

Vera Kalitzkus,
Iris Schröder,
Brigitta
Hauser-Schäublin,
Imme Petersen
Der geteilte Leib
Die kulturelle
Dimension von
Organtransplantation
und
Reproduktionsmedizin
in Deutschland

Der geteilte Leib

Gedruckt mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Brigitta Hauser-Schäublin, Prof. Dr. phil., ist seit 1992 Professorin für Ethnologie an der Universität Göttingen. *Vera Kalitzkus*, *Imme Petersen* und *Iris Schröder* sind Doktorandinnen der Ethnologie.

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

Der geteilte Leib

Die kulturelle Dimension von Organ-
transplantation und Reproduktionsmedizin
in Deutschland

Unter Mitarbeit von Margo F. Bargheer
und Sibylle Obrecht

Campus Verlag
Frankfurt/New York

2. Auflage, unveränderter Nachdruck 2020
ISBN 978-3-593-44765-0 E-Book (PDF)
Druck Bindung: [Books on Demand](#)

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei
Der Deutschen Bibliothek erhältlich
ISBN 3-593-36752-1

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere
für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung
und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2001 Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main
Umschlagmotiv: Paul Klee, »Hat Kopf, Hand, Fuß und Herz« (1930)
© VG BILD-KUNST, Bonn 2000

Satz und Grafik: Margo Friederike Bargheer, Göttingen
Druck und Bindung: Druck Partner Rübemann, Hemsbach
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.
Printed in Germany

Besuchen Sie uns im Internet: www.campus.de

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	13
I. Die Rahmenbedingungen der Humantechnologien	23
Technisch-wissenschaftliche Voraussetzungen	23
Besonderheiten des Körperbildes: Regionalisierung und Parzellierung	24
Die gesellschaftlichen Voraussetzungen: juristische Rahmenbedingungen ...	31
Abläufe: Diagnosen und Möglichkeiten der Behandlung	40
„Sterilität“ und ihre Behandlung	41
Transplantation von Organen	47
Krankenversicherung: Kostenfrage und Recht auf Behandlung	64
Die raum-zeitliche Organisation der Humantechnologien	70
II. Der Körper	78
Kulturspezifischer Umgang mit Körper	78
Strategien der Objektivierung und Routinisierung	84
Der standardisierte körperliche Kontakt im Klinikalltag	88
Sprache und Kommunikation zwischen Professionalisierung	
und Intimität in der Reproduktionsmedizin	97
Die Perspektive von Ärzten und Ärztinnen	98
Die Perspektive von Patienten und Patientinnen	105
Der Umgang mit Organtransplantation in der Praxis	111
Der „Hirntod“ als Legitimation der Chirurgen	112
Das Pflegepersonal im Umgang mit „hirntoten“ Menschen	118
Die Übernahme des ‚klinischen Blickes‘ von „Organempfängern“	129
III. Der Leib	133
Leib und Leiblichkeit	133
Kinderlosigkeit und Leiblichkeit	138
Die Leiblichkeit des Nächsten im Zustand des „Hirntodes“	155
Veränderte Leiblichkeit nach der Transplantation	160

IV. Prozesse der Schaffung gesellschaftlicher Akzeptanz	176
Wissenschaftliche Erkenntnis und politische Meinungsbildung	176
Embryonen und reproduktive Technologien	180
„Hirntod“ und die Auseinandersetzung um das Lebensende	189
Das Menschenbild in der politischen Diskussion	204
Begrifflichkeiten zwischen konkurrierenden Werten	207
„Spenden“ und „Geschenke“ zwischen sozialen Beziehungen und Waren	222
V. Propagieren der humantechnologischen Möglichkeiten und die Qual der Wahl	228
„Kinderwunsch“ und der Zwang zur Entscheidung	228
Transplantationsmedizin: Die Qual der Wahl	232
Die Wahl aus der Sicht der Transplantationschirurgie	239
Die ‚Situation‘ der Angehörigen von „Hirntoten“	245
Die Empfänger: wenn eigentlich keine Wahl mehr übrig bleibt	248
VI. Leiblich-körperliche Identität, soziale Beziehungen und Gesellschaft	254
Der Widerspruch der Diskurse	254
Leibliche Identität	257
Körperliche Identität	264
Soziale Beziehungen	269
Neue Formen sozialer Organisationen	284
Die Vergesellschaftung des Körpers und seiner Teile	288
Das „Geschenk“ als Schuld	291
Organe und „Soziale Verteilungsgerechtigkeit“	292
Humantechnologien und Gesellschaft ohne Grenzen	295
Anhang	301
Das Embryonenschutzgesetz 303 • Das Transplantationsgesetz 305	
Die Modelle der Zustimmung oder Ablehnung für eine Organentnahme 308	
Abbildung 7: Struktur der permanenten Zusammenarbeit von Institutionen im Bereich der Organtransplantation 309 • Einladungsliste für die öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses am 28.06.1995 310 • Glossar medizinischer Fachausdrücke 314 • Soziobiographische Angaben 320	
Zitierte Sachverständige der öffentlichen Anhörungen 327	
Literatur	329

Vorwort

Humantechnologien – darunter werden im Folgenden Reproduktionsmedizin und Organtransplantation verstanden – sind medizinisch-biotechnologische Errungenschaften des späten 20. Jahrhunderts.¹ Sie gehören in den Bereich der Gesundheitsversorgung im weitesten Sinn. Sie greifen mit unterstützenden, ergänzenden oder ersetzenden Maßnahmen in den menschlichen Körper ein, um ‚Urwünsche‘ des Menschen – Kinder zu haben, den eigenen endgültigen Tod möglichst weit hinauszuschieben – zu erfüllen helfen.

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 wir nicht die medizinisch-technische Seite bzw. die Indikationen für die eine oder andere Humantechnologie oder die sozialen Bevölkerungsschichten, die sie vielleicht bevorzugt nutzen, untersuchen wollten. Vielmehr haben uns die kulturellen Besonderheiten Deutschlands, traditionelle Werte und Vorstellungen der Menschen und wie sich diese auf den Umgang mit den Humantechnologien auswirken, gleichzeitig aber davon verändert werden – Wechselwirkungen also –, interessiert.

