GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

An den Grenzen des Lebens : Die anatomische Konzeption vom "Körper-Menschen" und Tabubrüche in der Transplantationsmedizin

Bergmann, Anna

2005

https://doi.org/10.25595/886

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bergmann, Anna: *An den Grenzen des Lebens : Die anatomische Konzeption vom "Körper-Menschen" und Tabubrüche in der Transplantationsmedizin*, in: Die Philosophin : Forum für feministische Theorie und Philosophie, Jg. 16 (2005) Nr: 31, 55-68. DOI: https://doi.org/10.25595/886.

Diese Publikation wird zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Philosophy Documentation Center.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.5840/philosophin200516317

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Anna Bergmann

An den Grenzen des Lebens: Die anatomische Konzeption vom „Körper-Menschen“ und Tabubrüche in der Transplantationsmedizin

Kürzlich würdigte der Biochemiker Friedrich Kramer die auf der cartesianischen Doktrin beruhende Methode, ein Problem in viele Einzelteile zu zerlegen, um es schließlich in seiner Komplexität besser verstehen zu können – vorausgesetzt, es lasse sich fragmentieren, ohne seine wesentlichen Eigenschaften damit zu zerstören. Die einzelnen Mosaiksteinchen müssten sich dann in ein heiles Ganzes wieder zusammenfügen können. Diese Erkenntnisweise habe sich vor allem in der Physik bewährt – angefangen von Newton bis hin zur Quantenphysik. Regelrecht falsch werde diese Methode allerdings, wenn wir uns dem Lebendigen zuwenden: „Denn wenn man Lebendiges zerlegt, tötet man es; man kann dann am Toten zwar noch Anatomie treiben, aber das Leben kann man nicht mehr studieren. Die Grundvoraussetzungen für eine wissenschaftliche Biologie oder Medizin stimmen einfach nicht mehr.“[1]

Die Organverpflanzung wurde auf Grundlage des anatomischen Erkenntnisstils seit Mitte des 19. Jahrhunderts zu einer Heilmethode entwickelt – hinsichtlich ihrer Methodologie stellt sie genau eine solche Zerlegung des Lebendigen dar. Mehr noch: die Transplantationsmedizin zerteilt den Leib von „Hirntoten“ wie von Organempfängern, schneidet Teile aus dem Körper des als Leichnam definierten Patienten heraus und fügt diese in den Leib anderer todkranker Menschen wieder ein. Und das Sterben sowie der Augenblick des Todeseintritts sind in der Hirntoddefinition als Vorbedingung für eine Transplantation von Organen sogenannter Leichenspender einer Anatomie unterworfen [spätlatein. *anatomia*, ‚das Aufschneiden, Zergliedern (von Körpern)‘]. Dies hat zur Folge, dass durch die Zerlegung des Sterbeprozesses der Tote selbst die ihm bisher zugeschriebenen wesentlichen Eigenschaften verloren hat: Stillstand von Atmung und Herzschlag, Bewegungslosigkeit, Leichenblässe, Verwesung, Totenstarre und -flecken sind seit der Einführung der Hirntodkriterien keine zwingenden Todeszeichen mehr. Das Herz von Hirn-

[1] Friedrich Cramer, „Gibt es eine wissenschaftliche Welterklärung?“, in: *Universitas* 631, 54. Jg. Pforzheim 1999, S. 18.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

toten schlägt, ihre Lungen atmen mit technischer Hilfe, sie verdauen und scheiden aus. Von ihrer Erscheinung her sind sie von anderen sich im Koma befindenden lebendigen Patienten nicht zu unterscheiden.[2]

Im folgenden möchte ich die Anatomie als die Grundlagenwissenschaft der modernen Medizin in ihrer anthropologischen Tragweite grob skizzieren und anschließend die kulturanthropologisch begründeten Konflikte thematisieren, die aus der Kollision der Transplantationsmedizin mit Sterberitualen und Regeln des Totenkults entstehen.

Anatomie als Anthropologie – die Vesalische Revolution im 16. Jahrhundert

Unter dem Postulat der Sichtbarkeit erfolgte im 16. Jahrhundert die Begründung der modernen Medizin durch die Einführung der Leichensektion, die in Europa bis zum 18. Jahrhundert beinahe ausschließlich an Körpern von Hingerichteten vorgenommen wurde.[3] Die Anatomie beinhaltete nicht nur eine neue Methode der Naturerkenntnis, vielmehr ging mit ihrer Durchsetzung auch eine Verabschiedung des dem magischen Denken zugrunde liegenden Naturverhältnisses – die Vorstellung von einer untrennbaren kosmologischen Eingebundenheit des Menschen – einher. Die Wortableitung von „Magie" (ahd. *magan*: „können, vermögen" „gern haben") schlüsselt das im magischen

