollten ihre „Organspenden“ nur ebenfalls gesetzlich Versicherten zukommen lassen – ein Vorschlag, der gegen die im Transplantationsgesetz festgelegte Chancengleichheit aller Patienten verstößt (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007a). Wodargs Forderungen wurden ausgelöst durch eine Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie der Universität Köln, nach der Privatpatienten bei der Aufnahme auf die Warteliste und die Vergabe von Organen bevorzugt werden würden (Lüngen et al. 2007). Dies wurde seitens der Deutschen Stiftung Organtransplantation dementiert, da die Studie auf fehlerhaften Daten beruhe (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007b). Für Diskussionen sorgten auch Berichte über Lebertransplantationen an arabische Patienten am Universitätsklinikum Kiel, denen Organe eingepflanzt wurden, ohne

dass sie auf der Warteliste von Eurotransplant registriert waren. Die Bundesärztekammer forderte daraufhin, das Transplantationsgesetz bezüglich der Empfängerkriterien unter Berücksichtigung staatsbürgerschafts-, aufenthalts- und sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften nachzubessern. Bisher gebe es hierzu keine gesetzlichen Regelungen, weshalb die Bundesärztekammer an die Selbstverpflichtung von Transplantationszentren appellierte, nicht mehr als 5% dieser Patienten in ihre Wartelisten aufzunehmen (Siegmond-Schultze 2007).

Humantechnologien und Gesellschaft ohne Grenzen

Der Fokus unserer Studie lag auf Deutschland. Wir haben uns mit dem konkreten Umgang mit Humantechnologien im Rahmen der kulturellen, gesellschaftspolitischen und rechtlichen Bedingungen innerhalb der bundesdeutschen Staatsgrenzen befasst. Humantechnologien – deren Entwicklung, Produktion und Anwendung – finden hingegen weltweit statt. Es handelt sich damit zwar um von hochindustrialisierten Ländern des Nordens entwickelte medizinisch-technische Systeme, die von einem entsprechenden Menschen- und Körperbild ausgehen. Insgesamt betrachtet stellen Humantechnologien jedoch weltweit komplex vernetzte Systeme dar, die lokal nicht mehr eingrenzbar, sondern nur kulturell und gesellschaftlich eingepasst werden können. Umgekehrt können auch ratsuchende Paare und Patienten jederzeit Deutschland verlassen und in ein anderes Land reisen, um in den Genuss von Behandlungen zu gelangen, die für sie im eigenen Land nicht – oder nicht fristgerecht – erhältlich sind. Sie haben somit – zumindest theoretisch – die Möglichkeit, medizinische Methoden und Behandlungen auszuwählen, die ihren Wünschen und Vorstellungen entsprechen. Wie in Kapitel I gezeigt, herrschen in Deutschland für den Bereich der Reproduktionsmedizin durch die Einführung des Embryonenschutzgesetzes verhältnismäßig restriktive Forschungs- und Anwendungsbedingungen.

Da die „Eizellenspende“ in Deutschland gesetzwidrig ist, können Paare, die diese Form reproduktionsmedizinischer Behandlung wünschen und sich diese auch finanziell leisten können, auf andere Länder Europas ausweichen (z.B. Belgien, Niederlande, Dänemark).¹⁸⁸ Da innerhalb der deutschen Grenzen offiziell auch die medizinische Beratung und Vorbereitung für diese Behandlung untersagt ist, ist ein längerfristiger Kontakt mit der ausländischen Praxis oder Klinik notwendig. Ratsuchende Paare, Patienten und Patientinnen also sind – sofern sie nicht aus einem Land kommen, für dessen Angehörige Visazwang besteht – im Prinzip völlig frei, sich nahezu weltweit Behandlungsorte und -kliniken auszusuchen, die deren Ansprüchen entsprechen. Was bei Menschen gilt, gilt im noch höheren Maß für Körperteile und -zellen. Die Abtrennung der Sexualität von der Fortpflanzung hat zu einer Auftrennung des Leibes von Zeugungssubstanzen geführt. Samen und Eizellen sind zu beweglichen, zeitlich langfristig konservierbaren und ebenfalls weltweit verschiebbaren Gütern geworden. Beide haben damit dort, wo dies gesetzlich nicht untersagt ist, eine Kommerzialisierung erfahren.¹⁸⁹

188 Staatsgrenzen bilden heute keine Hindernisse mehr für die Nutzung der verschiedensten Humantechnologien. Die Dienste der IVF-Zentren in westeuropäischen Ländern werden auch in zunehmendem Maß von Paaren aus Osteuropa genutzt; vgl. dazu Knoll 2005.

189 Mittlerweile partizipieren auch deutsche Stammzellforscher durch das zulässige Genehmigungsverfahren des Stammzellgesetzes am internationalen Transfer. Die importierten Stammzellen kommen in der Regel aus israelischen Labors.

Dies verdeutlicht, dass die neuen Technologien in ihren gesamten Dimensionen nur im globalen Kontext zu verstehen sind. Noch stärker gilt dies für die Organtransplantation. Zum einen, da die zugrunde liegende Struktur der Wirtschaft und Forschung, die diese Behandlungsmethode erst in diesem Maße möglich macht, transnational beschaffen ist. Zum anderen, da die logistischen Netzwerke sowie die Möglichkeit der Partizipation an Organtransplantation den nationalen Rahmen ebenfalls sprengen. Organe werden über Grenzen hinweg verteilt (Eurotransplant), weshalb auch die Regelungen verschiedener Länder sich gegenseitig beeinflussen. ‚Grenzenlose‘ Körper stellen Verbindungen her zwischen Menschen und Körperteilen, die unter vormodernen Bedingungen nie zusammen gekommen wären. Und das wiederum wurde nur möglich, da der Leib unter dem ‚klinischen Blick‘ zum Körper wurde. Der Körper wurde dadurch aufteilbar, zerlegbar und damit entfremdbar: Körperteile sind zur Ware geworden. Deutlich zeigt sich dies im weltweit zunehmenden Organhandel, der Ende der 1980er Jahre erstmals von Transplantationschirurgen aus den Golfstaaten dokumentiert wurde. Sie wurden mit der Nachsorge von transplantierten Nieren konfrontiert, die die Transplantierten in indischen Slumregionen gekauft hatten (Daar 1989; Saalahudeen et al. 1990). In fast allen Ländern ist der Organhandel durch nationales Recht wie das deutsche Transplantationsgesetz strafrechtlich verboten. Auch internationale politische und berufsständische Organisationen (zum Beispiel EU, Europarat, WHO, World Medical Assembly) erklären den Organtransfer gegen Entgelt für unzulässig (Breyer et al. 2006: 179-228). Dennoch hat sich seit Anfang der 1980er Jahre ein globaler Schwarzmarkt für Organe etabliert (Rothman et al 1997; Scheper-Hughes 2000; 2005). Der Organhandel verläuft entlang gängiger sozialer und wirtschaftlicher Disparitäten: Häufig als Pauschalreise durch Zwischenhändler vermittelt, zirkulieren Organe von Süd nach Nord, von Arm zu Reich, von Schwarz zu Weiß, von Frau zu Mann (vgl. Scheper-Hughes 2005: 150). Der Handel konzentriert sich auf Lebendnierentransplantationen in Indien, Südamerika, den Philippinen, der Türkei, Südafrika, Osteuropa und Staaten der ehemaligen Sowjetunion; mittlerweile finden illegale Transplantationen für Organtouristen aber auch in Deutschland und den USA statt. In Südost-Asien entsteht seit kurzem ein wachsender Markt für Lebersegmente. Aus China und zeitweise Taiwan ist der Handel mit Organen von exekutierten Gefangenen publik geworden (Scheper-Hughes 2001).

Seit September 1995 gibt es eine internationale Sondereinheit (Bellagio Sondereinheit für Transplantation, körperliche Integrität und internationalen Organhandel)¹⁹⁰ bestehend aus Wissenschaftlern, Transplantationschirurgen und Menschenrechtsaktivisten, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die ethischen, sozialen und medizinischen Auswirkungen der Kommerzialisierung menschlicher Organe zu untersuchen und Anschuldigungen von Menschenrechtsverletzungen bei der Organbeschaffung und -verteilung auf einem wachsenden globalen Markt nachzugehen (Scheper-Hughes 2000). Scheper-Hughes, Ethnologin und Mitglied dieser Gruppe, zeigt auf, wie der schnelle Technologietransfer der Transplantationsmedizin in Länder des Ostens (China, Taiwan und Indien) und des Südens (besonders Argentinien, Chile und Brasilien) dort innerhalb kürzester Zeit zu einer Veränderung des Körperbildes führt. Überall dort, wohin die Transplantationschirurgie komme, verändere sich dadurch Gewohnheitsrecht und traditionelle Praktiken, die sich auf den Körper, den Tod (Umgang mit Sterbenden und Begräbnispraktiken) und soziale Beziehungen auswirken (Scheper-Hughes 2000:194). So formt die Wahrnehmung von ‚überflüssigen‘, veräußerbaren Körperteilen die Vorstellung von körperlicher Integrität. Auf Seiten der Organtouristen werden Körperteile von Lebenden gegenüber Hirntoten bevorzugt, da sie den Verkäufer und seinen Körper als gesund und vital wahrnehmen (Scheper-Hughes 2005:156). Die gekaufte Niere wird auch einer Verwandtenspende vorgezogen, da der Organkäufer kein Familienmitglied der

190 Bellagio Task Force on Transplantation, Bodily Integrity, and the International Traffic in Organs (siehe Rothman et al. 1997).

emotionalen Verpflichtung und den Gesundheitsrisiken aussetzen möchte (Cohen 1999:161). Innerhalb der Organgeber-Familien entstehen hingegen neue soziale Verpflichtungen. Weltweit lässt sich die Tendenz beobachten, dass vermeintlich unproduktive Familienmitglieder (in der Regel Frauen) als Organgeber ausgewählt werden. Die lokalen, nationalen wie auch die globalen Machtverhältnisse führen somit zu Ausbeutung und Missbrauch der Schwächsten, was auch die Soziologin Janice Raymond thematisiert:

„Es gibt eine bereits etablierte Tendenz, menschliche Körperteile als Ware anzusehen, was die Armen zu Organgebern für die Macht, die zahlen können. Dies wird mit beachtlichem Risiko, Schmerzen und Leiden derjenigen getan, deren Organe gekauft werden. [...] Es sind nicht die Reichen, die die Armen mit Organen versorgen. Damit wird der Ausbeutung von Bevölkerungen ohne Geld und oft ohne Freiheitsrecht Vorschub geleistet.“ (Raymond 1997:123, Übersetzung d. Verf.)

Das (neo-koloniale) Nord-Süd-Gefälle (die Tatsache, dass Menschen in Ländern des Südens aus einer ökonomischen Notlage heraus sich als „Organspender“ für den „Organbedarf“ in einem reichen Land des Nordens zur Verfügung stellen) sowie die ungleiche Verteilung von Macht und wirtschaftlichem Potential innerhalb Deutschlands führen zu einer Zwei-Klassen-Medizin. Diese wird gefördert durch die zunehmende Individualisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens und die Verantwortung, die immer mehr dem Individuum für seine Gesundheit aufgebürdet wird.