Ethnologie wird meistens mit Studien über fremde Völker in Verbindung gebracht. Das Verstehen des Anderen, Fremden gehört zu den Zielen der Disziplin. Gleichzeitig aber ermöglicht diese Fremdperspektive auch den Blick zurück auf die eigene Gesellschaft, um sie zum Gegenstand von Unter-

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.

suchungen zu machen. Sie ermöglicht das Sichtbarmachen von selbstverständlich Gewordenem und Alltäglichem aus einer nicht alltäglichen Perspektive.² Der Versuch eines Standortwechsels der Betrachtung also. Diesen Versuch haben wir unternommen, um hochkomplexe medizinische Technologien zu untersuchen. Der Grund dafür lag darin, dass diese Technologien direkt und indirekt ein Kerngebiet der Ethnologie berühren und in dieses eingreifen: Körper, Körperlichkeit und die damit verbundenen Vorstellungen von ‚echter‘ Verwandtschaft, wie etwa ‚Blutsverwandtschaft‘ (die Verwandtschaft über sogenannte Blutsbande), oder die Unterschiede, die in unserer Gesellschaft zwischen leiblichen und nicht-leiblichen Kindern gemacht werden. Organtransplantation und Reproduktionsmedizin greifen ganz konkret in Körper ein – aber auch, ob gewollt oder ungewollt, in soziale, d.h. zwischenmenschliche Beziehungen.

Und welche Konsequenzen hat dies?

Solche Fragen führten zu einer empirischen Untersuchung in verschiedenen Teilen Deutschlands. Mit den Methoden der Ethnologie, stationäre Feldforschung in Kliniken, teilnehmende Beobachtung bei Behandlungen und Gesprächen von Selbsthilfegruppen, narrative Interviews mit Ratsuchenden, Patienten und Patientinnen, Pflegepersonal, Ärzten und Ärztinnen,³ Inhaltsanalysen von Bundestagsdebatten und Verfolgen von Debatten in Ausschüssen sollte eine Annäherung an das gesteckte Ziel, die kulturellen Bedingungen und Implikationen zu verstehen und nachzuzeichnen, stattfinden. 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 Transplantationszentrum⁴ durch, bei

2 Vgl. dazu Hauser-Schäublin 1997.

3 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.

4 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.

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 Vertretern 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 zu einem von Lutz Freudenberg begonnenen Thema, der kulturanthropologischen Diskussion des Konzeptes des Immunsystems, eine zeitlich befristete Forschung durchgeführt, 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“⁵ 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 in der Zeit von März 1997 bis September 1998 40 narrative Interviews von ein bis vier Stunden Dauer mit Betroffenen beider Seiten (Angehörige von „Spendern“ und Transplantierte).

Imme Petersen konzentrierte sich auf Parlamentsdebatten im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz sowie dem Embryonenschutzgesetz, über das sie bereits ihre Magisterarbeit geschrieben hat (Petersen 2000), um den parlamentarischen Diskurs über diese Technologien erfassen zu können. Für die Auswertung der Stenographischen Berichte und Protokolle des

5 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.

Deutschen Bundestages und Bundesrates und der Video- und Tonaufnahmen waren Recherchen im Archiv des Deutschen Bundestages erforderlich. Des weiteren ergänzten Besuche von Ausschusssitzungen des Gesundheits- sowie Rechtsausschusses und von Plenardebatten im Juni 1999 das schriftliche und audiovisuelle Datenmaterial. Insgesamt umfassen die Parlamentsdiskurse 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 Mündel jeweils für zwei Monate bei Gesprächen zwischen Ärzten und Patientinnen hospitierte. Einen Kurzaufenthalt von zwei Tagen ermöglichte die Frauenklinik des Universitätsklinikums Göttingen. Im weiteren nahm Iris Schröder an mehreren monatlichen Treffen einer Selbsthilfegruppe für ungewollte Kinderlosigkeit teil, deren Teilnehmerinnen überwiegend zu ausführlichen Gesprächen bereit waren. Insgesamt führte sie in der Zeit von Januar 1997 bis Dezember 1997 46 Interviews von ein- bis zweistündiger Dauer durch, 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 unter übergreifenden Fragestellungen zusammengetragen und analysiert.⁶ Wir hoffen, damit einen Beitrag zur gesellschaftlichen Auseinandersetzung über Humantechnologien (vor allem auch im Hinblick auf weitere Entwicklungen) zu leisten. Wir geben keine Meinung vor und bieten auch keine Lösungen an. Wir wollen Zusammenhänge aufzeigen, die auf den ersten

6 Zu allen diesen Einzelstudien werden Dissertationen vorgelegt. Diese Doktorarbeiten werden vieles detaillierter darstellen, als es in diesem Buch möglich ist.

Blick nicht unbedingt erkennbar sind, Fragen stellen und Antworten darauf geben, die sich aus dem Versuch der erwähnten Außensicht ergeben. Je nach Standpunkt, wird sich unser Buch unterschiedlich interpretieren lassen, d.h. es wird verschiedene Lesarten geben. Das ist Teil unseres Projektes, das ja nicht aus einer Auflistung von Fakten besteht, sondern aus Fragen, Antworten und kulturwissenschaftlichen Interpretationen. Wir sind der Ansicht, dass diese unterschiedlichen Lesarten Teil einer gesellschaftspolitischen Diskussion sind.

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 „Organ Spendern“, 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.

Es ist uns klar, dass wir uns als Sozial- und Kulturwissenschaftlerinnen in ein Gebiet vorgewagt haben, das traditionellerweise den Naturwissenschaften im weitesten Sinne vorbehalten ist. Aus diesem Grund war es uns wichtig, unsere Beiträge auf Fehler und Missverständnisse von Kollegen und Kolleginnen anderer Disziplinen, in deren Bereiche wir uns vorgewagt hatten, ‚gelesen‘ zu lassen. Wir danken 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). Wir danken ihnen herzlich. Gleichzeitig möchten wir damit die Verantwortung für den vorliegenden Text nicht anderen Personen überweisen, sondern tragen sie selbstverständlich als Autorinnen weiterhin für die Erhebung der Daten, deren Analyse und vor allem für deren kulturwissenschaftliche Interpretation.

Danken möchte 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. Renate Ranke, Dagmar Härter und Christina König hatten durch unser Projekt ein beachtliches Maß an Mehrarbeit erhalten, was sie mit Freundlichkeit und Effizienz bewältigt haben. Ihnen sind wir zu besonderem Dank verpflichtet, ebenso wie Annika Schmitt, Sonja Vorwerk und Margo F. Bargheer, die während vieler Monate mit Geduld und Akribie Tonbandtranskriptionen ausgeführt und auf diese Weise unsere Arbeit wesentlich erleichtert haben.

Göttingen im März 2000

Die Autorinnen

Einleitung

Geburt und Tod bilden die Schwellen des Lebens: Eintritt und Austritt. Dazwischen liegt das Leben der Menschen. Sozial geformt wird dieses von einer globalisierten Gesellschaft. Diese Gesellschaft ist bekanntlich nicht länger identisch mit der überschaubaren, mehr oder weniger geschlossenen Gemeinschaft eines Dorfes, einer Stadt oder der Gesellschaft eines Staates früherer Zeiten. Sie weist fast unüberschaubar viele Verzweigungen auf und hat viele Gesichter. Was sie von Gesellschaften anderer Zeiten unterscheidet, sind die Zahl und die Reichweite von Vernetzungen. Ereignisse und Erfahrungen, die an einem bestimmten Ort stattfinden, sind von Dingen beeinflusst, die irgendwo anders lokalisiert sind – und umgekehrt. Jede Frau und jeder Mann nimmt heute in irgendeiner Form an Prozessen teil und wird von diesen geprägt, die nur bedingt von der unmittelbaren sozialen Umgebung, in der sie/er lebt, abhängig sind.