[2] Voraussetzung für die Entwicklung der neuen Todesdefinition war die Einführung der Herz-Lungen-Maschine in die Intensivmedizin während der fünfziger Jahre des 20. Jahrhunderts. Hier stellte sich das Problem, ab welchem Zeitpunkt bei bestimmten Komapatienten therapeutische Bemühungen zu beenden seien. Diese Überlegung war weit entfernt von der ethisch prekären Überlegung, ob hirnsterbende Komapatienten als medizinisch definierte „Tote" für die Therapie anderer Patienten verwendet werden dürfen. Pierre Mollaret und Maurice Goulon vom Claude-Bernard-Hopitâl in Paris wurden für den Beginn dieser Diskussion maßgebend. Sie teilten Komapatienten in vier Kategorien ein und beschrieben das tiefste Komastadium als „coma dépassé". Sie betonten die Prozesshaftigkeit des Hirnsterbens allein durch die Wahl der Begrifflichkeit: „‚Coma dépassé' hat die Bedeutung von einem „Zustand dazwischen, nachdem das Koma vorbei ist; überschrittenes Koma". Von einem „Hirntod" ist in dieser Schrift keine Rede. Mollaret und Goulon lehnten es auch ab, die medizinische Behandlung bei „Coma-Dépassé"-Patienten zu beenden. Vgl. Pierre Mollaret, Maurice Goulon, „Le Coma Dépassé", in: *Revue Neurologique* 1, 101. Jg., Paris 1959, S. 14; vgl. ausführlich: Gesa Lindemann, *Beunruhigende Sicherheiten. Zur Genese des Hirntodkonzepts*, Konstanz 2003, S. 75 ff.

[3] Vgl. genauer Anna Bergmann, *Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod*, Berlin 2004, S. 117 ff.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

Denken verwurzelte Naturverhältnis genauer auf und verweist auf das Prinzip des Verbundenseins sowie auf ein sympathetisches Beziehungssystem, das sich vor allem durch Analogiebildungen herstellt. So wurde der menschliche Leib als Mikrokosmos angesehen, der analog zum Makrokosmos aus den die ganze Welt konstituierenden vier Elementen – Wasser, Erde, Feuer, Luft – bestünde. Dem Wasser entsprach der Schleim, der Luft das Blut, dem Feuer die gelbe Galle und der Erde die schwarze Galle (Sitz in der Milz). Prinzipien der Verbundenheit und Belebtheit der sichtbaren wie unsichtbaren Welt gelten als die herausragenden Merkmale des animistisch-magischen Denkens, das gleichermaßen ein dualistisches und in Hierarchien aufgebautes Weltbild ausschließt.[4]

Dagegen beinhaltete die Vorstellung vom menschlichen Leib als ein in einzelne Organe fragmentierbares Gebilde, das von der Renaissance-Medizin im 16. Jahrhundert durch die Leichenzergliederung entwickelt wurde, ein fundamental anderes Welt- und Menschenbild, nicht zuletzt, weil das sympathetische Prinzip aufgekündigt wurde. Die Anatomie konstituierte einen auseinandernehmbaren, nach mechanistischen Gesetzen wieder zusammensetzbaren, von der Umwelt und vom Kosmos abgeschnittenen autonomen Körper. Anatomie im Sinne einer neuen Lehre vom „Körper-Menschen“[5] ist, wie Marielene Putscher betont, „*damit auch eine Anthropologie*“.[6] Dieser anthropologischen Dimension entsprechend war es auch ein Anatom, Magnus Hundt (1449–1519), der 1501 mit seinem anatomisch-physiologisch ausgerichteten Werk „Antropologium“ den Begriff „Anthropologie“ in die Renaissance-Wissenschaft einführte.[7]

Den methodologischen Schlüssel für die Genese dieses anthropologischen Konzepts und die Erforschung des Lebendigen stellt bis heute die Anatomie dar. Selbst die Selektionsmethoden der Humangenetik, wie z. B. die Prä-

[4] Wie Esther Fischer-Homberger darauf hinweist, bedient sich auch die Psychoanalyse in gewisser Weise des analogischen Denkens durch die Technik der freien Assoziation. Vgl. Esther Fischer-Homberger, *Hunger – Herz – Schmerz – Geschlecht. Brüche und Fugen im Bild von Leib und Seele*, Bern 1997, S. 168.

[5] Michel Foucault, „Leben machen und sterben lassen. Die Geburt des Rassismus.“ Vorlesung, gehalten im März 1976 am Collège de France, abgedr. und übers. in: Sebastian Reinfeldt, Richard Schwarz (Hg.): *Bio-Macht. Biopolitische Konzepte der neuen Rechten*, Duisburg 1993, S. 27–50.

[6] Marielene Putscher, „Andreas Vesalius (1514–1564)“, in: Dietrich von Engelhardt, Fritz Hartmann (Hg.), *Klassiker der Medizin 1*, München 1991, S. 117 (Hervorhebung A. B.).

[7] Vgl. Udo Benzendörfer, *Psychiatrie und Anthropologie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Hürtgenwald 1993, S. 18.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

implantationsdiagnostik, aber auch das Klonen, die Reproduktions- oder Organtransplantationsmedizin basieren auf der *chirurgischen Zergliederung* vom lebendigen und toten Leib und versuchen, durch die anschließende Neuzusammensetzung von tierischen sowie menschlichen Genen, Zellen, Embryonen und Organen am Objekt des Körpers Erkenntnis, Heilung und „Optimierung" von Leben zu erreichen. Zu Recht bezog sich daher 1997 der Gentechnologe Hans Günter Gassen in seinem Artikel „Gene und Genome" auf den Renaissance-Anatomen Andreas Vesal (1514/15–1564) und datierte den Beginn „der Erforschung des Human-Genoms"[8] auf das Jahr 1543, weil hier das von Vesal verfasste anatomische Lehrbuch *De humani corporis fabrica libri septum (Sieben Bücher vom Bau des menschlichen Körpers)* erschien. Vesal begründete mit diesem Werk die neuzeitliche abendländische Medizin, denn er war der erste Anatom, der das anatomische Kardinalwerkzeug – das Seziermesser – selbst in die Hand nahm, menschliche Leichen sowie Tiere bei lebendigem Leibe zergliederte, dabei forschte und seine Beobachtungen in der *Fabrica* systematisch zusammenfasste. Die Durchsetzung des anatomischen Paradigmas wird daher auch als *Vesalische Revolution* gekennzeichnet.