Wir begannen mit der Mikroperspektive der verschiedenen humantecnologischen Behandlungsmethoden, wie sie auf Körper von Männern und Frauen fokussieren, aber auch deren Leiblichkeit betreffen. Wir haben den direkten Umgang von Ratsuchenden, Patienten und Patientinnen, Pflegepersonal und Ärzteschaft damit, ihre positiven und negativen Erfahrungen, Erfolgserlebnisse und Probleme aufgezeigt. Wir haben nach Motiven, Begründungen und Zielen dieser Menschen gefragt und welche Bedeutungen und Konsequenzen daraus für sie, ihre Körper, ihre Leiblichkeit und ihr ganzes Leben erwachsen sind. In einem weiteren Schritt haben wir uns mit Wechselwirkungen zwischen Kultur und Humantecnologien befasst und dargelegt, wie in politischen Diskussionen ein kulturspezifisches Aushandeln der Technologien bezüglich Forschung, Entwicklung und Anwendung stattgefunden hat und dieses – entsprechend dem Weiterschreiten der Forschung – immer wieder von neuem stattfinden wird. Zu den Wechselwirkungen zwischen Kultur und – transnational entwickelter – Hightech-Medizin gehört die lokale Einpassung der neuen Möglichkeiten an kulturell Gegebenes: Anpassungen vor allem auch an bestehende Vorstellungen von Verwandtschaft, sozialen Beziehungen im Allgemeinen und auch von gesamtgesellschaftlichen Verpflichtungen und Rechten. Und wir haben festgestellt, dass nicht nur Kultur auf die neuen Technologien, vor allem deren Anwendung einwirkt, sondern auch umgekehrt, die neuen Technologien bestehende Vorstellungen sowie gesellschaftliche Institutionen sozialer Beziehungen in vielerlei Hinsicht modifizieren, zum Teil auch intensivieren.

Erst das Streiflicht auf Humantecnologien jenseits der deutschen Landesgrenzen – die Makroperspektive also – lässt zumindest schemenhaft erkennen, dass Humantecnologien und ihre Anwendung in Deutschland nur ein kleines Element in einem sehr viel komplexeren, heterogen beschaffenen System – dem Weltsystem – bilden und in dieses eingebunden sind, ein System, das nicht nur Gleichheit sowie Gesundheit und Fortschritt für alle, sondern auch neue Formen von Ungleichheit und Abhängigkeit produziert.

Anhang

Anhang 1

Die Modelle der Zustimmung oder Ablehnung für eine Organentnahme

1. Notstandslösung

Eine Organentnahme ist nach dem festgestellten „Hirntod“ eines möglichen „Spenders“ auch gegen seinen zu Lebzeiten geäußerten Willen zulässig, wenn die Organentnahme zur Rettung eines Menschenlebens oder zur Behandlung einer Krankheit als geboten erscheint.

2. Widerspruchslösung

Der potentielle „Spender“ oder die potentielle „Spenderin“ muss zu Lebzeiten Widerspruch gegen die Organentnahme eingelegt haben, ansonsten wird von seiner oder deren Zustimmung ausgegangen und die Organentnahme ohne Zustimmung der Angehörigen durchgeführt.

3. Zustimmungslösung

Das Modell der *engen Zustimmungslösung* lässt eine Organentnahme nur bei einer persönlich abgegebenen Einverständniserklärung des Spenders oder der Spenderin zu. Die *erweiterte Zustimmungslösung* bezieht auch die nächsten Angehörigen in die Entscheidung über eine Organentnahme mit ein, da davon ausgegangen wird, dass diese den mutmaßlichen Willen des „Spenders“ oder der „Spenderin“ wiedergeben können. Liegt keine Erklärung des „Spenders“ oder der „Spenderin“ vor, kann die Organentnahme auch aufgrund der Zustimmung der Angehörigen erfolgen.

4. Informationslösung

Fehlt eine ausdrückliche Zustimmung oder Ablehnung zu Lebzeiten, werden ebenfalls die Angehörigen in die Entscheidung über eine Organentnahme miteinbezogen. Jedoch müssen sie anders als bei der erweiterten Zustimmungslösung keine Entscheidung treffen: Nach der Information über die Möglichkeit einer Organentnahme können sie innerhalb eines bestimmten Zeitraumes Zustimmung oder Widerspruch äußern. Unterbleibt innerhalb der entsprechenden Frist ein Widerspruch, so darf die Organentnahme erfolgen.

Anhang 2

Zur empirischen Datengrundlage Reproduktionsmedizin:

Gespräche mit Ratsuchenden und Patienten	45 Interviews (17 Interviews mit Frauen, 28 mit Paaren)
Zeitpunkt	12 Interviews nach Erstgesprächen, 29 Interviews während der Behandlung, 4 nach abgeschlossener Behandlung und Geburt von Kindern
Länge der Interviews	1 bis 2,5 Stunden
Durchschnittliches Alter der Befragten	33,43 Jahre ¹⁹¹
Gespräche mit Ärzten und Ärztinnen	6 Interviews (5 Ärzte, 1 Ärztin)
Länge der Interviews	1 bis 2 Stunden

191 Alle Altersangaben beziehen sich auf den Zeitpunkt des jeweiligen Gesprächs.

Zu den Angehörigen „hirntoter Organspender“

Gespräche insgesamt	21 Interviews mit 23 Angehörigen von 19 „Organspendern“, davon 6 weiblich und 13 männlich
Alter bei Tod	4 jünger als 16 Jahre (Jüngster 2 Jahre), 12 zwischen 16 und 54 Jahre, 3 älter als 54 Jahre (Älteste 82 Jahre)
Durchschnitt	36,10 Jahre
Todesursache	9 traumatisch, davon 7 unter 30 Jahre; 10 atraumatisch
Todesjahr	1978 bis 1998
Spenderausweis	4
mutmaßlicher Wille	9
Entscheidung der Angehörigen	6

Die Daten der „Organspender“ unserer Untersuchungsgruppe entsprechen weitestgehend (Alter, Geschlecht, traumatische oder atraumatische Todesursache in Relation zum Alter) dem statistischen Mittel der BRD (DSO 1999). Lediglich das Durchschnittsalter der „Organspender“ liegt dort mittlerweile sehr viel höher (1998 bei 45 Jahren).

Zu den Organempfängern

Gespräche insgesamt	19 Interviews mit Organempfängern, davon 5 weiblich, 14 männlich
Alter bei Gespräch	2 jünger als 30 Jahre (Jüngster 24 Jahre), 8 zwischen 30 bis 50 Jahren, 9 zwischen 50 und 65 Jahren (Älteste 65 Jahre)
Durchschnitt	48 Jahre
Zeitpunkt erste Transplantation	vor 1 bis 19 Jahren
Alter bei Transplantation	3 jünger als 30 Jahre, 9 zwischen 30 und 50 Jahren, 5 zwischen 51 und 58 Jahren
Durchschnitt	41,5 Jahre
Retransplantation	5, davon 2 zum 3. Mal transplantiert
transplantiertes Organ	8 Niere (2 vor der Transplantation), 7 Herz, 1 Herz/Lunge, 1 Leber

Alle Gesprächspartner sind Mitglied einer Selbsthilfegruppe für Organtransplantierte. Die Daten der Organempfänger meiner Untersuchungsgruppe entsprechen weitestgehend (Alter, Geschlecht) dem statistischen Mittel der BRD (DSO 1999). Die Zahl der männlichen Organempfänger überwiegt (1998: 64%).

Angaben zu den im Text zitierten, interviewten Personen¹⁹²*Babels, Silke*

Krankenschwester auf einer Intensivstation für Anästhesie in einem städtischen Krankenhaus.

Berger, Barbara (33), Marketing-Managerin; Berger, Thomas (35), Bauingenieur

Herr Berger ist zeugungsunfähig aufgrund einer Erbkrankheit, Frau Berger hat keine Ovulation. Seit 1991 ist das Paar verheiratet und wünscht sich seitdem Kinder. Mittels Hormontherapien und der heterologen Insemination wurde Frau Berger schwanger und brachte 1995 einen Sohn auf die Welt. Zur Zeit des Interviews befindet sich das Ehepaar wieder in der Behandlung für ein zweites Kind.

Bircher, Eva Dr. (39):

Gynäkologin und Psychotherapeutin, Reproduktionsmedizinerin.

192 Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Gesprächsführung (Januar 1997 bis September 1998).

Deinert, Maria (47), Verwaltungsangestellte

Ihr 42-jährigen Bruder starb an einer Hirnblutung. Sie hatte sich vorher noch nicht mit der Thematik „Organspende“ auseinandergesetzt und fühlte sich auf der Intensivstation mit der Frage nach einer „Organspende“ überfordert.

Deneke, Tanja (28), Heilpädagogin; Deneke, Franz (30); Lektor

Eltern des bei einem Autounfall tödlich verunglückten zweijährigen Michael. Die Eltern wurden direkt nach der Übermittlung der Nachricht des „Hirntodes“ mit der Bitte um eine „Organspende“ konfrontiert. Sie hatten zu wenig Zeit zur Verarbeitung der Nachricht, fühlten sich von Seiten der Klinik unter Druck gesetzt und bereuen ihre Entscheidung.

Dietrich, Anja (29), Speditionskauffrau

Verheiratet seit 1990, seit 1991 gibt es einen konkreten Kinderwunsch. Ihr Mann hat zu wenig befruchtungsfähige Spermien im Ejakulat, sie leidet unter ständig wiederkehrenden Zysten. Frau Dietrich hat schon zwei ICSI-Versuche in einer Universitätsklinik hinter sich und befindet sich nun beim insgesamt vierten ICSI-Versuch in einer niedergelassenen Praxis.

Eilert, Robert (39), Fachlehrer

Seine Lebensgefährtin starb an einer Hirnblutung. Sie hatte sich vorher mit der Thematik „Organspende“ auseinandergesetzt und hatte einen Spenderausweis. Er hat selbst einen Spenderausweis und ist für die enge Zustimmungslösung, da man diese Frage nicht für einen anderen Menschen entscheiden könne und Angehörige in diesem Moment zwangsläufig überfordert sein müssen.

Fahrenkamp, Heiner Dr.

Intensivmediziner und Transplantationsbeauftragter in einem städtischen Krankenhaus.

Frehls, Joachim Dr.

Transplantationschirurg an einem Transplantationszentrum.

Gerhoff, Brigitte

Krankenschwester und Leiterin einer Station für Neurochirurgie in einem städtischen Krankenhaus.

Gerke, Milena (38), Arzthelferin

Sie verlor ihren 22-jährigen Bruder durch einen Motorradunfall. Er hatte keinen Spenderausweis. Sie ist der „Organspende“ gegenüber positiv eingestellt und setzt sich für die öffentliche Anerkennung der Seite der Angehörigen ein.

Gimpe, Angela

Krankenschwester auf einer Intensivstation für Anästhesie in einem städtischen Krankenhaus.

Groß, Inge (38), Verkäuferin

Verheiratet seit 1991, seitdem gibt es einen konkreten Kinderwunsch. Ihr Mann ist zeugungsunfähig. Mit Hilfe der heterologen Insemination wurde sie nach 8 Versuchen schwanger und bekam einen Sohn. Sie befindet sich jetzt in der Behandlung für ein zweites Kind und hat schon 6 Versuche hinter sich, die nicht zu einer Schwangerschaft führten.

Hagemann, Jan Dr.

Biochemiker und Gynäkologe, Reproduktionsmediziner.

Heider, Maria (26), Kauffrau

Verheiratet seit 1996, Kinderwunsch seit drei Jahren. Nach einmaliger homologer Insemination befindet sie sich nun in einer ICSI-Behandlung.

Heise, Peter Prof. Dr.

Gynäkologe, Reproduktionsmediziner.

Helming, Tatjana (36), Personalsachbearbeiterin; Helming, Martin (38), Entwicklungsingenieur

Verheiratet seit 1991, seitdem haben sie auch einen konkreten Kinderwunsch. Nach vielen Arztbesuchen sowohl des Mannes als auch der Frau, bei denen sich herausstellte, dass er nur eingeschränkt zeugungsfähig ist und sie keinen regelmäßigen Zyklus hat, entschieden sie sich, zunächst keine medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zur Zeit des Interviews befindet sich das Ehepaar Helming in ihrer ersten IVF-Behandlung.