Die Anwendung von Technologien, die den Eintritt ins Leben und den Austritt aus dem Leben variieren können – Reproduktionsmedizin und Organtransplantation –, das Wissen, das für deren Anwendung notwendig ist, und die Personen und Gruppen, die es besitzen, sind ein Beispiel für solche globalisierten Prozesse. Das Individuum, das sie wählt oder das mit deren Anwendung einverstanden ist, steht mit dem Ort, wo diese Technologien entdeckt, entwickelt und hergestellt wurden, in keiner Beziehung, ebenso wenig mit der Produktion des dazu notwendigen Wissens. Die Anwendung erfolgt über andere Personen als die, welche diese Techniken entwickelt und die notwendigen Geräte und Medikamente hervorgebracht haben. Eurotransplant beispielsweise, die zentrale Stelle der Organvermittlung, befindet sich in den

Niederlanden.⁷ 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.

Die Anwendung von Humantechnologien an einer Person bringt also Elemente räumlich und zeitlich zusammen, die von ihrer Herkunft her disparat sind. Man könnte nun dagegen einwenden, dass dies Prozesse sind, die – etwa im Zusammenhang mit Nahrung/Speisen – mehr oder weniger schon immer so abgelaufen sind. Der signifikante Unterschied besteht jedoch darin, dass diese Dinge in der körperlichen Anwendung und Veränderung eines Menschen bestehen und vor allem über das Individuum hinausreichen, weil sie, wie wir deutlich aufzeigen werden, soziale Beziehungen zu anderen Menschen, aber auch die Selbstidentität betreffen.

Humantechnologien, die gesellschaftlichen Diskussionen, die darüber stattfinden, und der konkrete Umgang von Individuen damit spiegeln gesellschaftliche Verhältnisse wider, welche die einen als „Postmoderne“ bezeichnen, die anderen als „Hochmoderne“, „Spätmoderne“ bzw. „Moderne“. Wir haben uns für den Begriff der „Spätmoderne“, den der Soziologe Anthony Giddens verwendet, entschieden, weil dieser uns Möglichkeiten eröffnet, die Humantechnologien – also Reproduktionsmedizin und Organtransplantation – aus sozial- und kulturanthropologischer Perspektive (s.u.) in einem definierten theoretischen Rahmen darzustellen und zu diskutieren.

Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sowie Sterben und Tod sind in allen Gesellschaften soziale Ereignisse. Sie betreffen zwar primär das Individuum, aber es ist die Gesellschaft, die Formen des Umgangs und des Verhaltens festlegt sowie die Ereignisse mit Bedeutung ausstattet. Und neben dem Individuum sind seine nächsten Bezugspersonen – in erster Linie: Verwandte in einem weiten Sinn, also Eltern, Kinder, Geschwister, Ehepartner, etc. – von diesen Übergängen betroffen; sie begleiten jeweils in einer bestimmten Form

7 Folgende Länder Europas sind Eurotransplant angeschlossen: Holland, Belgien, Luxemburg, BRD, Slowenien und Österreich. 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.

das Individuum und haben an ihm teil. Das Individuum ist ‚Person‘, d.h. ein Mensch, der im sozialen Beziehungsgeflecht über seine Beziehungen und die Beziehungen anderer definiert wird. In einer Familie etwa kann das Individuum für die einen ‚Vater‘, für andere ‚Bruder‘ oder ‚Sohn‘ sein. Das heißt: Erst im sozialen Beziehungsgeflecht gewinnt das Individuum soziale Kontur, wird zur Person. ‚Person‘ ist der mehr äußere Aspekt eines Individuums. In den oben genannten Beispielen handelt es sich um Personen im Rahmen von Verwandtschaft, oder noch eingeschränkter: um einen Ausschnitt davon, nämlich den der Familie. Selbstverständlich findet in komplexen Gesellschaften die Definition eines Menschen als Person auch (oder sogar vor allem) außerhalb des verwandtschaftlichen und familiären Rahmens statt, also etwa über seine berufliche Tätigkeit, als (Mit-)Bewohner einer Hausgemeinschaft oder eines Wohnviertels, über seine Freizeitbeschäftigungen (z.B. als Mitglied von Vereinen, Teilnehmer von Stammtischrunden etc.). Unter allen Facetten der Konturierung von ‚Person‘ sind jedoch jene aus dem Bereich von Familie und Verwandtschaft die intimsten und nachhaltigsten. Die Schwester, die Mutter oder das Kind von jemandem zu sein, gilt in Deutschland wie in vielen anderen Gesellschaften als unauflösliche Beziehung. Es bleibt jemand die Schwester oder die Mutter eines Menschen, selbst wenn die Beziehung als solche nicht in der gesellschaftlich erwarteten Form gelebt wird. Verwandtschaft „existiert unabhängig vom individuellen Wollen und Wünschen. Vom Augenblick der Geburt an hat der Mensch Verwandte. Das heißt, es handelt sich um eine soziale Beziehung, die ihm vorgegeben wird und in die er hineinwächst und in deren Aufbau und Pflege wenig Energie investiert werden muss.“ (Rosenbaum 1998: 29)⁸

Die sozialen Konsequenzen von Verwandtschaft, mit denen sich die Ethnologie bekanntlich vor allem in außereuropäischen Gesellschaften befasst, bildete für uns einen ersten Ausgangspunkt für eine ethnologische Untersuchung über die sozialen und kulturellen Dimensionen von Humantechnologien in Deutschland. Dank der Humantechnologien können Menschen in einer einzigartigen Art und Weise über ihr Leben (mit-)bestimmen. Hatten sie bis erst vor kurzem – ebenfalls in neuartiger Form (hormonell) – die Möglichkeit erhalten, Schwangerschaften zu verhüten, so können sich heute viele

8 Rosenbaum hat aufgezeigt, dass Verwandtschaft als soziales Netz, das teilweise sogar den Charakter von Überlebenshilfe bekommt, noch heute eine ganz zentrale Bedeutung besitzt (vgl. auch Fehlmann-von der Mühl 1978).