Ein Jahrhundert später war es René Descartes (1596–1650), der einen geschlossenen Entwurf der mechanistischen Naturauffassung vorlegte. Auch er war ein passionierter Anatom. Mit Ausnahme des Menschen erklärte er alle Lebewesen zu seelenlosen Automaten und formulierte einen radikalen Leib-Seele-Dualismus. In seiner Abhandlung *Über den Menschen* beschrieb er 1632 den Menschen als eine unter der Direktive seines Geistes stehende Gliedermaschine. Muskelbewegungen, Tasten, Schmecken, Hören, Riechen, Sehen, Hunger und Durst, Gemütszustände, Wachen und Schlafen definierte Descartes als mechanische Prozesse. Dem im menschlichen Gehirn verorteten Geist setzte er hierarchisch einen entseelten Körper entgegen. Vorbedingung für diesen Dualismus war die anatomische Darstellung des menschlichen Leibes als Leichnam. Einzig aus seiner Dekomposition entstand das aus dem Tod geborene Modell des Lebens. Die Anatomie näherte sich somit dem Homo sapiens als Lebewesen nur noch in seiner materialen Dimension als „Körper-Menschen" – als willfährige Leiche.

[8] Hans Günter Gassen, „Gene und Genome: das Vierbuchstabenspiel", in: *Spektrum der Wissenschaft*. Sondernummer: Gene und Genome, Heidelberg 1997, S. 7.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

Die Vorverlegung des Todeszeitpunkts durch die Hirntodvereinbarung

Einen Höhepunkt der vom Tode gezeichneten anatomisch-mechanistischen Anthropologie bildet die vom Hirntodkonzept abhängige Praxis der Transplantationsmedizin seit den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts. Auch auf der Methode der Körperzergliederung beruhend, setzt diese Therapieform die Logik der cartesianischen Körpermaschine hinsichtlich des Sterbeprozesses weiter fort. Denn als Sitz der Person und daraus folgernd auch ihres Todes trennt das Hirntodkonzept *per definitionem* das Gehirn ab vom Sterben des so verstandenen „noch überlebenden übrigen Körpers“[9], der in dieser Teilung als weiterhin lebendig gilt. Mitunter kennzeichnen Transplantationsmediziner einen hirntoten Patienten ontologisch auch als „human vegetable“[10], „Restkörper“ oder „Herz-Lungen-Paket“.[11] Der Todeseintritt wird somit auf einen einzigen Zeitpunkt und ein einziges Organ fixiert, wodurch nicht nur der prozessuale Charakter des Sterbens im biologischen Sinne, sondern der Sterbende an sich und das Sterben als ein soziales Ereignis einer grundlegenden Negation unterworfen sind.

Während es sich früher um einen „Tatbestand der Vivisektion“[12] gehandelt habe, so Hans Jonas, sei es nun einzig der Macht einer Definition zu verdanken, daß der Todeszeitpunkt für Transplantationszwecke vorverlegt wurde und Gewalt am Körper von Hirntoten stattfinden dürfe. Wie flexibel die Hirntodvereinbarung selbst ist, verdeutlicht ihre Geschichte: So legte 1968 anlässlich der spektakulären Herztransplantation 1967 in Südafrika durch den Chirurgen Christiaan Barnard (1922–2002) eine Kommission der Harvard University (USA) die Kriterien des Hirntodes fest. Das Ausbleiben aller Reflexe war hier ein zentrales Todeskriterium, denn man zählte das Rückenmark morphologisch zum Gehirn. Noch im selben Jahr wurde die Areflexie als eine Voraussetzung des Hirntodes aufgegeben und der personale Tod eines Menschen nunmehr auf das Innere der Schädelkapsel eingegrenzt. Seither dürfen Hirntote in ihrem Leichenstatus bis zu 17 Reflexe aufweisen: z. B. Spreizen

[9] Johann Friedrich Spittler, „Der Hirntod – Tod des Menschen. Grundlagen und medizinische Gesichtspunkte“, in: *Ethik in der Medizin*, 7. Jg., Berlin/Heidelberg 1995, S. 130.

[10] Vgl. Hans Jonas, *Technik, Medizin und Ethik*, Frankfurt/M. 1987, S. 228.

[11] Zit. n. Ulrike Baureithel, Anna Bergmann, *Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende*, Stuttgart 1999, S. 65.