Hiller, Sabine (33), Sonderschullehrerin; Hiller, Stefan (38), Finanzkaufmann

Seit 1992 ist das Paar verheiratet und wünscht sich seitdem auch ein Kind. Seit vier Jahren befinden sich die Hillers in Behandlung und haben schon verschiedene Behandlungsmethoden ausprobiert. Mit Hilfe der heterologen Insemination wurde Frau Hiller nicht schwanger, jetzt versuchen sie zum dritten Mal die Behandlung mit ICSI.

Jansen, Sophie (30), Grundschullehrerin

Verheiratet seit 1995, seitdem hat sie auch einen konkreten Kinderwunsch. Sie ist zu einem Erstgespräch in der Klinik.

Klaassen, Bettina (28), Bürokauffrau

Verheiratet seit 1993, seitdem hat sie den konkreten Wunsch nach einem Kind. Frau Klaassen befindet sich gerade – nach einem Kryozyklus – in der dritten IVF/ICSI-Behandlung.

Kresche, Hans-Martin, Prof. Dr.

Transplantationschirurg an einem Transplantationszentrum.

Krüger, Norbert Dr. (43)

Gynäkologe und Reproduktionsmediziner.

Leinemann, Elisabeth (34)

Chemisch-Technische-Assistentin: Verheiratet seit 1988, seit ungefähr 1990 gibt es auch einen konkreten Kinderwunsch. Frau Leinemann wurde 1989 ein Eierstock entfernt und 1990 wurde festgestellt, dass sie nicht genügend Hormone für einen Eisprung produziert. Sie bekam zunächst Hormone, bis sie 1992 mit IVF begannen. Nach 13 Versuchen wurde sie schwanger und bekam einen Sohn. Nun ist sie nach zwei IVF-Versuchen wieder schwanger.

Lemke, Gisela (46); Lehrerin

Aufgrund eines chronischen Nierenleidens wurde sie im Alter von 26 Jahren dialysepflichtig. Seit 11 Jahren lebt sie mit einer transplantierten Niere, die funktioniert.

Lüdecke, Uwe (58); Ingenieur

Eine missglückte Bypassoperation vor vier Jahren machte eine Nottransplantation notwendig. Er wachte mit einem Spenderherzen wieder auf.

Mahrt, Gisela (66); Hausfrau

Trotz infauster Prognose lehnte ihr Mann eine Herztransplantation ab. Er verstarb im Alter von 56 Jahren an einem Herzinfarkt.

Mecke, Martina (38); Literaturwissenschaftlerin

Sie erlitt im Alter von 35 Jahren einen schweren Herzinfarkt. Sie wurde nach sechs Monaten auf der Warteliste transplantiert.

Meinhardt, Walter (30); Sozialpädagoge

Mukoviszidosepatient. Er bekam mit 21 Jahren eine Herz-Lungentransplantation.

Menge, Christine (35); Psychologin

Ihre Mutter erlag im Alter von 52 Jahren den Folgen eines Asthmaanfalls. Die Familie gab sie auf Anfrage der Ärzte in der Klinik zur „Organspende“ frei.

Nowak, Brigitte (34); Bürokauffrau; Nowak, Martin (38); Maschinenbauingenieur

Ihr achtjähriger Sohn ist bei einem Autounfall tödlich verunglückt. Besonders die Diskrepanz zwischen tatsächlichem Unfalldatum und offiziellem Todeszeitpunkt (nach abgeschlossener Hirntoddiagnose) empfinden sie als störend.

Ohlmann-Reiser, Brigitte Prof. Dr.

Transplantationschirurgin an einem Transplantationszentrum.

Ottmers, Ilona (30), Verwaltungsfachangestellte; Ottmers, Christoph (33), Lebensmitteltechniker

Verheiratet seit 1996, seitdem besteht auch ein konkreter Kinderwunsch. Herr Ottmers hat sich nach seinen zwei Kindern aus erster Ehe sterilisieren lassen. In der zweiten Ehe und dem erneuten Kinderwunsch gemeinsam mit Frau Ottmers ließ er sich refertilisieren, was jedoch nicht zum Erfolg führte. Er unterzog sich einem MESA/TESE-Eingriff, wodurch Samenzellen gewonnen werden konnten, mit denen man die Eizellen von Frau Ottmers befruchtete. Das Paar befindet sich jetzt beim zweiten ICSI-Versuch.

Paschke, Jörg (24); Steuergehilfe i.A.

Nach kurzem Krankheitsverlauf bekam er aufgrund einer Kardiomyopathie im Alter von 18 Jahren ein neues Herz. Vor einem Jahr musste er erneut transplantiert werden, da sein zweites Herz durch eine chronische Abstoßung zerstört war.

Petersen, Rainer (56); Ingenieur

Er lebt seit zwei Jahren mit einem transplantierten Herzen. Eine Kardiomyopathie machte die Transplantation notwendig. Er war drei Jahre auf der „Warteliste“.

Reuters, Jörg

Pfleger auf einer Intensivstation für Anästhesie in einem städtischen Krankenhaus.

Riemann, Udo

Pfleger auf einer Intensivstation für Anästhesie in einem städtischen Krankenhaus.

Schmidt, Martin (33), Lehrer

Verheiratet seit 1994, seit 1995 konkreter Kinderwunsch. Herr Schmidt hat keine befruchtungsfähigen Spermien im Ejakulat. Er ist mit seiner Frau zum Erstgespräch in der Klinik, um sich über die heterologe Insemination beraten zu lassen.

Schreiber, Berit (35), Physikalisch-Technische-Assistentin

Verheiratet seit 1996, konkreter Kinderwunsch seit 1990. Sowohl Frau Schreiber als auch ihr Lebensgefährte sind nur eingeschränkt fruchtbar. Sie versuchten es zunächst mit einer Insemination, machten dann aber eine lange Pause und stellten einen Antrag auf Adoption. Mittlerweile wollen sie aber doch wieder mit Inseminationen versuchen, schwanger zu werden.

Tanner, Jutta (28), Erzieherin

Verheiratet seit 1995, Kinderwunsch seit 1994. Frau Tanner verhütet seit zwei Jahren nicht mehr. Nach genauer Untersuchung wurden verklebte Eileiter festgestellt. Sie will nun eine IVF-Behandlung beginnen.

Treis, Markus (30), Zimmermann und Bingel, Sybille (27), Altenpflegerin

Beide sind noch nicht verheiratet, seit zwei Jahren gibt es einen konkreten Kinderwunsch. Herr Treis hat zu wenig befruchtungsfähige Spermien im Ejakulat, bei Frau Bingel wurde ein Eileiterverschluß diagnostiziert. Beide befinden sich jetzt in ihrer ersten IVF-Behandlung.

Ullbricht, Tabea (34), Verwaltungsfachangestellte

Verheiratet seit 1996, seit fünf Jahren hat sie einen konkreten Kinderwunsch. Bei Frau Ullbricht wurde festgestellt, dass nur ein Eileiter durchgängig ist. Nach zwei erfolglosen IVF-Versuchen machte sie eine Pause von einem Jahr, in dem sie und ihr Mann auch einen Adoptionsantrag stellten. Sie möchte nun aber doch noch einmal versuchen, mit Hilfe der IVF-Methode schwanger zu werden.

Vogt, Eva (65); Hausfrau

Wegen einer Schrumpfniere musste sie im Alter von 53 Jahren an die Dialyse und ist seit acht Jahren nierentransplantiert.

Wagner, Ira (33), Glasapparatebläserin

Verheiratet seit 1985, seit acht Jahren hat sie einen konkreten Kinderwunsch. Nach zweimaliger ICSI-Behandlung war sie schwanger, erlitt aber im sechsten Schwangerschaftsmonat eine Fehlgeburt. Frau Wagner befindet sich nun wieder in Behandlung.

Wegener, Hans (47); Werkzeugmacher

Er ist seit 25 Jahren dialysepflichtig. Zwei Transplantationen waren erfolglos. Erst die dritte transplantierte Niere nahm nach über einem Monat ihre Funktion auf. Heute ist Herr Wegener wieder dialysepflichtig. Eine nochmalige Transplantation lehnt er für sich ab.

Wellert, Sabine (32), Krankenschwester

Verheiratet seit 1990, seit 1994 hat sie einen konkreten Kinderwunsch. Nach mehreren Inseminationsbehandlungen wurde sie jetzt zum ersten Mal im Rahmen einer IVF-Behandlung punktiert.

Wellmann, Rolf (45)

Gynäkologe und Reproduktionsmediziner.

Wieger, Marion (34), Journalistin

Verheiratet seit 1989, konkreter Kinderwunsch besteht seit 1993. Frau Wieger bekam vor gut einem Jahr einen Sohn nach zwei homologen Inseminationsbehandlungen. Sie befindet sich jetzt in der Behandlung für ein zweites Kind.

Wiese, Monika (58); Krankenschwester

Zu Beginn ihrer schnell fortschreitenden Lebererkrankung stand sie einer Transplantation sehr negativ gegenüber. Erst mit Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes konnte sie sich mit dem Gedanken anfreunden. Sie lebt seit ihrem 50sten Geburtstag mit einer transplantierten Leber.

Wille, Ute (36), Zahntechnikerin

Verheiratet seit 1991, seitdem hat sie einen konkreten Kinderwunsch. Ihr Mann gilt aufgrund einer Krebserkrankung als zeugungsunfähig. Sie haben zunächst mit Hilfe mehrerer heterologer Inseminationen versucht, ein Kind zu bekommen. Zweimal ist Frau Wille schwanger geworden, erlitt aber Fehlgeburten. Nach Einführung der ICSI-Methode in der reproduktionsmedizinischen Praxis konnten sie mittels MESA/TESE Samenzellen gewinnen und ihre Eizellen befruchten. Frau Wille ist nun in der 23. Woche schwanger.

Wirth, Wolfgang (55); Koch

Mit 45 Jahren bekam er zwei Herzinfarkte, die in der Folge Bypass-Operationen notwendig machte. Fünf Jahre später war eine erneute Bypass-Operation angezeigt, aufgrund derer er einen weiteren Herzinfarkt erlitt. Kurz darauf sahen die Ärzte eine Herztransplantation indiziert. Er war viereinhalb Monate auf der „Warteliste“ und wurde im Alter von 50 Jahren transplantiert.

Wiselher, Silke (25), Verkäuferin

Verheiratet seit 1993, konkreter Kinderwunsch besteht seit 1995. Frau Wiselher befindet sich in der zweiten Inseminationsbehandlung.

Anhang 3

Zitierte Sachverständige der öffentlichen Anhörungen¹⁹³

Angstwurm, Heinz Prof. Dr. med., Einzelsachverständiger, Neurologische Klinik, Universität München.

Adam, Dr., Verbandsrepräsentantin, Pro Familia, Frankfurt/Main.

¹⁹³ Die aufgelisteten persönlichen Angaben sind den Protokollen der Ausschüsse entnommen und stehen somit auch den Parlamentariern zur Verfügung.

Beck-Gernsheim, Elisabeth Prof. Dr., Einzelsachverständige, Soziologin, München.

Bradish, Paula, Einzelsachverständige, Biologin, Hamburg.

Dörner, Klaus Prof. Dr. Dr., Einzelsachverständiger, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Gütersloh.

Eigler, Friedrich Wilhelm Prof. Dr. med., Einzelsachverständiger, Allgemeine Chirurgie, Universitätsklinikum Essen.

Elyas, Nadeem Dr., Verbandsrepräsentant, Zentralrat der Muslime in Deutschland, Köln.

Eser, Albin Prof. Dr., Einzelsachverständiger, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg.

Feuerstein, Günter Prof. Dr., Einzelsachverständiger, Universität Bielefeld.

Feyerabend, Erika, Essen.

Geisler, Linus Prof. Dr., Einzelsachverständiger, St. Barbara Hospital, Gladbeck.