Paare, die von Natur aus keine Kinder bekämen, zu einem eigenen Kind verhelfen lassen. Dadurch wird das Paar zu einem *Elternpaar*, das Nachkommen besitzt: die Familie („Blutsverwandtschaft“) wird weitergeführt. Über die Zusammenführung von Körpersubstanzen, was in einem ‚leiblichen‘ Kind resultieren soll, werden also auch Verwandte und damit neue soziale Beziehungen geschaffen.

Durch Organtransplantation ist es für viele Menschen möglich geworden, ihren Tod aufzuschieben, indem sie hoffnungslos erkrankte Organe durch gesunde, die andere Menschen zur Verfügung stellen, ersetzen lassen können. 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.

Insgesamt kann man festhalten, dass in den Humantechnologien der Körper Gegenstand von gesellschaftlich-rechtlich sanktionierten Eingriffen und Behandlungen ist, was in jedem Fall soziale Beziehungen zwischen Menschen berührt, passiv oder aktiv. Die Modifikation des Körpers ist deshalb auch immer eine Modifikation sozialer Beziehungen.

Der englische Sozialanthropologe Jack Goody (1989) hat sich in seinem monumentalen Werk über Ehe und Verwandtschaft in Europa mit deren Veränderungen im Verlauf vergangener Jahrhunderte auseinandergesetzt. Er konnte zeigen, wie die Kirche Bestimmungen über Inzest immer wieder verändert hat, indem sie jeweils festlegte, mit Personen welchen Verwandtschaftsgrades sexuelle Beziehungen aufgenommen und/oder eine Ehe eingegangen werden durfte: Kategorisierungen und Bewertungen von leiblichen und nicht-leiblichen Kindern waren davon betroffen; die Einführung des Kriteriums der *copula* (Eheschließung als *unitas carnis*, ‚Einheit des Fleisches‘) wurde die Voraussetzung für ‚echte‘ Verwandtschaft (Blutsverwandtschaft und v.a. Abstammung), die schließlich andere Formen der Verwandtschaftsbildung (z.B. Adoptionen), wie sie seit Jahrhunderten existierten, außer Kraft setzte. Alle diese Veränderungen bedeuteten die Maßregelung von Personen und die strukturelle Veränderung von sozialen Gruppen. Diese betrafen vordergründig nur den körperlichen Umgang, also die Reglementierung sexueller Bezie-

hungen und eine Umdefinierung der daraus resultierenden ‚Produkte‘: Kinder. Diese Verbote und Gebote zielten nicht einfach auf ‚Körper‘ ab, sondern auf das, was damit verbunden war: die ‚Reproduktion‘ sozialer Beziehungen, und vor allem Verwandtschaft! Was also manipuliert wurde, waren soziale Beziehungen und Gruppenstrukturen – nämlich über deren körperliche Manifestationen (Geschlechtsbeziehungen).

Goody hat gezeigt, dass diese Reglementierung von körperlichen Beziehungen vor dem Hintergrund des Strebens der Kirche nach Vergrößerung materieller Güter (Vermehrung von Eigentum) gesehen werden muss, wobei dies den Zeitgenossen seiner Epoche zweifellos verborgen geblieben war. All diese Verordnungen zielten auf eine Verkleinerung des Kreises der erbberechtigten Personen einerseits und auf eine Ausweitung derjenigen Erbteile andererseits ab, die, als Folge der Reduzierung anerkannter Erben, an die Kirche fallen *mussten!*⁹ Was also betrieben wurde, war ‚Körperpolitik‘ – mit sozialen und ökonomischen Wirkungen.

Auch wenn wir niemandem – auch nicht unter veränderten Vorzeichen – vergleichbare Bedingungen, Manipulationen und Absichten unterstellen wollen, so verdeutlicht doch das historische Beispiel der Körpermanipulation den gesamtgesellschaftlichen Kontext und dessen charakteristische Macht- und Herrschaftsbeziehungen.

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, also seine verkörperte Identität, sein Selbst, betreffen. Identität und Selbst stellen sozusagen den inneren Aspekt des Individuums dar – im Unterschied zum Äußeren der Person – und haben mit Befindlichkeit und Leiblichkeit, mit Lebensmittelpunkt, auf den man sich im Handeln, Denken und Fühlen bezieht, mit sich Wiedererkennen auch in Beziehungen zu anderen, zu tun. Humantechnologien befassen sich 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. Den körperlichen Idealvorstellungen von Jung und Schlank, wie sie durch Werbung auch für entsprechende Produkte (und vieles andere mehr) vermittelt werden, eifert, ob bewusst oder unbewusst, fast jeder Mann und jede Frau nach, weil sie diese Werte verin-

9 Vergleiche dazu auch Strathern 1995 b: 98 f.

nerlicht haben. Wie „die andern einen sehen“, also körperliche Form und Aussehen, beeinflussen weitgehend, wie man sich selber fühlt. Wohlbefinden, mit sich ‚im Lot‘ sein, hat deshalb auch mit dem Körpergefühl zu tun. Schlankheitskuren, Schönheitsfarmen, Fitnessstudios – um nur einige der institutionalisierten Formen von Körperkulten zu erwähnen –, hätten wohl kaum Kunden und Kundinnen, wenn Selbstgefühl und Identität (und auch in der Fremdeinschätzung: die Person) in unserer Gesellschaft nicht wesentlich durch den Körper mitbestimmt wären. Die Anwendungen von Humantechnologien beschränken sich deshalb, gesellschaftlich und kulturell gesehen, nicht auf den Körper als physische Größe, sondern tangieren Selbst und Identität ebenso sehr. Wie zu zeigen sein wird, tun sie dies in einer völlig neuen Art und Weise. Aus diesem Grund stellte sich für uns die Frage, welche Vorstellungen und welches Verständnis von Körper diese Technologien voraussetzen und solche auch evozieren – sowohl bei Anbietern, d.h. Fachleuten, v.a. Ärzten und Pflegepersonal, wie auch bei Nutzerinnen und Nutzern, ratsuchenden Patienten und Patientinnen sowie denjenigen, bei denen die Techniken angewendet wurden.

Das Buch versucht Folgendes zu leisten: Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Humantechnologien aufzuzeigen und sie in den Kontext der Spätmoderne und ihrer kulturellen Kennzeichen einzuordnen. Gleichzeitig soll das Buch auch über Möglichkeiten, Anwendungen und Abläufe dieser Sparten der „Spitzenmedizin“ informieren. 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 diesbezüglich Parlamentsdebatten analysiert haben. Wir haben auch Aussagen, Meinungen und Vorstellungen der Gruppen, 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 und wie beide aufeinander einwirken zu beantworten versuchen.