[12] Jonas 1987, S. 221.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

der Finger, Wälzen des Oberkörpers, Hochziehen der Arme und Schultern, Bauchreflexe.[13]

Als Philosoph forderte Hans Jonas anlässlich der Harvardvereinbarung eine „maximale ‚Definition'" des Todes. Er ordnete das dem Hirntodkonzept zugrunde gelegte Menschenbild dem Cartesianismus des 17. Jahrhunderts zu und verwies auf die Gefahr seiner vivisektorischen Konsequenz: „Wer kann wissen, wenn jetzt das Seziermesser zu schneiden beginnt, ob nicht ein Schock, ein letztes Trauma einem nichtzerebralen, diffus ausgebreiteten Empfinden zugefügt wird, das noch leidensfähig ist […]? Kein Dekret der Definition kann diese Frage entscheiden."[14] Auch von medizinischer Seite aus wurde z. B. auf dem anästhesiologischen Weltkongress im Herbst 1968 das neue Todeskonzept verworfen.[15] Ebenso trug der Düsseldorfer Chirurgieprofessor und Nobelpreisträger Werner Forßmann (1904–1979) seine ethischen Einwände in die Öffentlichkeit. Vor allem die ihm noch gegenwärtigen Erfahrungen als Arzt im Nationalsozialismus veranlassten ihn zu scharfer Kritik:

> „Ist es nicht eine grauenhafte Szene, wenn in einem Operationssaal Ärzte einem Patienten die Herz-Lungen-Maschine anlegen, während gleichzeitig in einem daneben liegenden Raum eine zweite Operationsgruppe die mit dem Tod ringende junge Frau mit gezücktem Messer umstellt, nicht um ihr zu helfen, sondern fiebernd vor Gier, ihren wehrlosen Körper auszuschlachten? […] Man stelle sich vor, dass womöglich in irgendeiner Klinik Ärzte sehnsüchtig auf Unfallverletzte warten, nicht um ihnen zu helfen und sie zu heilen, sondern um ihren Körper und damit ihre Individualität zu Material zu erniedrigen. […] Noch schlimmer werden die Aussichten in politisch labilen Zeiten. […] Hinrichtungen werden dann nicht mehr vom Scharfrichter vollzogen, sondern in Kliniken aseptisch von Chirurg und Anästhesist. […] Hier wird in letzter Konsequenz der Arzt zum Henker herabgewürdigt, ein Luzifer, ein gefallener Engel."[16]

Neben solchen ethischen Verwerfungen der Transplantationsmedizin übten insbesondere Neurologen und Neurochirurgen Kritik an der Hirntoddefini-

[13] Vgl. auch für das Folgende: Baureithel/Bergmann 1999, S. 69 ff.; Thomas Schlich, Claudia Wiesemann (Hg.), *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, Frankfurt a. M. 2001; Lindemann 2003; Bergmann 2004, S. 284 ff.

[14] Jonas 1987, S. 222.

[15] Vgl. „Doctor criticizes heart transplant ‚vultures'", in: *The Times*, Nr. 57353 vom 11. September 1968, S. 1.

[16] Werner Forßmann, „Warten auf den Tod eines ‚Organ-Spenders'. Professor Werner Forßmann über Konsequenzen der Herztransplantation", in: *Der Tagesspiegel*, Nr. 6784 vom 4. Januar 1968, S. 9.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

tion. So wandte sich der Würzburger Professor für Neurochirurgie Joachim Gerlach gegen die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem personalen Tod eines Menschen, da sie „in naturwissenschaftlich unzulänglicher Weise das Gehirn zum ‚Sitz der Seele' macht" und die Person ein Begriff sei, „*der im naturwissenschaftlichen Bereich nicht zuständig ist*". Zudem gebe es „keine *biologischen* Gründe, einen Teil für das Ganze zu setzen, weil der Bestand des Ganzen den Bestand aller Glieder umfasst".[17]

Gegen die hierarchische Zerlegung des menschlichen Körpers argumentiert gegenwärtig auch der Neurologe und Neurochirurg Andreas Zieger. Das Hirntodkonzept berufe sich auf ein Menschenbild, das mittlerweile selbst von der modernen Hirnforschung als widerlegt gelte: „‚Bewußtsein' und ‚Verstand' sitzen nicht in der Großhirnrinde […] Vielmehr kommen ‚Bewußtsein', ‚Verstand' und ‚Gefühle' durch das komplexe Zusammenwirken vieler Körper- und Hirnzonen zustande".[18] Der Neurochirurg und Anästhesist Martin Klein kritisiert vor allem die Beliebigkeit der verschiedenen Hirntodmodelle: „Es handelt sich bei der Definition des Hirntodes schließlich nicht um ein neu entdecktes Naturgesetz, sondern um eine willkürliche Vereinbarung."[19] Symptomatisch für diese abstrakte Todesvorstellung sei die Tatsache, dass momentan vier verschiedene Todeskonzeptionen gleichzeitig existieren: der Herz-Kreislauf-Tod, der Ganzhirntod, der Hirnstammtod (England), der neokortikale Tod (Ausfall des Großhirns).

In der wissenschaftlichen Hirntodkritik bilden Körper und Person des Menschen eine Einheit, die weder mit medizinischen Methoden noch anthropologisch voneinander getrennt werden kann. Ihr zentrales Argument, Hirntote seien keine Leichen, sondern Sterbende, wird durch folgende Fakten erhärtet: Bis zu dem chirurgisch herbeigeführten Herztod durch die Organ-

[17] Joachim Gerlach, „Gehirntod und totaler Tod", in: *Münchner medizinische Wochenschrift*, 111. Jg., München 1969, S. 734.