Grewel, H., Verbandsrepräsentant, Berliner Initiative für die Zustimmungslösung im Blick auf ein Transplantationsgesetz, Berlin.

Gubernatis, Gundolf Prof. Dr. med., Einzelsachverständiger, Transplantationschirurgie, Medizinische Hochschule, Hannover.

Gründel, Johannes Prof. Dr., Einzelsachverständiger, Katholische Theologie, Universität München.

Günther, H.-L. Prof. Dr., Einzelsachverständiger, Straf- und Strafprozessrecht, Universität Tübingen

Haverich, Axel Prof. Dr., Verbandsrepräsentant, Deutsche Transplantationsgesellschaft, Berlin.

Höfling, Wolfram Prof. Dr., Einzelsachverständiger, Öffentliches Recht, Justus-Liebig-Universität, Gießen.

Münder, Johannes Prof. Dr., Einzelsachverständiger, Technische Universität, Berlin.

Krüsmann, Gottfried Dr., Einzelsachverständiger, Frauenklinik Krüsmann, München.

Link, Jürgen Prof. Dr. med., Einzelsachverständiger, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum der Freien Universität Berlin.

Mieth, Dietmar Prof. Dr., Einzelsachverständiger, Moraltheologie, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen.

Neuhaus, P. Prof. Dr. med., Verbandsrepräsentant, Deutsche Transplantationsgesellschaft, Berlin.

Pichlmayr, Rudolf Prof. Dr. med. (†), Verbandsrepräsentant, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg.

Renese, Margot von, Verbandsrepräsentantin, Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen, Bochum.

Schockenhoff, Eberhard Prof. Dr., Einzelsachverständiger, Theologe, Sölden.

Schöne-Seifert, Bettina Dr. med. M.A., Einzelsachverständige, Wissenschaftskolleg, Berlin.

Schreiber, Hans-Ludwig Prof. Dr. jur. Dr. h.c., Einzelsachverständiger, Strafrecht, damaliger Präsident der Universität Göttingen.

Vilmar, Karsten Dr., Einzelsachverständiger, damaliger Präsident der Bundesärztekammer, Köln.

Zickgraf, Dr. med., Verbandsrepräsentant, Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V., Neu-Isenburg.

Literatur

- Ärzte Zeitung (1999a): „Deutlich weniger Transplantationen als im Vorjahr“. In: *Ärzte Zeitung*, 103 vom 07.06.1999.
- (1999b): „US-Organisation gegründet. Organ Watch will Sumpf trockenlegen“. In: *Ärzte Zeitung*, 211 vom 19./20.11.1999.
 - (2005a): „Enquete für restriktive Regeln bei der Lebendorganspende. Bundestagsgremium gegen Korrekturen am geltenden Transplantationsgesetz/ Lebendorganspenden nur zwischen Bekannten oder Verwandten.“ In: *Ärzte Zeitung* vom 19.01.2005.
 - (2005b): „Weniger Kinder durch IvF. Zahl der Kinder durch künstliche Befruchtung fast halbiert.“ In: *Ärzte Zeitung* vom 12.12.2005.
 - (2006a): „Ein Jahr mit transplantiertem Gesicht. Kollegen in Frankreich nahmen vor einem Jahr die erste Gesichtstransplantation vor.“ In: *Ärzte Zeitung*, 22 vom 11.2006.
 - (2006b): „Selbstbeteiligung bei der künstlichen Befruchtung – Ärzte sehen die hohen Kosten für Paare kritisch.“ In: *Ärzte Zeitung* vom 14.12.2006.
 - (2007): „Finanzielle und rechtliche Hürden lassen den Traum von einem Retortenbaby oft zerplatzen. Stichwort: Aktuelle Zahlen aus dem IvF-Register.“ In: *Ärzte Zeitung* vom 19.02.2007.
- Atkinson, Paul (1997 [1981]): *The Clinical Experience. The Construction and Reconstruction of Medical Reality*. Hampshire: Gower Publishing Company.
- Baudrillard, Jean (1991): *Der symbolische Tausch und der Tod*. München: Matthes & Seitz.
- Bavastro, Paolo (1994): *Anthroposophische Medizin auf der Intensivstation. Historische Hintergründe. Schlaf – Narkose – Hirntod – Organtransplantation. Eine besondere Krankengeschichte*. Dornach: Verlag am Goetheanum.
- Bayerisches Ärzteblatt (2005): „Novellierung des Transplantationsgesetzes: ‚Mehr Menschen effektiv helfen‘.“ In: *Bayerisches Ärzteblatt* 6: 412.
- Beck, Stefan/ Nevim Çill/ Sabine Hess/ Maren Klotz/ Michi Knecht (2007): *Verwandtschaft machen. Reproduktionsmedizin und Adoption in Deutschland und der Türkei*. Berliner Blätter: Ethnographische und ethnologische Beiträge, Heft 24. Münster: LIT.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M: Suhrkamp.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth [1988] (1997). *Die Kinderfrage. Frauen zwischen Kinderwunsch und Unabhängigkeit*. München: Beck'sche Reihe.
- (2002): Vom Kinderwunsch zum Wunschkind. In: Elmar Brähler, Yve Stöbel-Richter und Ulrike Hauffe (Hg.): *Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und Menschlicher Rohstoff*, S. 11-27. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beier, Henning M. (1997): *Assistierte Reproduktion – Zum Stand der Therapieverfahren in der Bundesrepublik Deutschland 1997*. München: Heller Druck und Verlag.
- Berg, Giselind (2003): Neue Reproduktionstechniken – zwischen Hilfe bei unfreiwilliger Kinderlosigkeit und Technisierung der Fortpflanzung. In: Sigrid Graumann/ Ingrid Schneider (Hg.): *Verkörperter Technik – entkörperter Frau. Biopolitik und Geschlecht*, pp.21-40. Frankfurt/New York: Campus.
- Berg, Giselind/ Inez Werth/ Elke Barbian (2004): ICSI – die Lösung für ungewollte Kinderlosigkeit? In: Brähler, Elmar, Stöbel-Richter, Yve und Ulrike Hauffe (Hg.): *Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und Menschlicher Rohstoff*, S. 65-74. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bergmann, Anna (2004): *Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod*. Berlin: Aufbau-Verlag.
- Berndt, Christina (2002): Neues von Dr. Klon. Hat der Arzt Antinori nun doch einen Menschen dubliert? *Süddeutsche Zeitung* vom 08.04.2002.
- (2004): Schnitte in das letzte Tabu. Ehrgeizige Chirurgen träumen davon, ein komplettes Gesicht zu verpflanzen – Psychologen und Ethiker warnen vor den seelischen Folgen. *Süddeutsche Zeitung*, 8. Juni 2004: 13.
- Beyme, Klaus von (1997): *Der Gesetzgeber. Der Bundestag als Entscheidungszentrum*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Biller-Andorno, Nikola (2002): Gender imbalance in living organ donation. *Medicine, Health Care and Philosophy* 5: 199-204.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela/ Seidler, Eduard (Hg.) (1993): *Hirntod und Schwangerschaft. Dokumentation einer Diskussionsveranstaltung der Akademie für Ethik in der Medizin zum „Erlanger Fall“*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

- Breyer, Friedrich/ Wolfgang van den Daele/ Margret Engelhard / Gundolf Gubernatis / Harmut Kliemt/ Christian Kopetzki/ Jürgen Schlitt/ Jochen Taupitz (2006): *Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?*, Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Bundesrats-Drucksache [BR-Drs.]: *Verhandlungen des Deutschen Bundesrates. Stenographische Berichte und Dokumente.*
 395/78: *Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes über Eingriffe an Verstorbenen zu Transplantationszwecken (Transplantationsgesetz)* vom 26.10.1978.
 535/88: *Gesetzesantrag des Freistaates Bayern: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der künstlichen Befruchtung beim Menschen (Fortpflanzungsmedizinengesetz)* vom 15.11.1988.
- Bundestags-Drucksache [BT-Drs.]: *Verhandlungen des Deutschen Bundestages. Stenographische Berichte und Dokumente.*
 8/2681: *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes über Eingriffe an Verstorbenen zu Transplantationszwecken (Transplantationsgesetz)* vom 16.03.1979
 11/1856: *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Kabinettsbericht zur künstlichen Befruchtung beim Menschen* vom 23.02.1988.
 11/5460: *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Kabinettsbericht zur künstlichen Befruchtung beim Menschen* vom 25.10.1989.
 11/5710: *Gesetzentwurf der Abgeordneten Däubler-Gmelin, Schmidt, Bachmaier, Klein, Pick u.a. und der Fraktion der SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung von Problemen der künstlichen Befruchtung und bei Eingriffen in menschliche Keimzellen* vom 16.11.1989.
 13/2926: *Gesetzentwurf der Abgeordneten Monika Knoche, Gerald Häfner und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes über die Spende, die Entnahme und die Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)* vom 07.11.1995.
 13/4114: *Antrag der Abgeordneten Dr. Wolfgang Wodarg, Dr. Herta Däubler-Gmelin, Horst Schmidbauer und weiterer Abgeordneter: Kriterien für die Spende, Entnahme und Übertragung von menschlichen Organen* vom 14.03.1996.
 13/4355: *Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP.: Entwurf eines Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)* vom 16.04.1996.
 13/4368: *Antrag der Abgeordneten Rudolf Dreßler, Rudolf Scharping, Klaus Kirschner, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Horst Seehofer, Wolfgang Schäuble, Dr. Dieter Thomae, Wolfgang Zöller und weiterer Abgeordneter der CDU/CSU, SPD und FDP: Spende, Entnahme und Übertragung von Organen* vom 17.04.1996.
- Bundestags-Drucksache [BT-Drs.]:
 13/6591: *Antrag der Abgeordneten Eckart von Klæden, Dr. Wolfgang Götzer, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig sowie weiteren Abgeordneten der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP: Eckpunkte für Spende, Entnahme und Übertragung von Organen* vom 17.12.1996.
 14/8102: *Antrag der Abgeordneten Dr. Maria Böhmer, Margot von Renesse, Andrea Fischer und weiterer Abgeordneter: Keine verbrauchende Embryonenforschung: Import humaner embryonaler Stammzellen grundsätzlich verbieten und nur unter engen Voraussetzungen zulassen* vom 29.01.2002.
 15/5050: *Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht in der modernen Medizin. Organlebenspende* vom 17.03.2005.
- Bundesverfassungsgericht BVerfG, 1 BvL 5/03 vom 28.2.2007, Absatz-Nr. (1 - 42)
http://www.bverfg.de/entscheidungen/ls20070228_1bvl000503.html
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o.J.): *Über Organspende spricht man nicht. Oder vielleicht doch?* Presseinformationen über die Anzeigenkampagne zur Organspende der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bunzel, Brigitta (1993): *Herztransplantation – psychosoziale Grundlagen und Forschungsergebnisse zur Lebensqualität.* Stuttgart/New York: Georg-Thieme-Verlag.
- Cheal, David (1988): *The Gift Economy.* London: Routledge.
- Cohen, Lawrence 1999: *Where it Hurts: Indian Material for an Ethics of Organ Transplantation*, in: *Daedalus* 128/4, 135-166.
- Conrad, Joachim/ Feuerhack, Maria (2002): *Hirntod, Organtransplantation und Pflege.* Frankfurt a.Main: Mabuse.
- (2006): *Qualitative und quantitative Interviews mit Pflegenden im Bereich der Transplantationsmedizin/Intensivmedizin.* In: Alexandra Manzei/ Werner Schneider (Hg.): *Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und Gesellschaftliche Praxis.* Münster: Lit, 183-203.