Die Kennzeichen der spätmodernen Gesellschaft sind (nach Giddens 1991: 20): 1) Die Trennung von Raum und Zeit; 2) soziale „Entbettungsmechanismen“,¹⁰ die vor allem auf dem Wirken abstrakter Systeme (z.B. Expertensysteme)¹¹ beruhen. Diese greifen ins Leben (und in die Identität und das Selbst) der Menschen ein; 3) Die institutionalisierte Reflexivität, d.h. die Verwendung von Wissen zur ständigen Neuorganisation auch des sozialen Lebens. Diese Kennzeichen betreffen vor allem die gesellschaftliche Ebene, berühren jedoch auch das Individuum. Mit den gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen befasst sich vor allem *das erste Kapitel*. In diesem stellen wir auch die mit Reproduktionsmedizin und Organtransplantation zusammenhängenden wichtigen Techniken und Handlungsabläufe vor. Diese bilden eine Voraussetzung für das Verständnis der Dinge, über welche die weiteren Kapitel berichten.

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, v.a. im Zusammenhang mit Humantechnologien 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 Humantechnolo-

10 Darunter versteht Giddens „das Herausheben sozialer Beziehungen aus ortsgebundenen Interaktionszusammenhängen und ihre unbegrenzte Raum-Zeit-Spannen übergreifende Umstrukturierung“ (1995: 33).

11 „Systeme technischer Leistungsfähigkeit oder professionelle Sachkenntnis, die weite Bereiche der materiellen und gesellschaftlichen Umfeldler, in denen wir heute leben, prägen“ (1995: 40 f.).

gien 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 weg und hin zu lebensweltlichen Perspektiven. 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 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, so wie sie für Ratsuchende in reproduktionsmedizinischen Beratungen und Behandlungen Bedeutung erlangt – das Ziel der Behandlung: leibliche Kinder zu bekommen –, darzustellen. 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 die Prozesse der politischen Meinungsbildung ab und wie werden Autoritäten, auf die sich Politiker in ihrer Argumentation über Humantechnologien berufen, geschaffen, wenn etwa die Gesetzgebung den stets

voraneilenden Entwicklungen der Humantechnologien angepasst werden soll? Welcher Terminologie bedienen sich Experten und Politiker, wenn sie über die verschiedenen Technologien und deren Anwendung sprechen? Aus kulturwissenschaftlicher Perspektive diskutieren wir diese Schlüsselbegriffe, wie etwa „Hirntod“ und „Spende“, so wie sie im (auch politischen) Alltag verwendet werden und denen, so sind wir der Ansicht, auch ganz bestimmte gesellschaftspolitische Funktionen zukommen.

Im fünften Kapitel möchten wir die Frage beantworten, 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?

Im sechsten und letzten Kapitel führen wir die Resultate der einzelnen Analysen und die verschiedenen Argumentationsstränge zusammen. Im Zentrum steht die Betrachtung von Individuum, Identität und Gesellschaft. Selbstidentität ist nach Giddens (1991) das fortwährende Bestehen des Gefühls von Persönlichkeit in einem kontinuierlich wahrgenommen Selbst und Körper. Dabei ist das Selbst reflexiv, d.h. es wird im Verlauf des Lebens und der Lebensgeschichte modifiziert. Änderungen, neues Wissen und Erfahrungen (auch körperlicher Art) werden integriert. Dies drückt sich darin aus, dass eine Person ihr Leben biographisch, als kontinuierliche Lebensgeschichte, versteht, in die alle Wechselfälle des Lebens integriert werden. Diese Lebensgeschichte wird so gestaltet, dass sie mehr oder weniger aus ‚einem Guss‘ besteht. Dies ist die Geschichte des „Selbst“ (Giddens 1991: 52-55). Inwieweit werden Humantechnologien reflexiv angewendet, d.h. genutzt, um über Eingriffe am Körper das „Selbst“ und die Identität so zu formen, wie man es sich gewünscht hat, etwa um den eigenen Vorstellungen von einer normalen Kleinfamilie selbst bei „Sterilität“ entsprechen zu können? Die Nutzung von Humantechnologien ist nicht auf Deutschland beschränkt. Vielmehr werden sie nahezu weltweit angeboten. Sie stehen denjenigen, die deren Möglichkeiten um jeden Preis nutzen möchten, zur Verfügung, sodass sich Frauen und Männer faktisch ein breites Spektrum an Möglichkeiten bietet, sowohl was die Techniken als auch was die Kliniken (Privatkliniken, Universitätskliniken) betrifft – und dies gilt für Reproduktionsmedizin wie auch für Organtransplantation.

In einem weiteren Schritt zeigen wir auf, wie Humantechnologien auf Vorstellungen von sozialen Beziehungen einwirken – und umgekehrt, wie soziale, v.a. verwandtschaftliche Beziehungen neue Bedeutungen erfahren und welche Mechanismen bestehen, die verhindern, dass daraus neue Formen von sozialen Beziehungen hervorgehen könnten. Schließlich stellen wir dar, wie ‚die Gesellschaft‘ – auch jenseits von Deutschland – auf Körper, Körperteile und Körpersubstanzen zurückwirkt, sich ihrer auch bemächtigt – und welche Möglichkeiten sich damit für Frauen und Männer eröffnen.

Die medizinischen Fachausdrücke sind in einem Glossar im Anhang des Buches erläutert. Daneben finden sich dort Zusammenfassungen der relevanten Gesetzestexte und veranschaulichende graphische Darstellungen komplexer Sachverhalte. Auch persönliche Hinweise zu den in diesem Buch zu Wort kommenden Gesprächspartnern und -partnerinnen sowie eine statistische Auflistung der empirischen Datengrundlage sind hier einzusehen.

I. Die Rahmenbedingungen der Humantechnologien

Technisch-wissenschaftliche Voraussetzungen

Unter dem Begriff Humantechnologien fassen wir die Reproduktionsmedizin und die Organtransplantation zusammen. Er soll ausdrücken, dass bei beiden medizinischen Spezialgebieten der menschliche Körper im Mittelpunkt von Handlungen steht, die ihn temporär bzw. längerfristig oder permanent verändern, mit dem 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 Patienten, 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 (Beatmung, Überwachungsmaschinen für Körperfunktionen (Monitoring)) sowie hochtechnologische Diagnosemethoden wie Röntgen, Ultraschall, Computertomographie (CT), Angiographie, EEG, EKG und Szinti-

graphie.¹² Neben solchen Ausstattungen, die auch der Betreuung und Behandlung schwerstkranker Patienten im allgemeinen dienen, sind etwa bei der Organtransplantation weitere technische Leistungen notwendig: ein differenziertes logistisches System zur Datenübermittlung, Koordination (Computertechnologie) sowie schnelle Transportsysteme (Auto, Hubschrauber, Flugzeug) sowohl für die Patienten als auch für die zu transplantierenden Organe. Diese drei Systeme sind aufeinander so abgestimmt und deren Produkte auch hinsichtlich einer integrierten Anwendung so ausgerichtet, dass sie von Spezialisten in unterschiedlichen Kliniken und Bundesländern unabhängig voneinander eingesetzt werden können. Diese Koordination komplexer Systeme bildet die wissenschaftlich-technische Grundlage und Voraussetzung für die Anwendung von Humantechnologien. Was sie erreichen können, ist nicht Heilung. Vielmehr dienen sie der Überbrückung von ‚Mängeln‘, etwa im Zusammenhang von „ungewollter Kinderlosigkeit“ oder von irreversibel erkrankten Organen. Ihr formuliertes Ziel ist jedoch in jedem Fall eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