[18] Andreas Zieger, „Personsein, Körperidentität und Beziehungsethik", in: Peter Strasser, Edgar Starz (Hg.): *Personsein aus bioethischer Sicht*, Stuttgart 1997, S. 155.

[19] Martin Klein, „Organspende – Geschenk eines Sterbenden", in: Uwe Herrmann (Hg.), *Die Seele verpflanzen? Organtransplantation als psychische und ethische Herausforderung*, Gütersloh 1996, S. 22 f.; vgl. die Hirntodkritik aus soziologischer und philosophischer Perspektive: Werner Schneider: *„So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!" Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne.* Münster 1999; Ralf Stoecker, *Der Hirntod. Ein medizinisches Problem und seine moralphilosophische Transformation*, München 1999; Gesa Lindemann, *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*, München 2002.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

entnahmen werden Hirntote intensivmedizinisch weiter als Patienten behandelt. Nicht selten unternimmt man an ihnen Reanimationsbemühungen gegen den drohenden Herztod, um die Entnahme der vitalen Organe sicher zu stellen. Ein Großteil der Explantationen findet unter Narkose (z. B. Fentanyl) statt. In jedem Fall jedoch werden muskelentspannende Medikamente verabreicht, da etwa 70 Prozent der Organspender auf die kalte Spülung der Perfusionslösung (4° C) und den mit Messern, Säge, Hammer und Meißel durchgeführten höchst invasiven Eingriff der Multiorganentnahme mit Bewegungen, einem anschnellenden Puls oder Blutdruck reagieren.[20]

Tabuverletzungen in der Praxis der Transplantationsmedizin

Die auf der sogenannten Leichenspende beruhende Praxis der Organverpflanzung ist in der Geschichte der ärztlichen Tabuüberschreitung insofern einzigartig, als hier gleich mehrere in unserer Kultur herrschende Normen, aber auch Verbindlichkeiten der medizinischen Ethik dramatisch verletzt werden. Denn im Laufe der großen Operation einer Organentnahme gibt es nicht eine einzige medizinische Handlung, die im Sinne des Hippokratischen Eides dem Wohl eines „Hirntoten" verpflichtet ist. Im Gegenteil, dieser wird wie kein anderer Patient je zuvor in der Geschichte der Medizin verletzt und in seiner leiblichen Integrität zerstört. Dass er ab der Todesfeststellung durch die Hirntoddiagnostik bis zu seinem auf dem Operationstisch medizinisch erzeugten Herztod wie ein lebender Mensch genährt, gepflegt und anästhesiologisch betreut wird – Transplantationsmediziner sprechen von einer „Spenderkonditionierung", neuerdings auch von einer „*organerhaltenden Therapie*"[21] –, dient einem einzigen Zweck: der therapeutischen Verwertung seines noch lebenden Körpers.

Hirntote Organspender sind als Patienten, als Sterbende und als Leichen sozial Ausgestoßene. Als Tote gilt ihnen nicht die von Alexander Mitscherlich

[20] Vgl. z. B. Gerhard Schwarz, *Dissoziierter Hirntod. Computergestützte Verfahren in Diagnostik und Dokumentation*, Berlin u. a. 1990, S. 45, 54; Hans-Peter Schlake, Klaus Roosen, *Der Hirntod als der Tod des Menschen*, Neu-Isenburg o. J., S. 52.

[21] Dietmar Mauer u. a., „Der Schlüssel liegt im Krankenhaus. Die Möglichkeiten zur Steigerung der Organspende werden nicht ausreichend umgesetzt. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation bietet hierfür umfangreiche Angebote", in: *Deutsches Ärzteblatt* 5, 102. Jg., Köln 2005, S. B 213.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

so bezeichnete „*heilige Scheu*“[22] die schon in der medizinischen Leichensektion eine Barriere darstellt und daher nur ritualisiert überwindbar zu sein scheint. Denn Ekel, Ohnmacht, Erbrechen – also extreme körperliche Reaktionen – werden durch die Zerstörungshandlung des Leichnams ausgelöst,[23] was auf die Macht des Todestabus und auf die hohe kulturelle Bedeutung des Totenkults verweist, der seit Jahrtausenden die Toten, aber auch die überlebenden Trauernden zu schützen versucht.[24] Nur noch aus der Geschichte der Hinrichtung und des Krieges ist der Ritus bekannt, dass der tote Gegner Opfer einer Zerstückelungszeremonie werden kann – ein Habitus, der einen Entehrungs- und Vernichtungsakt beabsichtigt.[25]

Im transplantationsmedizinischen Kontext hingegen darf der zur Regel gewordene „Multiorganspender“ durch die Entnahme von vitalen Organen – Herz, Lungen, Nieren, Leber, Bauchspeicheldrüse – und nach seinem Herztod z. B. Augen, Haut, Dünndarm, Luftröhre oder Gelenken einer radikalen Zergliederung ausgeliefert werden. So überkam einen Krankenpfleger Ekel, als Gelenke eines Spenders entnommen wurden, „weil da einfach alles aufgeschnitten und ausgenommen wird. […] Wenn dann die ganzen anderen Teile noch mit herauskommen, dann ist das nur noch eine Hauthülle. Manchmal habe ich mich gefragt: ‚Was ist der Unterschied zwischen mir und dem Huhn auf der Schlachtbank‘ – um es einmal bildlich auszudrücken. Auch die anderen Sachen, also wenn sie mit Hammer und Meißel an einen Toten herangehen und handwerklich tätig sind, das hat für mich noch eine andere Qualität.“[26]