- Cussin, Charis (1998): Producing reproduction: techniques of normalization and naturalization in infertility clinics. In: Franklin, Sarah & Helena Ragoné (eds.). *Reproducing reproduction. Kinship, power, and technological innovation*, pp.66-101. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Daar, A. S. (1989): Ethical Issues: A Middle East Perspective. In: *Transplantation Proceedings 21*, 1402-1404.
- Delaisi de Parseval, Geneviève (1985): *Was wird aus den Vätern? Künstliche Befruchtung und das Erlebnis der Vaterschaft*. Weinheim/Basel : Beltz.
- Descartes, René (1997 [1637]): *Discours de la méthode: Französisch-Deutsch*. Übersetzt und herausgegeben von Lüder Gäbe. Hamburg: Meiner.
- Deutscher Bundestag [SdBt]: *Verhandlungen des Bundestages. Stenographische Berichte und Drucksachen*.
 11/183: *Plenarprotokoll der 183. Sitzung* vom 08.12.1989.
 11/230: *Plenarprotokoll der 230. Sitzung* vom 24.10.1990.
 13/99: *Plenarprotokoll der 99. Sitzung* vom 19.04.1996.
 13/183: *Plenarprotokoll der 183. Sitzung* vom 25.06.1997.
- Deutscher Bundestag (2002): *Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin. Stammzellforschung und die Debatte des Deutschen Bundestages zum Import von menschlichen embryonalen Stammzellen*. Berlin.
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hg.) (1996): *Kurzinformation Zahlen – Daten – Fakten 1995*. Neu Isenburg.
 – (1998): *Organspende und Transplantation in Deutschland 1997*. Neu Isenburg.
 – (1999): *Organspende und Transplantation in Deutschland 1998*. Neu Isenburg.
 – (2001): *Organspende und Transplantation in Deutschland 2000*. Neu-Isenburg: Deutsche Stiftung Organtransplantation.
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (2002): *Organspende und Transplantation in Deutschland 2001*. Neu-Isenburg: Deutsche Stiftung Organtransplantation.
 – (2003): *Organspende und Transplantation in Deutschland 2002*. Neu-Isenburg: Deutsche Stiftung Organtransplantation.
 – (2004): *Organspende und Transplantation in Deutschland 2003*. Neu-Isenburg: Deutsche Stiftung Organtransplantation.
 – (2005): *Organspende und Transplantation in Deutschland 2004*. Neu-Isenburg: Deutsche Stiftung Organtransplantation.
 – (2006): *Organspende und Transplantation in Deutschland 2005*. Neu-Isenburg: Deutsche Stiftung Organtransplantation.
 – (2007): *Organspende und Transplantation in Deutschland 2006*. Neu-Isenburg: Deutsche Stiftung Organtransplantation.
 – (2007a): *DSO schlägt Alarm: Bundestagsabgeordneter fordert gesetzwidriges Verhalten. Nicht-medizinische Kriterien dürfen keine Rolle bei Organvergabe spielen* vom 03.12.2007, <http://www.dso.de>.
 – (2007b): *DSO stellt klar: Privatpatienten bei Organtransplantationen nicht bevorzugt* vom 17.12.2007, <http://www.dso.de>
 – (o.J.) *Gesetzliche Regelungen für die Entnahme von Organen zu Transplantation in Europa*. <http://www.dso.de/pdf/regelungen.pdf>, abgerufen am 08.07.08.
- Douglas, Mary (2000): „Foreword. No free gifts“. In: Marcel Mauss: *The gift*. London u.a.: Routledge, vii-xvii.
- Drüe, Gerhild (1999): „Sind Angehörige und Freunde unser Organreservoir? Berichte zur Lebendspende fordern zum Nachdenken heraus“. In: *Der Dialysepatient*, 24 (4), 49-50.
- Duden, Barbara (1991): *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben*. Hamburg/Zürich: Luchterhand.
- Duden, Barbara/ Eva Schindele/ Volker Stollorz 2002: Frauen ohne gute Hoffnung. In: Elmar Brähler/ Yve Stöbel-Richter/ Ulrike Hauffe (Hg.): *Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und Menschlicher Rohstoff*, S. 321-319. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Duden Herkunftswörterbuch (1997 [1963]): *Die Etymologie der deutschen Sprache*, Bd. 7. Bearbeitet von Günther Drosdowski, Paul Grewe und weiteren Mitarbeitern der Dudenredaktion. Mannheim/Wien/Zürich: Dudenverlag.
- Edwards, Jeannette et. al. (1993): *Technologies of Procreation. Kinship in the Age of Assisted Conception*. Manchester/New York: Manchester University Press.
- Emmrich, Michael (1995): „Die Familie geht Dottore Antinori über alles“. In: *Frankfurter Rundschau* vom 07.10.1995.
- Feige, Axel (1997): *Frauenheilkunde*. München/Wien/Baltimore.

- Feuerstein, Günter (1995): *Das Transplantationssystem. Dynamik, Konflikte und ethisch-moralische Grenzgänge*. Weinheim/München: Juventa.
- Foucault, Michel (1974): *Die Ordnung des Diskurses*. München: Carl-Hanser-Verlag.
- (1993 [1963]): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2001): »DFG lehnt Aufschub in Stammzellenfragen ab«. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 20.10.2001.
- (2005): »Neuer Eierstock und gesundes Kind. Transplantationserfolg in Amerika«. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 09.06.2005.
- Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (2004): »Trauerfälle, auf Eis gelegt«. *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 05.09.2004.
- Frankfurter Rundschau (1998): „Erstmals wurde eine ganze Hand verpflanzt“, *Frankfurter Rundschau* vom 25.09.1998.
- (2003): Niere zu verkaufen. In Griechenland floriert der illegale Handel mit Organen. *Frankfurter Rundschau* vom 06.08.2003.
- (2003): Organhandel in Europa nimmt zu. Straßburger Parlament warnt. *Frankfurter Rundschau* vom 17. 09. 2003.
- Franklin, Sarah/ Margaret Lock (2001): *Remaking life and death: toward an anthropology of the biosciences*. Santa Fe: School of American Research Press.
- Franklin, Sarah (1991): „Fetal fascinations: new dimensions to the medical-scientific construction of fetal personhood“. In: Franklin, Sarah/Celia Lury / Jackie Stacey (Hg.): *Off-Centre. Feminism and Cultural Studies*. London: HarperCollins Academic, 190-205.
- (1993): Postmodern procreation. Representing reproductive practice. In: *Science as Culture* 3 (4), 522-561.
- (1995): „Postmodern Procreation: A Cultural Account of Assisted Reproduction“. In: Ginsburg, Faye D. / Rapp, Rayna (Hg.): *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 323-345.
- (1997): *Embodied Progress. A Cultural Account of Assisted Conception*. London/New York: Routledge.
- (2001): Culturing Biology: Cell Lines for the Second Millennium. In: *Health* 5: 335-354.
- Freudenberg, Lutz (1997): *Interviews mit Professionellen der Transplantationsmedizin, März-April 1997*. Göttingen, unveröffentlicht.
- (1998): *Arbeits- und Abschlussbericht, DFG-Projekt „Verwandtschaft und Humantechnologie“* vom 15.05.1996 – 14.05.1998. Göttingen, unveröffentlicht.
- Geisler, Linus (2004): Überkreuz-Lebendspende – Sachstand, Rechtsprechung, Hintergründe. *CHAZ*, 5. Jahrgang, 11. + 12. Heft, 2004: 464-465.
- Gemeinsame Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen (1999): Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) als Methode der künstlichen Befruchtung: Ausschluß von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. In: *Reproduktionsmedizin* 15: 84-86.
- Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG) vom 05.11.1997. In: *Bundesgesetzblatt Teil I*: 2631-2639.
- Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – EschG) vom 13.12.1990. In: *Bundesgesetzblatt Teil I*: 2746-2748.
- Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen (Stammzellgesetz – StZG) vom 28.06.2002. *Bundesgesetzblatt Teil I*, 2277-2280.
- Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages [SdGA]
- 13/17: *Stenographisches Protokoll der 17. Sitzung* vom 28.06.1995, öffentliche Anhörung.
- 13/64: *Stenographisches Protokoll der 64. Sitzung* vom 25.09.1996, öffentliche Anhörung.
- 13/67: *Stenographisches Protokoll der 67. Sitzung* vom 09.10.1996, öffentliche Anhörung.
- Giddens, Anthony (1991): *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
- (1992 [1990]): *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Godelier, Maurice (1999): *The enigma of the gift*. Cambridge: Polity Press.
- Goody, Jack (1989 [1983]): *Die Entwicklung von Ehe und Familie in Europa*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gordon, Deborah R./ Lock, Margaret (Hg.) (1988): *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer.
- Gottweis, Herbert/ Wolfgang Hable/ Barbara Prainsack/ Doris Wydra (2004): *Verwaltete Körper. Strategien der Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich*. Wien: Böhlau.

- Graumann, Sigrid (2003): Präimplantationsdiagnostik – ein in jeder Hinsicht fragwürdiges Verfahren. In: Graumann, Sigrid/ Ingrid Schneider (Hg.): *Verkörperter Technik – entkörperter Frau. Biopolitik und Gesellschaft*, pp. 205-221. Reihe Politik der Geschlechterverhältnisse, Bd. 22. Frankfurt: Campus.
- Graumann, Sigrid/ Ingrid Schneider (Hg.) (2003): *Verkörperter Technik – entkörperter Frau. Biopolitik und Geschlecht*, pp. 21-40. Frankfurt/New York: Campus.
- Gregory, Christopher (1982): *Gifts and Commodities*. London: Academic Press.
- Greil, Arthur L. (2002): Infertile bodies. Medicalization, metaphor, and agency. In: Mirca L. Inhorn and Frank van Balen (eds.): *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*, pp. 101-118. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Grewel, Hans (1994): „Medizin und Menschenbild oder das tödliche Dilemma der Transplantationsmedizin“. In: *Medizin und globales Überleben*, 2, 43-50.
- Grosser, Monika (1991): „Organentnahme aus der Sicht einer Krankenschwester im Operationsdienst“. In: Hans Walter Striebel/ Jürgen Link (Hg.): *Ich pflege Tote. Die andere Seite der Transplantationsmedizin*. Basel/Baunatal: Recom Verlag, 55-76.
- Grunwald, Armin (2002): *Technikfolgenabschätzung – eine Einführung*. Berlin: edition sigma.
- The Guardian (1999): „New heart for dying girl who refused consent“ vom 16.07.1999.
- Haimes, Erika (1990): „Recreating the Family? Policy Considerations Relating to the ‚New‘ Reproductive Technologies“. In: McNeil, Maureen / Ian Varcoe / Steven Yearley (Hg.): *The New Reproductive Technologies*. New York: St. Martin's Press, 154-173.
- Haraway, Donna (1993): The Biopolitics of Postmodern Bodies. Determinations of Self in Immune System Discourse. In: Shirley Lindenbaum/ Margaret Lock (eds.): *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Pp. 365-410. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Hauke, Erika (1937): *Galen: Dass die Vermögen der Seele eine Folge der Vermischungen des Körpers sind*. Dissertation. Berlin.
- Hauser-Schäublin, Brigitta (1995): „Das Ende der Verwandtschaft? Zeugung und Fortpflanzung zwischen Produktion und Reproduktion“. In: Wolfgang Kaschuba (Hg.): *Kulturen – Identitäten – Diskurse. Perspektiven Europäischer Ethnologie*. Berlin: Akademie Verlag, 163-186.
- (1996): „Humantechnologien und die Konstruktion von Verwandtschaft. Die Körperlichkeit des ‚echten‘ Verwandten“. In: *Kea, Zeitschrift für Kulturwissenschaften*, 11, 55-73.
- (2007): „Was die Europäer uns gebracht haben, ist der Körper.“ Von der Undenkbarkeit des Körpers als Objekt. In: Jochen Taupitz (Hg.): *Kommerzialisierung des menschlichen Körpers*. Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 28:21-35.
- Heidenreich, Martin (2003): „Die Debatte um die Wissensgesellschaft“. In: Stefan Böschen/ Ingo Schulz-Schaeffer (Hg.): *Wissenschaft in der Wissensgesellschaft*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 25-54.
- Hellmund, Astrid (1995): *Die Reproduktionsmedizin im Spiegel der Laienpresse. Eine Untersuchung zur Berichterstattung in den Printmedien und vergleichende Analyse mit der Fachliteratur*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Hennen, Leonard (1994). Technikkontroversen. Technikfolgenabschätzung als öffentlicher Diskurs. In: *Soziale Welt* 45, 454-479.
- Henske, Joachim (2002): Die Pflege eines potentiellen Organspenders: Hirntod... und nun? In: *Pflegezeitschrift* 3/2002, 179-182.
- Hobbes, Thomas (1997): *Elemente der Philosophie. Erste Abteilung: Der Körper*. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Hoffmann, Christian / Jürgen K. Rockstroh (2004): Organtransplantation bei HIV-Infektion. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, Heft 42, vom 15. 10. 2004: A2814-A2816.
- Hogle, Linda F. (1996): „Transforming ‚Body Parts‘ into Therapeutic Tools: A report from Germany“. In: *Medical Anthropology Quarterly*, 10 (4), 675-682.
- Hohmeyer, Michael (1996): „Existenzanalytische Arbeit mit lungentransplantierten Patienten“. In: *Zeitschrift des Hamburger Instituts für Existenzanalyse und Logotherapie*, 1 (3), 3-9.
- Hubbard, Ruth/ Elijah Wald (1997 [1993]): *Exploding the gene myth. How genetic information is produced and manipulated by scientists, physicians, employers, insurance companies, educators, and law enforcers*. Boston.
- Human Fertilisation and Embryology Authority (2000). *Ninth Annual Report and Accounts*. <http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/kinderwunsch/annual-report-2000.pdf>, S. 16, abgerufen 02.06.08.