Besonderheiten des Körperbildes: Regionalisierung und Parzellierung

Reproduktionsmedizin und Organtransplantation betreffen zwar den ganzen Menschen, jedoch behandeln sie nur Teile desselben und nicht den ganzen Körper. 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 Körperinnern verborgen, können durch Techniken der Sichtbarmachung isoliert und visualisiert werden. Sie werden zu Objekten, die wie Fremdkörper betrachtet werden können, losgelöst vom Leib und der subjektiven Erfahrung

12 Bei diesen Methoden geht es vor allen Dingen um die Sichtbarmachung innerer Organe und Körperfunktionen.

und dem Empfinden des ‚Besitzers‘ bzw. der ‚Besitzerin‘. Sie werden zu abtrennbaren Dingen, die der ‚Besitzer‘ als seine eigenen nicht wiedererkennt – und schon gar nicht erspürt. Organe in ihrer Visualisierung sind Einzelteile. 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 Spermium 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 – ganz zu schweigen von dessen subjektiver Leiblichkeit, Identität und Selbst – in Kliniken aufbewahrt und verwendet wird.

Das Phänomen des Untergliederns und Auftrennens einer Entität in Einzelteile ist selbstverständlich nicht auf den menschlichen Körper beschränkt, sondern ist für fast alle Lebensbereiche kennzeichnend, in der technische Prinzipien ihre Anwendung finden. Eine treffende Bezeichnung, die aus der Datenverarbeitung stammt, ist die des Moduls: ein „austauschbares Teil eines Geräts (Hardware) oder eines Programms (Software), das eine geschlossene Funktionseinheit bildet“ (Brockhaus in fünfzehn Bänden 1998). Die Idee des Moduls spielt, in modifizierter Form, zweifellos z.B. auch bei Organ Austausch und Befruchtung mittels „Spendersamen“ eine Rolle, da die ‚Funktionseinheit‘, die Substanz und nicht die „Spender“-Personen oder gar die sozialen Beziehungen zwischen Gebern und Nehmern im Vordergrund stehen. Die Regionalisierung und Parzellierung betrifft also einerseits den Körper und seine Teile. Sie beinhaltet jedoch auch, wie wir sehen werden, 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 tatsächlich ein wesentliches strukturelles Merkmal, das beide Technologien auszeichnet. In leicht veränderter Form tritt es in verschiedenstem Zusammenhang wieder auf. Grundlegende Voraussetzung ist dabei die Idee, dass ein Ganzes überhaupt auf- und abgetrennt werden kann. Erst diese lässt Parzellierung und Regionalisierung – also Fragmentierung – überhaupt zu.

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. Ebenfalls eine grundlegende Voraussetzung für Organtransplantation ist die Fragmentierung des Sterbens. Der Beginn des Sterbens ist nicht eindeutig geklärt, da es sich über einen längeren Zeitraum erstrecken kann (Uhlenbruck 1997: 99). Es wird medizinisch mit dem Erlöschen der Lebensfunktionen gleichgesetzt, wobei sich dann aber die Frage danach stellt, welches die wichtigsten Lebensfunktionen sind (Blumenthal-Barby 1997: 9). 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, d.h. eines Menschen, der einmal als ganzheitliches, soziales Wesen tätig sein wird. Dies bedeutet, dass das Resultat 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 Körper: Sie befasst sich mit endokrinen Organen, Hormonen, die sie produzieren, sowie den männlichen und weiblichen Geschlechtsorganen. Die Reproduktionsmedizin (auch Fortpflanzungsmedizin genannt) hat verschiedene Techniken entwickelt, mit deren Hilfe körperlich-organische Aspekte der männlichen und weiblichen „Sterilität“ behandelt werden können.

Der Begriff der „Sterilität“ wird in der heutigen 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, mit „Infertilität“ wird die Unfähigkeit, ein lebensfähiges Kind auszutragen und zu gebären, verstanden. In der Andrologie bezieht sich die Bezeichnung „Sterilität“ auf beide Partner. (vgl. Ulrich u.a. 1988: 172; Pschyrembel 1993: 1461)

Bei der Untersuchung des weiblichen „Sterilitätsfaktors“ steht zunächst die Diagnostik der Eierstockfunktion im Mittelpunkt, da überprüft werden muss, 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, die als Einzelteile betrachtet und losgelöst vom Körper verwendet werden.

*Organtransplantation*¹³ ist eine chirurgische Behandlungsmethode, bei der vitale Organe eines Körpers auf einen oder mehrere andere Menschen übertragen werden, um so krankhafte Organe, die ihre lebenswichtigen Funktionen nicht mehr oder nur eingeschränkt ausführen, zu ersetzen. 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.¹⁴ Dies gilt, Übertragungen am gleichen Körper ausgeschlossen, auch für die Haut. Die Organtransplantation befasst sich also primär mit äußerlich nicht sichtbaren

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

14 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.

Organen. Damit ist vor allem die Region des Körperinneren Gegenstand der Transplantationsmedizin.¹⁵

Voraussetzung für eine Organtransplantation sind geeignete, d.h. funktionsfähige Organe für die Übertragung. Es gibt die Möglichkeit der „Lebendspende“ einer Niere, von Leber- und neuerdings auch Lungensegmenten zwischen Verwandten und sich nahestehenden Personen. Der größte Teil der Organe stammt in Deutschland jedoch von sogenannten „postmortalen Organspendern“. Geeignete „Organspender“ sind Komapatienten, die zum Beispiel durch schwerste Schädelverletzungen nach einem Unfall ein irreversibles Hirnversagen erleiden. Erst mit Erfindung der künstlichen Beatmung – Grundlage intensivmedizinischer Behandlung überhaupt – ist es möglich, solche Patienten zunächst vor dem endgültigen Sterben zu bewahren. Ist das Gehirn jedoch so stark und irreversibel geschädigt, dass eine Rückkehr ins Leben ausgeschlossen werden kann,¹⁶ hält jede weitere medizinische Maßnahme diesen Menschen nur in seinem Sterbeprozess auf. Das irreversible Hirnversagen, der sogenannte „Hirntod“, kann nur auf einer Intensivstation diagnostiziert werden. Zum einen ist damit für Ärzte ein Kriterium gegeben, ab dem sie ohne Vorwurf der „unterlassenen Hilfeleistung“ oder gar Tötung die intensivmedizinische Behandlung abbrechen dürfen, zum anderen wird zum Zweck der Organtransplantation der Organismus weiter aufrecht erhalten, um transplantierbare Organe für andere Patienten entnehmen zu können.