Mit der Durchsetzung dieser anatomischen Therapieform wurde seitens der High-Tech-Medizin damit begonnen, nicht nur eine uralte Todesvorstellung, sondern auch Sterberituale sowie Bräuche des Totenkults als hinfällig zu diffamieren und aufzukündigen. Schließlich erfolgt der Herztod von Hirntoten durch seine systematische Herbeiführung seitens der Organentnehmer

[22] Alexander Mitscherlich, *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. Ideen zur Sozialpsychologie*, München 1968, S. 260.

[23] Vgl. ebd.; außerdem: Christine Linkert, *75 Träume von Medizinstudenten während des Präparierkurses: eine psychoanalytisch orientierte empirische, qualitative Untersuchung*, Diss. med. Frankfurt a. M. 1989.

[24] Bestattungsbräuche sind seit dem Paläolithikum nachgewiesen. Vgl. Thomas Macho, „Tod“, in: *Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie*, hrsg. von Christoph Wulf, Weinheim/Basel 1997, S. 939.

[25] Vgl. Bergmann 2004, S. 116.

[26] Zit. n. Baureithel/Bergmann 1999, S. 177.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

auf dem Operationstisch, so dass ein Hirntoter bis zu dem Moment, wenn er diesen „zweiten Tod“ stirbt und sich erst dann die bisher gültigen Zeichen des Todes einstellen, vom Familien- und Freundeskreis nicht begleitet werden kann.[27] Dabei müssen die professionell Beteiligten – Operationsschwestern, Anästhesisten usw. – den einer Vivisektion[28] und Leichenschändung gleichenden Organentnahmen arbeitsteilig assistieren. Dieser Umgang mit „Hirntoten“ ist vom familiären Umkreis der „Organspender“ mitzutragen und von der Gesellschaft insgesamt zu akzeptieren.

Darüber hinaus wird das Tötungstabu dramatisch berührt, sofern professionell Beteiligte an dem Herztod als dem Zeitpunkt eines abgeschlossenen Sterbeprozesses festhalten. In diesem häufiger als in der Öffentlichkeit zugegebenen Fall erzeugt die Mitarbeit an der Explantation ein Tötungsbewusstsein: „wenn der Patient zwar definitorisch für tot erklärt ist“, verdeutlicht Günter Feuerstein, „in Wirklichkeit aber noch leben würde, läge die offensichtliche Unmoral darin, ihn als Leiche zu behandeln und dadurch de facto zu töten“[29]. Der Moment, in dem der hirntote Patient sich in eine herztote Leiche verwandelt, wird von dem Pflegepersonal häufig als traumatisches Ereignis geschildert. Denn dieser Vorgang erfolgt durch medizinisches Handeln, und das Sterben ist auf dem Operationstisch wie in einem Laboratorium visuell beobachtbar. Eine österreichische Anästhesieschwester schildert die dabei aufkommende eigene Atmosphäre:

> „In dieser Situation ist immer eine gewisse Spannung. Vorher ist man beschäftigt und gibt dem Patienten Medikamente, da ist etwas zu tun. Und dann kommt irgendwann der Augenblick, in dem der Patient sehr viel Blut verliert, und man steht daneben und schaut zu, wie das Herz aufhört zu schlagen. Für mich ist diese Situation furchtbar. Ja, manchmal bin ich auch gegangen. […] Man schaut zu, und das ist berechenbar. Man sieht ja, wie die Todeszeichen sich einstellen.“[30]

[27] Vgl. Vera Kalitzkus, *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie*, Frankfurt a. M., S. 104 ff.

[28] Vgl. so in einem Leserbrief Dr. med Uwe Bannert, in: *Deutsches Ärzteblatt* 19, 102. Jg., Köln 2005, S. B 1163.

[29] Günter Feuerstein, *Das Transplantationssystem. Dynamik, Konflikte und ethisch-moralische Grenzgänge*, München 1995, S. 229; vgl. außerdem: Hans Walter Striebel, Jürgen Link (Hg.), *Ich pflege Tote. Die andere Seite der Transplantationsmedizin*, Basel 1991; Brigitte Putz, „Psychische Belastungen des Pflegepersonals“, in: Herrmann 1996, S. 69–79; Roberto Rotondo, „‚Hirntote‘ sind keine Leichen“, in: Ilse Gutjahr, Matthias Jung (Hg.) *Sterben auf Bestellung. Fakten zur Organentnahme*, Lahnstein 1997, S. 75–96; Baureithel/Bergmann 1999, S. 145 ff.