- Husserl, Edmund (1993): *Arbeiten an den Phänomenen. Ausgewählte Schriften*. Herausgegeben und mit einem Nachwort versehen von Bernhard Wadenfels. Frankfurt a. M.: Fischer.
- (1998 [1936]): „Das Problem der Lebenswelt“. In: Ders.: *Phänomenologie der Lebenswelt. Ausgewählte Texte II*. Stuttgart: Reclam.
- Ismayr, Wolfgang (2001): *Der Deutsche Bundestag*. Opladen: Leske und Budrich, 2. Auflage.
- Jerneizig, Ralf (1992): *Klientenzentrierte Trauertherapie. Eine Pilotstudie zur Erfassung der therapeutischen Wirksamkeit*. Dissertation. Essen.
- Jütte, Robert (1998): „Entdeckung des ‚Inneren‘ Menschen, 1500-1800“. In: Richard van Dülmen (Hg.): *Erfindung des Menschen. Schöpfungsträume und Körperbilder 1500-2000*. Wien: Böhlau, 241-258.
- Kalitzkus, Vera (2003): *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie*. Kultur der Medizin, Band 6. Frankfurt/New York: Campus.
- (2004a): „Neither Dead-Nor-Alive. Organ Donation and the Paradox of ‘Living Corpses’“. In: Andrew Fagan (ed.): *Making Sense of: Dying and Death*. Amsterdam/New York: Rodopi, S. 141-155.
- (2004b): „Life ‘in Limbo’: Donor Families, Organ Recipients and their experience in Germany“. In: Peter Twohig/ Vera Kalitzkus (ed.) *Making Sense of: Health, Illness and Disease*. Amsterdam/New York: Rodopi, S. 303-316.
- (2005a): Organtransplantation als Krisenphase für Betroffene: Ergebnisse einer Studie zu Angehörigen von „Organspendern“ und Organempfängern. In: Andreas Frewer/ Rolf Winau: *Ethische Probleme in Lebenskrisen. Grundkurs Ethik in der Medizin in vier Bänden*, Band 3. Erlangen und Jena: Palm und Enke, S.50-67.
- (2005b). „Mein Sohn ist, wenn Sie so wollen, zwei Tode gestorben.“ Sterben und Abschiednahme bei Organspende. In: Brüning, Andreas/ Piechotta, Gudrun (Hg.): *Die Zeit des Sterbens. Diskussion über das Lebensende des Menschen in der Gesellschaft. Praxis – Theorie – Innovation*, Bd. 2. Berliner Beiträge zur Sozialen Arbeit und Pflege. Berlin: Schibri-Verlag, S. 78-100.
- (2007): Postmortale Organspende im Erleben der Angehörigen. In: Graumann, Sigrid/ Grüber, Katrin (Hg.). *Grenzen des Lebens. Mensch – Ethik – Wissenschaft*, Bd. 5, S. 153-164.
- Kantorowicz, Ernst H. (1994 [1957]): *Die zwei Körper des Königs. Eine Studie zur politischen Theologie des Mittelalters*. München: dtv.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1995): *Zukunft der Familie im vereinten Deutschland. Gesellschaftliche und politische Bedingungen*. München: Beck.
- Keil, Lars-Broder (1999): „Mit einem Spenderherz nahm Hartwig Gauder am New York-Marathon teil.“ In: *Ärzte Zeitung*, 17 vom 29./30.01.99.
- Keller, Rolf/ Hans Ludwig Günther/ Peter Kaiser (1992): *Embryonenschutzgesetz Kommentar*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kiesecker, Regine (1996): *Die Schwangerschaft einer Toten. Strafrecht an der Grenze von Leben und Tod - Der Erlanger und Stuttgarter Baby-Fall*. Frankfurt/Main u.a.: Peter Lang.
- Klein, Renate Duelli (1989): *Das Geschäft mit der Hoffnung: Erfahrungen mit der Fortpflanzungsmedizin. Frauen berichten*. Berlin: Orlanda Frauen-Verlag.
- Klein, Karsten (2004): Intensivmedizinische Betreuung eines Organspenders. *Intensiv*, März 2004, 61-67.
- Kleinmann, Arthur (1995) *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Knoll, Eva-Maria (2001): *Reproduktionsmedizinische Imaginationen. Überlegungen zum österreichischen IVF-Diskurs aus ethnologisch-feministischer Perspektive*. Wien: Diplomarbeit zur Erlangung eines Magistergrades der Philosophie an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften; Institut für Ethnologie, Kultur- und Sozialanthropologie (unveröffentlicht).
- (2005): Transnationale Akteurinnen im Geschäft mit der Hoffnung. In: Riegler, Johanna (Hg.): *Kulturelle Dynamik der Globalisierung. Ost- und Westeuropäische Transformationsprozesse aus sozialanthropologischer Perspektive*. S. 203-232. Veröffentlichungen der Sozialanthropologie Bd. 6 der Reihe Forschungsschwerpunkt Lokale Identitäten und überlokale Einflüsse I. Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften.
- König, René (1976 [1974]): „Soziologie der Familie“. In: Ders (Hg.): *Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 7: Familie – Alter*. Stuttgart: Enke, 1-217.
- Kollek, Regine (2002 [2000]): *Präimplantationsdiagnostik: Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht*. Tübingen u.a.: Francke Verlag.
- Korn, André (1991): „Erlebnisse und Erfahrungen im Umgang mit hirntoten Patienten“. In: Striebel, Hans Walter / Link, Jürgen (Hg.): *Ich pflege Tote. Die andere Seite der Transplantationsmedizin*. Basel, 43-53.

- Kuhlmann, Ellen (2003): Verhandlungen über den Körper. Biotechnologische Entwicklungen und feministische Perspektiven. In: Sigrid Graumann und Ingrid Schneider (Hg.): *Verkörperte Technik - Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht*. S. 125-137. Frankfurt: Campus.
- Lindemann, Gesa (2002): *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*. München: Fink.
- Lock, Margaret (2002): *Twice dead. Organ transplants and the reinvention of death*. Berkeley u.a.: University of California Press.
- Löwy, Ilana (1991): The Immunological Construction of the Self. In: Tauber, Alfred (Ed.): *Organism and the Origins of Self*, pp. 43-75. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lüderitz, Alexander (1999): *Familienrecht. Ein Studienbuch*. München: Beck.
- Lüngen, M. / M. Siegel/ K. Lauterbach (2007): *Struktur der Transplantationen in Deutschland in den Jahren 2004 und 2005*. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2007; Köln: Ausgabe 10/2007 vom 13.12.2007.
- Lundin, Susanne (1999): „The boundless body: Cultural Perspectives on Xenotransplantation“. In: *Ethnos*, 64 (1), 5-31.
- Lupton, Deborah (1995 [1994]): *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western society*. London: Sage.
- Lutz, Ulrike/ Petra Kolip (2006): *Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Bd. 42, hrsg. Gmünder Ersatzkasse. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Martin, Emily (1994): *Flexible Bodies. The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Ages of AIDS*. Boston: Beacon Press.
- (1998): „Die neue Kultur der Gesundheit. Soziale Geschlechtsidentität und das Immunsystem in Amerika“. In: Sarasin, Philipp / Tanner, Jakob (Hg.): *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 508-525.
- Maasen, Sabine/ Mario Kaiser (2005): Vertrauen ist gut. Verantwortung ist besser. Wissenschaft und Politik in der Vertrauenskrise. Weiter mit Verantwortung. In: Rehmann-Sutter, Christoph/ Jackie Leach Scully/ Rouven Porz/ Markus Zimmermann-Aklin (Hg.): *Gekauftes Gewissen - die Rolle der Bioethik in Institutionen*. Paderborn: Mentis-Verlag.
- Maasen, Sabine/ Peter Weingart (Hg.) (2005): *Democratization of Expertise? Exploring Novel Forms of Scientific Advice in Political Decision-Making: The 2003 Yearbook of the Sociology of the Sciences*. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher.
- Mauss, Marcel (1990 [1968]): *Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Mechanic, David (1962): „The concept of illness behaviour“. In: *Journal of chronic disease*, 15, 189-194.
- Merleau-Ponty, Maurice (1966 [1945]): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Mohr, Hans (1996) *Das Expertendilemma*. In : Heinz-Ulrich Nennen/ D. Garbe (Hg.) : *Das Expertendilemma. Zur Rolle wissenschaftlicher Gutachter in der öffentlichen Meinungsbildung*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Moulin, Anne Marie (1991): *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*. Paris: Presses Universitaires d France.
- Müller-Nienstedt, Hans-Rudolf (1996): *Geliehenes Leben. Tagebuch einer Transplantation*. Zürich/Düsseldorf: Walter.
- Muthny, F.A./ C. Wesslau/ H. Smit (2003): Organspende-bezogene Entscheidungsprozesse der Angehörigen nach plötzlichem Hirntod. *Transplantationsmedizin* 2003, 15. Jhg.: 1-6.
- Muthny, F.A./ H. Smit/ M. Molzahn (2004): Das Gespräch mit den Angehörigen plötzlich Verstorbenen und die Bitte um Organspende. *Intensivmedizin* 41:255-262.
- Muthny, F.A./ G. Kirste/ H. Smit/ S. Wiedebusch (2006): Mögliche Einflussfaktoren auf die postmortale Organspende – Worin unterscheiden sich zustimmende von ablehnenden Angehörigen? *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 2006;47:496-504.
- Nancy, Jean-Luc (2000): *Der Eindringling. Das fremde Herz*. Berlin: Merve.
- Nationaler Ethikrat (2007): *Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland*. Stellungnahme. Berlin, 24. April 2007.
- Nave-Herz, Rosemarie/ Corinna Onnen-Isemann/ Ursula Oßwald (1996): *Die hochtechnisierte Reproduktionsmedizin: strukturelle Ursachen ihrer Verbreitung und Anwendungsinteressen der beteiligten Akteure*. Bielefeld: Kleine.
- Neidhardt, Friedhelm/ Renate Mayntz/ Peter Weingart/ Ulrich Wengenroth (Hg.) (2008): *Wissensproduktion und Wissenstransfer – Wissen im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit*. Bielefeld: transcript-Verlag.