Während auf der Spenderseite eine parzellierte Sicht auf den Körper vorherrscht, rückt auf der Empfängerseite der Organismus als System – zwangs-

15 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 sogenannten 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, soll im folgenden jedoch nicht näher behandelt werden. Die Übertragung von Blut, das auch als Organ gilt und mittlerweile im großen kommerziellen Stil gehandelt wird, ist sozusagen eine der ersten Formen der Organübertragung und mit Bedingung für weitere Organtransplantationen, für die oft große Mengen an Blut und/oder Blutplasma benötigt werden.

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

läufig – stärker ins Blickfeld: Denn der Körper des Empfängers beginnt unweigerlich, das eingepflanzte Organ zu zerstören. Wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden, entzündet sich das Organ früher oder später und stirbt schließlich ab. Dieser Prozess wird auf eine komplexe Interaktion zwischen Spenderzellen und Empfängerorganismus zurückgeführt und in der Transplantationsmedizin als „Abstoßungsreaktion“ charakterisiert.¹⁷ Das eingepflanzte Organ stimuliert das Immunsystem des Empfängers und mobilisiert dessen humorale und zelluläre Abwehrkräfte. Antikörper und Lymphozyten (weiße Blutkörperchen) im Blut des Empfängers identifizieren die Zellen des Spenders anhand deren genetischer Struktur als „körperfremd“. Die Lymphozyten beginnen sich rasch zu teilen und leiten einen Zerstörungsprozess der als „fremd“ identifizierten Körperzellen ein, der schließlich zum Transplantatversagen führt.¹⁸ Das – hier stark vereinfacht beschriebene – Modell der „Immunantwort“ geht davon aus, dass zahlreiche Zellen und Moleküle des Empfängerkörpers als Elemente des „Immunsystems“ koordiniert miteinander funktionieren. Dessen schützende Ordnungsfunktionen entziehen sich sowohl einer Beobachtung durch das bloße Auge als auch einer Beeinflussung durch das menschliche Bewusstsein. Das bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten nach einer Transplantation das eingepflanzte Organ nicht durch einen Willensakt in ihren Körper integrieren können.¹⁹ Die Transplantationsmedizin muss das Immunsystem überlisten 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 Unterdrückung des Immunsystems der Empfängerinnen und Empfänger. Vor der Durchführung einer Transplantation wird geprüft, ob eine Blutgruppenunverträglichkeit besteht oder ob ein potentieller Empfänger vorsensibilisiert ist und bereits Antikörper gegen das Spenderorgan besitzt (*cross-match-test*). So lässt sich die Gefahr einer hyperakuten Abstoßungsreaktion, die innerhalb von Minuten eintritt, stark ver-

17 Zu den folgenden Ausführungen vgl. Largiadèr (1996: 56–87); Schlich (1998 a: 34–45); Abbas u.a. (1999).

18 Bei Knochenmarktransplantationen kann es zu einer umgekehrten Reaktion kommen: Da immunfähige Zellen verpflanzt werden, können diese sich gegen die Körperzellen des Empfängers wenden.

19 Es gibt allerdings Psychoneuroimmunologen, die versuchen, die Patientinnen und Patienten mental auf die Akzeptanz des fremden Organs einzustimmen und so den Transplantationserfolg zu verbessern.

ringern. Vor Nierentransplantationen wird zudem in der Regel eine HLA-Typisierung (HLA steht für *Human Leukocyte Antigen*) vorgenommen. Dabei werden bestimmte, im Erbgut kodierte Gewebeeigenschaften von Spender und Empfänger miteinander verglichen; je größer die Ähnlichkeit umso besser sind in den Augen vieler Transplantationsmediziner die längerfristigen Überlebenschancen des Transplantats, da die Immunreaktionen oft weniger heftig ausfallen.²⁰ 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.²¹ Trotz der intensiven Behandlung stellen die Abstoßungsreaktionen immer noch eines der Hauptprobleme der Transplantationsmedizin dar: Obwohl die Immunsuppressiva in den allermeisten Fällen lebenslang eingenommen werden, kann es immer noch zu akuten oder chronischen Abstoßungen kommen. Die Transplantationsimmunologie sucht deshalb nach neuen Wegen zur Verhinderung der Abstoßungsreaktionen, nicht zuletzt im Hinblick auf eine mögliche Übertragung von Tierorganen auf den Menschen (siehe auch Kapitel VI).

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 Medizin²² in Spezialdisziplinen, wie beispielsweise der Nephrologie oder Kardiologie, verankert. Diese Sichtweise ist auch in die Gesetzgebung zum 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

20 Bei anderen Organen wird die Histokompatibilität unter anderem deshalb nicht berücksichtigt, da der knappe Zeitrahmen die aufwändigen Untersuchungen nicht zulässt. Zur HLA-Kompatibilität siehe auch Kapitel VI.

21 Organtransplantationen werden erst seit knapp 20 Jahren in grösserem Umfang als Behandlungsmethode praktiziert: 1983 wurde das Pilzstoffwechselprodukt Cyclosporin als Medikament zugelassen, das die Behandlungserfolge deutlich verbesserte, weil es eine spezifischere Immunsuppression ermöglichte. Seither wurden weitere Immunsuppressiva auf den – lukrativen – Markt gebracht; sie werden in Kombination mit entzündungshemmenden Präparaten eingesetzt.

22 Wir verstehen darunter die Schulmedizin im üblichen Sinne.

isoliert, sondern auch anonymisiert, indem eine Koordinierungsstelle die personenbezogenen Daten der „Organspender“ mittels einer Kennnummer verschlüsselt (§ 13 Transplantationsgesetz [TPG]). 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 dem „Spender“.

Eine bemerkenswerte Tatsache des zugrunde liegenden Körperbildes besteht darin, dass die Organe eine unterschiedliche Bewertung erfahren: An oberster Stelle in dieser Werthierarchie ist zweifellos das Gehirn lokalisiert, das – und auch Teile davon! – von einer Transplantation ausgenommen ist. Wie wir später noch sehen werden, gilt das Gehirn als integrierendes Zentrum sowohl des Körpers, aber nach dieser Sichtweise auch des personalen Lebens insgesamt. Die Hierarchisierung der weiteren Organsysteme hängt von kulturellen Vorstellungen ab. So kommt an nächster Stelle das Herz, das als „Sitz der Gefühle“ höher bewertet wird als die restlichen Organe. Dem schließt sich die Lunge, die für den „Lebensodem“ sorgt, an. Auch die Augen als „Fenster der Seele“ haben eine besondere Stellung. Für Niere und Leber sowie die restlichen Organe ist keine eindeutige kulturelle Bewertung mehr gegeben.