[30] Zit. n. Baureithel/Bergmann 1999, S. 171.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

Vor diesem Erfahrungshintergrund kam einer in einem deutschen Transplantationszentrum arbeiteten Operationsschwester bei einer Ausstellung über die nationalsozialistischen Patientenmorde der Gedanke, dass auch sie eines Tages als Mittäterin eines medizinischen Verbrechens belangt werden könne: „Man überlegt, wenn die Medizin weiter so rasante Fortschritte macht, und das, was heute gilt, in fünf, zehn Jahren oder übermorgen nicht mehr gültig sein wird: Hat man die dann alle umgebracht oder mitgeholfen?“[31] Operationsschwestern, Anästhesisten und das Pflegepersonal sind solchen Gewissenskonflikten besonders drastisch ausgeliefert, da sie im Gegensatz zu den verschiedenen kommenden und gehenden chirurgischen Teams eine Explantation länger, teilweise von Anfang bis Ende miterleben.

Die Transplantationsmedizin bringt einerseits die Sterbenden und Toten zum Verschwinden, andererseits macht sie sie jedoch durch deren Einverleibung im Seelenleben vieler Organempfänger allgegenwärtig: Die magische Besetzung des einverleibten Organs, also die Vorstellung von dessen Beseelung, mit der Konsequenz, dass der Spender im Empfänger weiterlebt, ist eine gängige Begleiterscheinung dieser neuen Heilmethode. In Aufrufen zur Organspende wird diese „Nebenwirkung“ allerdings streng tabuisiert.[32] Organempfänger jedoch befinden sich durch die Einverleibung eines Körperteils einer ihnen fremden Person in einer physischen, aber auch seelischen Extremsituation. So berichtet ein in einem Herztransplantationszentrum arbeitender Psychiater, die Themen Raub und Tötung beherrschen diese Patienten unmittelbar nach ihrer Transplantation.[33]

Susanne Krahe, eine Nierenempfängerin, hat ihren Dialog mit dem Organ, das sie mit der Seele und der Erlebnisebene ihres Spenders verbindet, niedergeschrieben:

> „Mein Schmerz, dein Schmerz. Nie sollst du die Gewalt vergessen, die mir die behandschuhten Pranken angetan haben, als sie mich aus meiner Behausung stahlen. Nie sollst du die Angst loswerden, die Sehnsucht nach Ruhe. Meine Krankheit,

[31] Zit. n. ebd., S. 176.

[32] Vgl. so auch die biographischen Zeugnisse von organtransplantierten Patienten und Patientinnen: z. B. Peter Cornelius Claussen, *Herzwechsel. Ein Erfahrungsbericht*, München/Wien 1996; Claire Sylvia, *A Change of Heart*, Boston u. a. 1997; Susanne Krahe, *Adoptiert: Das fremde Organ. Transplantation als Grenzerfahrung*, Gütersloh 1999; Jean-Luc Nancy, *L'Intruce*, Paris 1999.

[33] Vgl. Baureithel/Bergmann 1999, S. 204 ff.; vgl. auch Olivia Wiebel-Fanderl, *Herztransplantation als erzählte Erfahrung*, Münster/Hamburg/London 2003, S. 59.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

> deine Krankheit. Ich bin dein Atem. Ich bin dein Schmerz. Die Hände, diese riesigen Chirurgenhände, haben mich aus meiner Einheit herausgerissen und in den Spiegel entführt. Du, du zahlst das Lösegeld. […] Sein Schweiß, mein Schweiß. Ich war der letzte Schrei […] Ich steckte tief unter der Beatmungsmaske, ich nahm vom Ende des Tubus den Klang seines sterbenden Herzens mit. […] Lieber Unbekannter. Liebes unvollendetes Leben. Lieber angeknüpfter Traum. Sind Hirntote je richtige Tote?“[34]

Schuldgefühle nach einer Transplantation führen mitunter zu einer ausgeprägten Frömmigkeit, die auf einem Versöhnungswunsch mit dem Spender beruht. Viele Patienten versuchen dabei, sich ein positives Bild von dem Spender zu entwerfen.[35] Dennoch gelingt dies nicht allen Transplantationspatienten, so dass sie mitunter von Zerstörungsphantasien gequält werden. Angst und Gefühle der Besessenheit – die sogenannten Doppelgängerphantasien – treten, wie Oliver Decker erklärt, „in mehr oder weniger starker Ausprägung bei einem Großteil der Patienten auf, und das bereits vor der eigentlichen Transplantation, soviel kann nach den bisherigen Forschungsergebnissen als gesichert gelten“[36]. Eine amerikanische Studie über seelische Probleme von herztransplantierten Patienten spricht von dem aus der Geschichte von Kriegen und des Holocaust bekannten Phänomen der Überlebensschuld.[37]

Wenn auch ungewollt, so werden durch die transplantationsmedizinische Praxis Phantasien des Besessenseins von den Toten belebt – ein Thema der Gruselliteratur und neuerdings auch Sujet des Organthrillers. Wie Thomas Macho betont, gehört die Besessenheit zu den „unheimlichsten Vorstellungen, die jemals entwickelt worden sind“. Sie stellen „kein neues, sondern ein uraltes Schrecknis“[38] dar. Dieses auch in der Transplantationsmedizin auftauchende Phänomen ist, so meine These, nicht zuletzt das Ergebnis der im Kontext der Organspende erzwungenen Zerschlagung der Sterberituale und des Totenkults sowie der verpflanzungstherapeutischen Einverleibung des Fleisches eines fremden Menschen. Es berührt empfindlich das in unserer modernen, aber auch in anderen Kulturen herrschende Kannibalismustabu – ein Tabu, das eines der größten überhaupt zu sein scheint. „Kannibalen“ –

[34] Krahe 1999, S. 53, 61.