- Neue Zürcher Zeitung (2003): Patient lernt nach Zungentransplantation sprechen. *Neue Zürcher Zeitung*, vom 22.08.2003.
- Nickel, Lars Christoph (1999): *Die Entnahme von Organen und Geweben bei Verstorbenen zum Zweck der Transplantation nach dem Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 unter Berücksichtigung der nationalen Regelungen der anderen europäischen Staaten*. Dissertation. Bonn.
- Nowotny, Helga/ Peter Scott/ Michael Gibbons (2004 [2001]): *Wissenschaft neu denken. Wissen und Öffentlichkeit in einem Zeitalter der Ungewissheit* (übersetzt von Uwe Opolka). Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Obrecht, Sybille (1996): *Fremdkörper. Die Darstellung der ersten Herztransplantation in der schweizerischen Boulevardpresse und den Illustrierten: Vermittlung von Inhalten und Bedeutungen*. Lizentiatsarbeit. Basel, unveröffentlicht.
- Onnen-Isemann, Corinna (2000): Ungewollte Kinderlosigkeit und die Auswirkungen der Reproduktionsmedizin: Der Fall Deutschland. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [On-line journal] 1(1)*. <http://qualitative-research.net/fqs; 15/05/05>.
- Orland, Barbara (2001): Spuren einer Entdeckung. (Re-)Konstruktionen der Unfruchtbarkeit im Zeitalter der Fortpflanzungsmedizin. In: *Gesnerus – Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, vol. 58,1:5-29.
- (2003): Werkstatt der Fortpflanzung. Zur Geschichte der Zeugungstechniken. In: Ewald Konecny/ Volker Roelcke/ Burghard Weiss (Hg.) *Medizintechnik im 20. Jahrhundert. Mechanik, Elektrotechnik, Informationssysteme*. S. 125-139. Berlin/Offenbach: VDE Verlag.
- Orbitg, Gemma/ Carles Salazar 2005: The gift of motherhood: egg donation in a Barcelona infertility clinic. *Ethnos* 70,1:31-52.
- Parsons, Talcott (1964): „Das Verwandtschaftssystem in den Vereinigten Staaten“. In: Ders.: *Beiträge zur Soziologischen Theorie*. Berlin und Neuwied: Luchterhand, 84-108.
- Pearsall, Paul (1998): *The heart's code. The true stories of organ transplant patients – and what they reveal about where we store our memories*. New York/London: Broadway Books.
- Peters, Linde (1993): *Reprotopia: die neuen Fortpflanzungstechnologien; Machbarkeitswahn und Frauenverachtung*. Köln: ISP-Verlag.
- Petersen, Imme (2000): *Konzepte und Bedeutung von ‚Verwandtschaft‘. Eine ethnologische Analyse der Parlamentsdebatten zum bundesdeutschen Embryonenschutzgesetz*. Herbolzheim: Centaurus-Verlag.
- (2002): *Grenzkonflikte um Person und Leben. Kulturelle Wissensstrukturen in den Parlamentsdebatten zum Embryonenschutzgesetz und Transplantationsgesetz*. Dissertation. Göttingen.
- (2007) Schenk mir Dein Herz! In: *Gen-ethischer Informationsdienst (GID)* 182, 13-16.
- Petersen, Peter (1985): *Retortenbefruchtung und Verantwortung: anthropologische, ethische und medizinische Aspekte neuerer Fortpflanzungstechnologien*. Stuttgart: Urachhaus.
- Pschyrembel, Willibald (1993): *Medizinisches Wörterbuch: Sonderausgabe Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. , 257., neu bearb. Auflage. Hamburg: de Gruyter.
- Rach, Simone (2004): Auf der anderen Seite. In: *Die Schwester* 3/2004, 14-15.
- Raymond, Janice G. (1995 [1994]): „Mütterliche Umfelder und Ejakulationsväter. Neue Definitionen von Mutterschaft und Vaterschaft“. In: Dies.: *Die Fortpflanzungsmafia*. München: Verlag Frauenoffensive, 71-124.
- (1997): „Organ trade and the North-South problem“. In: Sybille Fritsch-Oppermann (Hg.): *Organtransplantation und kulturelle Unterschiede*. Loccum Protokolle 61/96, Loccum: Evangelische Akademie Loccum, 111-124.
- Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages [SdRA]
11/73: *Stenographisches Protokoll der 73. Sitzung vom 09.03.1990, öffentliche Anhörung*.
- Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Zweite Novellierung (1998). In: *Deutsches Ärzteblatt*, 95 (49), A-3166-3171.
- Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes (1998): Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß des Transplantationsgesetzes (TPG). In: *Deutsches Ärzteblatt*, 95 (30), C-1381-1388.
- Richtlinien zur Organtransplantation gemäß § 16 Transplantationsgesetz (2000). In: *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (7), A-396-411.
- Richardt, Nicole (2003). A Comparative Analysis of the Embryological Research Debate in Great Britain and Germany. In: *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 10:86-128.
- Rieder, Anita/ Brigitte Lohff (Hg.) (2004): *Gendermedizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. Wien / New York: Springer.

- Robert-Koch-Institut (2003): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 17. Organtransplantation und Organspende. Berlin: Robert Koch Institut.
- Rothman, David/ E. Rose / T. Awaya / B. Cohen / A. Daar / S.L. Dzemeshkevich/ C. J. Lee/ R. Munro/ H. Reyes / S. M. Rothman/ K.F. Schoen / N. Scheper-Hughes/ Z. Shapira/ H. Smit (1997): The Bellagio Task Force Report on Transplantation, Bodily Integrity, and the International Traffic in Organs, in: *Transplantation Proceedings* 29, 2739-2745.
- Saalahudeen, A. K. et al (1990): High Mortality among Recipients of Bought Living-Unrelated Kidneys. In: *The Lancet* 336 (8717), 725-728.
- Sahlins, Marshall (1996 [1978]): „On the Sociology of Primitive Exchange“. In: Komter, Aafke (Hg.): *The Gift. An Interdisciplinary Perspective*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 26-38.
- Sandelowski, Margarete/Sheryl de Lacey 2002: The uses of a „disease“. Infertility as rhetorical vehicle. In: Inhorn, Marcia C. and Frank van Balen (eds.) *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*, pp. 33-51. Berkeley/ Los Angeles/ London: The University of California Press.
- Schachtschneider, Karl-Albrecht/ Dagmar Siebold (1999): „Verfassungsbeschwerde gegen das Transplantationsgesetz“. In: Richard Fuchs/ Karl-Albrecht Schachtschneider (Hg.): *Spenden, was uns nicht gehört: das Transplantationsgesetz und die Verfassungsklage*. Hamburg: Rotbuch-Verlag, 151-193.
- Schellong, Sebastian M. (1990): *Künstliche Beatmung. Strukturgeschichte eines ethischen Dilemmas*. Stuttgart: Fischer.
- (2001): Die künstliche Beatmung und die Entstehung des Hirntodkonzepts. In: Thomas Schlich/ Claudia Wiesemann (Hg.): *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Scheper-Hughes, Nancy (2000): „The global traffic in human organs“. In: *Current Anthropology*, 41 (2), 191-224.
- (2001): Commodity Fetishism in Organs Trafficking, in: *Body & Society* 7, 31-62.
- (2005): The Last Commodity: Post-Human Ethics and the Global Traffic in „Fresh“ Organs, in: Aihwa Ong/ Stephen J. Collier (Hg.): *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Malden/Oxford/Carlton: Blackwell, 145-167.
- Schick, Rupert / Wolfgang Zeh (1999): *So arbeitet der Deutsche Bundestag. Organisation und Arbeitsweise. Die Gesetzgebung des Bundes*, Rheinbreitbach: Neue Darmstädter Verlagsanstalt.
- Schild, Wolfgang (1998): „Verstümmelungen des menschlichen Körpers. Zur Bedeutung der Glieder und Organe des Menschen. In: Dülmen, Richard van (Hg.): *Erfindung des Menschen: Schöpfungsträume und Körperbilder 1500 – 2000*. Wien u.a. 261-281.
- Schirren, Carl/ Gerhard Bettendorf/ Freimut A. Leidenberger/ Viola Frick-Bruder (1989): *Unerfüllter Kinderwunsch. Leitfaden für Diagnostik, Beratung und Therapie in der Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Schlake, Hans-Peter/ Klaus Roosen (2001): *Der Hirntod als der Tod des Menschen*. Würzburg: Deutsche Stiftung für Organtransplantation.
- Schlich, Thomas (1998): „Wissenschaft. Die Herstellung medizinischer Fakten als Thema der Geschichtsforschung. In: Norbert Paul/ Thomas Schlich (Hg.): *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt a. M./New York: Campus, 107-129.
- (2001) Tod, Geschichte, Kultur. In: Thomas Schlich/ Claudia Wiesemann (Hg.): *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 9-42.
- Schlosser, Horst Dieter (1998): „Der sprachlich befangene Bundestag. Zur Debatte über das Transplantationsgesetz am 15. Juni 1997“. In: Ders. (Hg.): *Mit Hippokrates zur Organgewinnung? Medizinische Ethik und Sprache*. Frankfurt a. M.: Lang, 265-274.
- Schmitt, Annika (2000): *Geteilte Mutterschaft. Eine ethnologische Studie über Herkunftsmütter in Deutschland. Magister-Arbeit*. Göttingen, unveröffentlicht.
- Schmitz, Hermann (1965): *System der Philosophie*. Bd. 2, Teil 1. Der Leib. Bonn: H. Bouvier u. Co.
- Schneider, David M. (1980 [1968]): *American Kinship. A Cultural Account*. Chicago: University of Chicago Press.
- (1984): *A Critique of the Study of Kinship*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Schneider, Ingrid (1995): *Föten. Der neue medizinische Rohstoff*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schneider, Werner (1999): „So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!“ *Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland*. Münster: Lit.
- Schröder, Iris (2002): *Die kulturelle Konstruktion von Verwandtschaft unter den Bedingungen der Reproduktionstechnologie in Deutschland*. Göttingen: Göttinger Hochschulschrift.
- Seibel, Karl-Friedrich (1995): *Gespendetes Leben. Die Geschichte einer Organtransplantation*. Wuppertal/ Zürich: Brockhaus.