Die gesellschaftlichen Voraussetzungen: juristische Rahmenbedingungen

Dass der Körper bei humantechnologischen 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 wiedererkennt, steckt in einem ‚Körper‘, der Gegenstand von Behandlungen ist. Selbst und Person werden somit davon berührt. Aus diesem Grund war die Schaffung juristischer Rahmenbedingungen notwendig, die den Humantechnologien 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 im Zusammenhang mit der Schaffung einer gesellschaftlichen Akzeptanz und Normalität, was sich in entsprechenden Gesetztexten niederschlägt, kreisen um das Problem, wann das Leben eines Menschen beginnt und wann es endet. Erstere Frage 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 dieses kulturelle Selbstverständnis, wie mit Zeugung und Tod in der kulturellen Praxis umzugehen ist, durch die neuen Technologien in Frage gestellt worden ist. Interessant ist, dass der Gesetzgeber im Embryonenschutzgesetz nicht definiert hat, wann das Leben einer Person beginnt, sondern nur von welchem Augenblick an in der Entwicklung welche Manipulationen ausgeschlossen sind.²³ Mit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes wurde jedoch der „Hirntod“ als Tod des Menschen definiert.²⁴ 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). Die Bundesärztekammer wird des Weiteren im Transplantationsgesetz verpflichtet, „Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ zu erstellen. Mit dieser Kompetenzerkennung des wissenschaftlichen Fortschritts und deren zu erwartenden neuen Entwicklungen und Ergebnissen hat der Gesetzgeber erstmals einer Interessenvertretung das Monopol zugesprochen, Definitionskompetenz im Rahmen von Gesetzgebung auszuüben. Damit wurde eine Flexibilität im gesetzlichen Umgang mit der Herausforderung der rasanten Dynamik und Entwicklungsfähigkeit der Medizin erreicht. Dieses Anpassen gesellschaftlicher Verhältnisse an wissenschaftliche Erkenntnisse hat Giddens als Kennzeichen

23 Das Embryonenschutzgesetz [ESchG] definiert lediglich den Embryo in § 8 ESchG und legt damit zwar den Beginn des Lebensschutzes, nicht aber den Zeitpunkt des Menschwerdens fest.

24 Der zweite Gesetzesabschnitt, 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).

der Gesellschaften der Moderne beschrieben und als ‚institutionalisierte Selbstreflexivität‘ bezeichnet.²⁵ Dies bedeutet: Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden immer wieder neu modifiziert, entsprechend dem jeweiligen neuesten Wissensstand, der von einem abstrakten Expertensystem hervorgebracht wird. Diese Modifikationen beeinflussen und verändern auch das soziale Leben. Und umgekehrt beeinflussen die gesellschaftlichen Verhältnisse die Bedingungen eben dieses Systems. Der Bundestag hat durch Gesetzesverabschiedungen im Bereich des Embryonenschutzes und der Organtransplantation auf die medizinisch-technischen Entwicklungen im Zusammenhang mit Humantechnologien reagiert. Auch das 1996 vom Ministerkomitee des Europarates verabschiedete „Menschenrechtsübereinkommen zur Bioethik und zu Menschenrechten“ (die sogenannte „Bioethik-Konvention“), deren Unterzeichnung von den bundesdeutschen Parlamentariern diskutiert wird, dokumentieren die Auseinandersetzung um juristische Rahmenbedingungen für Humantechnologien.

Die zulässige Anwendung der reproduktiven Technologien und deren Missbrauch, wie er zum Zeitpunkt der Verabschiedung des *Embryonenschutzgesetzes* im Oktober 1990 aufgefasst wurde,²⁶ werden auf Grundlage der Verfassung voneinander unterschieden. Der Gesetzgeber orientierte sich 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).²⁷ Das Ziel, den verfassungsrechtlich garantierten Schutz weiter gewährleisten zu

25 „Die Reflexivität des Lebens in der modernen Gesellschaft besteht darin, dass soziale Praktiken ständig im Hinblick auf einlaufende Informationen über eben diese Praktiken überprüft und verbessert werden, sodass ihr Charakter grundlegend geändert wird.“ (Giddens 1995: 54)

26 Das gesellschaftliche Verständnis von ‚Missbrauch‘/‚zulässiger Anwendung‘ ist ebenfalls Veränderungen unterworfen. Es ist anzunehmen, dass auch das Embryonenschutzgesetz revidiert werden wird, wenn die technisch-naturwissenschaftlichen Entwicklungen und Erkenntnisse sowie die damit zusammenhängenden Anwendungsmöglichkeiten (neuerdings etwa die Diskussion um aus Embryonen gewonnenen Stammzellen) fortschreiten.

27 Um die Lesbarkeit zu erleichtern, haben wir darauf verzichtet, für das Material der Parlamentsdebatten jedes Mal die Jahreszahl anzugeben. Stattdessen zeigt die Zahl vor dem Schrägstrich die Wahlperiode an: Das Embryonenschutzgesetz wurde vornehmlich in der 11. Wahlperiode (1987-90) und das Transplantationsgesetz in der 13. Wahlperiode (1994-98) verhandelt.

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 verhindern²⁸ (Keller u. a. 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. Allerdings weist auch der Schutz *in vitro* einen fragmentarischen Charakter auf, da mit der Gewährleistung des Embryonenschutzes durch das Strafrecht familienrechtliche und medizinrechtliche Auswirkungen nicht geregelt wurden. Das Embryonenschutzgesetz beschränkt sich somit darauf, mit strafrechtlichen Regelungen, die im Anhang 1 im einzelnen dargestellt sind, möglichen Missbräuchen neuer Fortpflanzungstechniken zu begegnen (vgl. BT-Drs. 11/5460: 7). Kontrovers diskutierte Problemfelder, über die in dem Zeitrahmen der 11. Wahlperiode, in der das Gesetz verabschiedet wurde, keine abschließende Regelung gefunden werden konnte, klammert das Embryonenschutzgesetz dagegen aus. So schweigt das Embryonenschutzgesetz zur vielfachen Forderung, die „künstliche“ Befruchtung nur bei Ehepaaren anzuwenden. Damit bleibt auch nach Inkrafttreten des Embryonenschutzgesetzes die Entscheidung dem behandelnden Arzt überlassen, ob auch andere Personen (insbesondere nicht-eheleiche 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.²⁹ Die homologe und heterologe Insemination, d.h. das artifizielle Einbringen des Samens vom Ehemann (homolog) oder von einem „Samenspende“ (heterolog), bleiben

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

29 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).