[35] Vgl. Wiebel-Fanderl 2003, S. 60 ff.

[36] Oliver Decker, *Der Prothesengott. Subjektivität und Transplantationsmedizin*, Gießen 2004, S. 116 f.

[37] Vgl. Arthur Freeman u. a., „Cardiac Transplantation: Clinical Correlates of Psychiatric Outcome“, in: *Psychosomatics* 1, 29. Jg., Washington 1988, S. 47.

[38] Macho 1997, S. 952.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

eine Bezeichnung, die aus der Eroberungsgeschichte Amerikas stammt und auf karibische Indianerstämme zurückgeht[39] – waren von vornherein „die Anderen". Der Menschenfressereivorwurf stellt keineswegs nur in der westlichen Zivilisation eine der am meisten verbreiteten Methoden dar, um sich von Menschen fremder Kulturen und Religionen abzugrenzen, denn umgekehrt wurde in afrikanischen Ländern auch dem „weißen Mann" Kannibalismus nachgesagt.[40] Anthropophagie gilt in vielen Kulturen als das Böse schlechthin – eine Verhaltensweise, die vor dem Hintergrund der Hungerkatastrophen in Europa zwischen dem 14. und 18. Jahrhundert Juden, Hexen und im Zuge der kolonialen Unterwerfung anderen Völkern zugeschrieben wurde. Seit dem 16. Jahrhundert drang sie als festes Klischee in das europäische Bild über fremde Kulturen ein.

Ausgerechnet die High-Tech-Medizin hat eine Heilmethode entwickelt, die anthropophagische Vorstellungen bei ihren Patienten wachruft. Da ihre Therapie tatsächlich auf der Einverleibung von Menschenfleisch beruht, steht die Transplantationsmedizin unter einem enormen Rechtfertigungszwang. Sie muss dieses Faktum und die sich damit verbindenden Assoziationen aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängen, und es scheint ihr dies vor allem mit Hilfe der religiösen Fundierung der „Organspende" als Akt christlicher Nächstenliebe zumindest teilweise zu gelingen.

Selbst wenn im Laufe des 20. Jahrhunderts das Sterben durch seine zunehmende Verlagerung aus dem häuslich-familiären Bereich in das Krankenhaus eine Medikalisierung[41] erfuhr und damit zusammenhängend traditionelle Sterbezeremonien in den Hintergrund getreten sind, hat die Kultur der Moderne die metaphysische Beziehung zum Tod nicht wirklich aufgegeben.[42]

[39] Der Begriff „Kannibalismus" stammt aus dem Spanischen *caníbal* und geht zurück auf die Kariben. *Caribe, cariba, caniba* heißt in der Sprache der Kariben ‚*stark*', ‚*geschickt*', ‚*klug*'. Im 16. Jahrhundert drang mit von dem spanischen Eroberern geprägten Wahrnehmungsmustern der Begriff des „Kannibalen" in die europäischen Sprachen. Vgl. *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*, erarbeitet unter der Leitung von Wolfgang Pfeifer, München 1995, S. 615 f.; Wolfgang Dieter Lebek, „Kannibalen und Kariben auf der Ersten Reise des Columbus", in: Daniele Fulda, Walter Pape (Hg.), *Das Andere Essen. Kannibalismus als Motiv und Metapher in der Literatur*, Freiburg i. Br. 2001, S. 53 ff.

[40] Vgl. Ioan M. Lewis, *Schamanen, Hexer, Kannibalen. Die Realität des Religiösen*, Frankfurt a. M. 1989, S. 93 ff. (Original: Cambridge 1986).

[41] Vgl. Ivan Illich, *Medical Nemesis*, London 1974; Philippe Ariès, *L'homme devant la mort*, Paris 1978.

[42] Vgl. Thomas Macho, *Todesmetaphern. Zur Logik der Grenzerfahrung*, Frankfurt a. M. 1987.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org

Denn der weiterhin praktizierte religiöse und auch nach magischen Regeln ritualisierte Umgang mit dem Leichnam beruht auf der Vorstellung von irgendeinem Weiterexistieren der Toten bzw. ihrer Seelen (etwa: Verschließen der Augen und des Mundes, Leichenwäsche, Bestattungszeremonien, Leichenschmaus). So manifestiert sich im gegenwärtigen Aufblühen von Sterberitualen und des Totenkults (z. B. Hospizbewegung; aufwendige Bestattungszeremonien z. B. beim Tod von Papst Johannes Paul II. oder der Massakeropfer von Srebreniza), ebenso in der zunehmenden Furcht vor dem Tod im Krankenhaus und nicht zuletzt auch in den von der Transplantationsmedizin selbst erzeugten, als irrational geltenden (magischen) Ängsten die undurchdringbare Grenze, an die der medizinische Verweltlichungsversuch und eine Säkularisation des Todes insgesamt stoßen.

Licensed from Philosophy Documentation Center for OCLC WorldCat Local 2017/8/15 © 2017 Philosophy Documentation Center http://www.pdcnet.org