- Seibert, Helga (1986): „Verfassungsrecht und Befruchtungskliniken“. In: Monika Lanz-Zumstein (Hg.): Embryonenschutz und Befruchtungstechnik. Seminarbericht und Stellungnahmen aus der Arbeitsgruppe Gentechnologie des Deutschen Juristinnenbundes. In *Gentechnologie: Chancen und Risiken*, Band 9, München, 62-79.
- Siegel, Karl-Eugen (1994): *Wir durften nicht aufgeben! Ein Vater schildert die letzten Monate der Schwangerschaft seiner hirntoten Frau und die Geburt seines Sohnes*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Siegmund-Schultze, Nicola (2005): Wegen des Organmangels werden immer mehr Organe auch von intoxikierten Spendern akzeptiert. In: *Ärzte Zeitung*, 25 vom 02. 2005.
- (2007): Irritationen bei Organtransplantationen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 39 vom 28.09.2007.
- Simpson, Bob (2001): Making ‚bad‘ deaths ‚good‘. The kinship consequences of posthumous conception. *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 1,7:1-18.
- Slapak, Maurice (1998): „President’s message“. In: *Journal of the World Transplant Games Federation*, November 1998,1.
- Stapenhorst, Kurd (1999): *Unliebsame Betrachtungen zur Transplantationsmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1995): *Im Blickpunkt: Familie heute*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Tabellen Eheschließungen Scheidungen*, Stand 31.08.07.
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/EheschliesungenScheidungen/Tabellen/Content50/Eheschlie_C3_9FungenScheidungen.templateId=renderPrint.psmml., abgerufen am 03.06.08
- *Pressemitteilung Nr. 442* vom 07.11.2007
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/11/PD07_442_12631.templateId=renderPrint.psmml, abgerufen 03.06.08).
- Stein, Wiebke/ Elke Sproll (1995): *Vom unwiderstehlichen Drang, Mutter zu werden. Mutterglück aus der Retorte?* Pfaffenweiler: Centaurus.
- Strathern, Marilyn 1992: *Reproducing the future. Anthropology, kinship, and the new reproductive technologies*. New York: Routledge.
- (1995a): „Displacing Knowledge: Technology and the Consequences for Kinship“. In: Faye D. Ginsburg/ Rayna Rapp (Hg.): *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkely: University of California Press, 346-363.
- (1997): „Partners and Consumers: Making Relations Visible“. In: Alan D. Schrift (Hg.): *The Logic of the Gift. Toward an Ethic of Generosity*. New York: Routledge, 292-311.
- Strech, Daniel (2003): *Analyse und Kritik der medizin-ethischen Diskussion zur Präimplantationsdiagnostik*. Dissertation. Düsseldorf. <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=971438145>
- Striebel, Hans Walter/Jürgen Link (Hg.) (1991): *Ich pflege Tote – Die andere Seite der Transplantationsmedizin*. Basel: RECOM-Verlag.
- Süddeutsche Zeitung (1999): *Wie viele Nieren fürs Volk? Prof. Dr. Walter Land, Münchner Transplantationsmediziner, über eine Akademie, die sich mit ethischen Fragen der Organverpflanzung befasst* vom 12.10.1999.
- Süddeutsche Zeitung (2007): *64-Jährige und Baby können bald Klinik verlassen* vom 3.12.2007
- Sudnow, David (1973 [1967]): *Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Sylvia, Claire/ W. Novak (1998): *Herzensfremd. Wie ein Spenderherz mein Selbst veränderte*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Tauber, Alfred (ed.) (1991): *Organism and the Origins of Self*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Tauber, Alfred (1997 [1994]): *The Immune Self. Theory or Metaphor?* Cambridge: Cambridge University Press.
- Taupitz, Jochen (2003): Aufsätze - Richtlinien in der Transplantationsmedizin. *Neue Juristische Wochenschrift*, Bd. 56 (2003), 16,: 1145-1149.
- Tenhaef, Rainer (1992): *Öffentliche Anhörungen der Fachausschüsse des Deutschen Bundestages im parlamentarischen Entscheidungsprozeß bis zur 10. Wahlperiode*. Dissertation. Bonn.
- Thiel, G.T./ C. Note/ D. Tsinalis (2005): Gender Imbalance in Living Kidney Donation in Switzerland. *Transplantation Proceedings*, 37, 592-594.
- Turner, Victor (1969): *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. London/New York: Routledge.
- Ulrich, Dagmar/ Bernhard Strauß/ Heinz-Günther Bohnet (1988): „Psychosomatische Aspekte von Fertilitätsstörungen“. In: Hertha Appelt/ Bernhard Strauß (Hg.): *Psychoendokrinologische Gynäkologie*. Stuttgart: Enke, 172-198.
- Van Gennep, Arnold (1986 [1909]): *Übergangsriten*. Frankfurt a. M.: Campus.

- Varela, Francisco J. (1991): „Der Körper denkt. Das Immunsystem und der Prozess der Körper-Individuierung“. In: Gumbrecht, Hans Ulrich/ K. Ludwig Pfeiffer (Hg.): *Paradoxien, Dissonanzen, Zusammenbrüche: Situationen offener Epistemologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 727-743.
- Wehling, Peter (2001): Jenseits des Wissens? Wissenschaftliches Nichtwissen aus soziologischer Perspektive. In: *Zeitschrift für Soziologie* 30, 465-484.
- (2007): Die Politisierung des Nichtwissens: Verbote einer reflexiven Wissensgesellschaft? In: S. Ammon /C. Heineke/ K. Selbmann/ A. Hintz (Hg.): *Wissen in Bewegung. Vielfalt und Hegemonie in der Wissensgesellschaft*, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 221-240.
- Weingart, Peter (2001): *Die Stunde der Wahrheit. Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik, Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Wellendorf, Elisabeth (1993): *Mit dem Herzen eines anderen leben? Die seelischen Folgen der Organtransplantation*. Zürich: Kreuz-Verlag.
- Westerhoff, Nikolas (2007): Mit dem Herzen eines Fischers. Leben mit einem fremden Organ. *Süddeutsche Zeitung* vom 18. 11.2007.
- Weston, Kath (1991): *Families we choose*. New York: Columbia University Press.
- Wiebel-Fanderl, Oliva (1997): „Kulturschock Herztransplantation“. In: *BIOS*, 10 (1), 1-16.
- (2003): *Herztransplantation als erzählte Erfahrung: der Mensch zwischen kulturellen Traditionen und medizinisch-technischem Fortschritt*. Münster u.a.: Lit.
 - Wiesemann, Claudia (2002): Wie kann über den Embryo in einer lebensweltlichen Weise gesprochen werden? In: Sigrid Graumann/ Ingrid Schneider (Hg.): *Verkörperter Technik – entkörperter Frau. Biopolitik und Gesellschaft*, S. 141-151. Reihe Politik der Geschlechterverhältnisse, Bd. 22. Frankfurt a.M.: Campus.
- Wiesing, Urban (1999 [1997]): „Werden Spenderorgane nach medizinischen oder ethischen Kriterien verteilt?“ In: Johann S. Ach/ Michael Quante (Hg.): *Hirntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin*. Stuttgart/Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 227-245.
- Winter, Merve/ Oliver Decker (2006): Gender-Aspekte in der SpenderIn-EmpfängerInbeziehung bei Lebendorganspende. In: Alexandra Manzei/ Werner Schneider (Hg.): *Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und Gesellschaftliche Praxis*. Münster: Lit, 225-247.
- Zbarski, Ilya (1999): *Lenin und andere Leichen. Mein Leben im Schatten des Mausoleums*. Stuttgart: KlettCotta.
- Zeller-Steinbrich, Gisela (1995): *Wenn Paare ohne Kinder bleiben. Seelische Entwicklungen – neue Perspektiven*. Freiburg i. B.: DroemerschVerlag.

Webforen und Internetseiten:

Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen

Ungewollte Kinderlosigkeit als primärärztliches Beratungsproblem. Handlungsempfehlungen für Hausärzte. Reproduktionsmedizinische Techniken

www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/Kinderwunsch/Kinderwunsch.htm; 28.09.2005;

– *Ungewollte Kinderlosigkeit als primärärztliches Beratungsproblem. Handlungsempfehlungen für Hausärzte. Erfolgchancen.*,

www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/kinderwunsch/kinderwunsch.htm Erfolgchancen: 29.04.08 und 02.06.08

Deutsches IVF-Register,

Jahrbuch 2003, http://www.meb.uni-bonn.de/frauen/DIR_downloads/dirjahrbuch2003.pdf

Jahrbuch 2005, http://www.meb.uni-bonn.de/frauen/DIR_downloads/dirjahrbuch2005.pdf

Deutsche Stiftung Organtransplantation Unterrichtsmaterialien

Unterrichtsmaterialien zum Thema Organspende und Transplantation

„Die Welt mit anderem Herzen sehen“,

http://www.dso.de/infomaterial/unterrichtsmaterialien/pdf/DSO_LLIF_web.pdf

„Ich hab mein Herz verschenkt“,

http://www.dso.de/infomaterial/unterrichtsmaterialien/pdf/DSO_SLF_web.pdf

Die Kinderwunsch-Seite

www.wunschkind.de, abgerufen am 08.07.08

Eurotransplant

<http://www.eurotransplant.nl>

Fertility Center Berlin

www.fertilitycenterberlin.de/kinderwunsch_kosten.php

Initiative ganzheitlicher Kinderwunsch

http://www.kinderwunsch-ganzheitlich.de/de/main/kinderwunsch_und_schulmedizin.htm, 02.06.08

„Junge Helden- leben weitergeben“

(<http://www.junge-helden.org>)

Kinderwunsch-Klinik Universität München

http://www.kinderwunsch-uni-muenchen.de/pdf/kiwu_de.pdf

Kinderwunschzentrum Mönchengladbach

<http://www.kindwunsch.de>

Kinderwunschzentrum Frankfurt/M. Abteilung Reproduktionsmedizin

Frauenklinik im Krankenhaus Nordwest 2008, http://www.krankenhaus-nordwest.de/nwk/kliniken/frauenklinik/kinderwunsch_reproduktionsmedizin.htm, 08.06.08

Medizininfo Gynäkologie

Unfruchtbarkeit der Frau – Ursachen der Unfruchtbarkeit, www.medizininfo.de, 28.09.2005

Zu den Autorinnen

Brigitta Hauser Schäublin, Professorin für Ethnologie an der Universität Göttingen (seit 1992). Studium der Ethnologie, Soziologie und Volkskunde in Basel und München. Promotion 1975 und Habilitation 1985 in Basel.

Gastprofessuren an der Columbia University, New York (1993), der New School for Social Research, New York (1994), und am Dartmouth College (New Hampshire, 1996) und an der École des Hautes Études en Sciences Sociales in Paris (2006).

Forschungsprojekte in Papua-Neuguinea (1972-1985), Indonesien (vor allem Bali), 1988-1994 in Südbali, seit 1997 in Nordbali. Forschungsprojekt zum kulturellen Umgang mit Humantechnologien in Deutschland (1996-2002; gemeinsam mit V. Kalitzkus, I. Petersen und I Schröder).

Thematische Schwerpunkte: Ethnologie des Raumes und der politischen Raumorganisation, *gender*, Ethnologie des Körpers.

Vera Kalitzkus, Dr. disc. pol. (geb. 1968), Studium der Ethnologie, Religionswissenschaft, Interkulturellen Didaktik (Universität Göttingen, University of California, Santa Barbara, USA); Promotion im Rahmen des Forschungsprojektes über „Organtransplantation im Erleben direkt Betroffener“ (2002). Seither zahlreiche Publikationen und Vorträge zum Thema Organtransplantation, u.a. Teilnahme als Sachverständige an der Öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ zum Thema „Organisation der postmortalen Organspende in Deutschland“ (14.03.05), Deutscher Bundestag, Berlin. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Medizintheorie und Komplementärmedizin, Universität Witten/Herdecke. Themenschwerpunkte: Biographie und Krankheit; Narrative Based Medicine; Salutogenese; Kulturelle Konzeptionen von Körper, Selbst und Tod; Arzt-Patienten-Kommunikation.

Imme Petersen, Dr. disc. pol. (geb. 1971), Studium der Ethnologie, Rechtswissenschaft, Geographie (Universität Göttingen, Universität Hamburg, Université Libre, Brüssel, Belgien, University of California, San Diego, USA). Promotion im Rahmen des Forschungsprojektes über „kulturelle Konzeptionen von Person am Lebensanfang und -ende“. Volontariat zur Fachzeitschriften-Journalistin, Redakteurin für das Ressort „Wissenschaft und Medizin“. Zurzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt (FSP BIOGUM), Forschungsgruppe Technologiefolgenabschätzung der modernen Biotechnologie in Medizin und Neurowissenschaften, Universität Hamburg. Themenschwerpunkte: Kulturelle und ethische Bewertungen biomedizinischer und genetischer Forschung, kulturelle Wissensproduktion bei biotechnologischen Innovationen, politische und öffentliche Meinungsbildungsprozesse im Kontext von biomedizinischer und genetischer Forschung, wissenschaftsbezogene Medienrezeption im politischen Kontext.

