

Randgebiete des Sozialen

Antje Kahl | Hubert Knoblauch |
Tina Weber (Hrsg.)

Transmortalität

Organspende, Tod und tote Körper
in der heutigen Gesellschaft

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Kahl/Knoblauch/Weber (Hrsg.), Transmortalität,
ISBN 978-3-7799-3631-2 © 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3631-2>

Transmortalität

Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft

Antje Kahl/Hubert Knoblauch

*Αθανάττοι θνητοί, θνητοί αθάνατοι,
ζώντες τόν έκεινων θάνατον
τόν έκενων βίον τεθνεώντες*

*Sterbliche Unsterbliche, unsterbliche Sterbliche
leben der Anderen Tod, sterben der Anderen Leben
Heraklit, Fragmente*

Die Einleitung zu diesem Sammelband entstand aus der Einleitung zu einer Tagung, die dem Thema des vorliegenden Bandes gewidmet war. Weil diese Tagung wiederum im Zusammenhang eines Forschungsprojektes stattfand, soll die Einleitung nicht nur in die versammelten Texte einführen, sondern auch in die Argumentation des Forschungsprojektes, zu dem der vorliegende Band beiträgt. Das Forschungsprojekt trägt den Titel „Tod und toter Körper“ und hat sich die gegenwärtigen Veränderungen im Umgang mit dem Tod und, konkret, dem toten Körper zum Gegenstand gemacht.¹ Das Projekt folgt der allgemeinen sozusagen kulturhistorischen oder, soziologisch gesprochen, zeitdiagnostischen Fragestellung, ob und wie sich der Umgang mit dem Tod geändert hat. Diese Fragestellung sollte indessen nicht mit Blick auf „Todesvorstellungen“ verfolgt werden, auf die sich viele sozial- und vor allem kulturwissenschaftliche Arbeiten konzentrieren. Vielmehr fokussierte das Projekt auf den Tod gewissermaßen in seiner rohen Materialität: also auf den toten Körper.

1 Das Projekt wird im Programm „Schlüsselthemen für Wissenschaft und Gesellschaft“ von der Volkswagen-Stiftung gefördert. Beteiligt sind Forschungsteams um Andrea Esser (Universität Marburg, jetzt Jena), Dominik Groß (RWTH Aachen), Hubert Knoblauch (TU Berlin) und Brigitte Tag (Universität Zürich). Wir danken der Volkswagen-Stiftung und besonders Frau Szöllösi-Brenig für die freundliche Unterstützung.

Entsprechend spezifiziert sich die Frage: Es geht nicht nur darum, ob und wie sich der Tod in der heutigen Gesellschaft verändert, es geht viel konkreter darum, wie sich der Umgang mit dem toten Körper verändert. Es geht hier also um die toten Körper, und es wird sich zeigen, dass auch sie keineswegs so einheitlich und eindeutig sind, wie gemeinhin angenommen wird. Die Veränderungen des Todes in der heutigen Gesellschaft sind nicht nur mit dem Sterben verknüpft, das immer mehr Gegenstand der Diskussion wird.² Es geht hier auch nicht um die verschiedenen Formen der Bestattung und der Trauerrituale, die durchaus sozial- und kulturwissenschaftlich erforscht werden (vgl. z. B. Akyel 2013, Benkel/Meitzler 2013, Groß/Tag/Schweikardt 2011, Happe 2012, Kahl 2007; 2013, Klie 2008). Wir fokussierten im ersten Teil des Forschungsprojektes vielmehr auf einige konkrete Umgangsweisen, die direkt mit dem toten Körper, der Leiche und Leichenteilen zu tun haben, wie sie in der (vor allem klinischen) Sektion zum Ausdruck kommen. Im Gefolge der Befunde, die sich aus dieser Erforschung ergaben, haben wir das Konzept der Transmortalität entwickelt. Es diente uns als ein „sensitizing concept“ (Blumer 1954), um im zweiten Teil des Forschungsprojektes die Frage nach dem Umgang mit dem toten Körper am Beispiel der Organspende zu vertiefen, wobei die Lebendspende, die Kryonik oder die Plastination für uns nur eine vergleichende Rolle spielen. Die Fokussierung auf die Organspende hat sich als nicht unproblematisch erwiesen, weil unsere Untersuchung mitten in die Zeit der Organspendeskandale fiel – was sowohl die Erhebung als auch die unvoreingenommene Erörterung selbst im wissenschaftlichen Rahmen beeinträchtigte. Auf der Grundlage dieser vertiefenden und der anderen, hier versammelten jüngeren Untersuchungen wollen wir dieses Konzept nun etwas näher spezifizieren.

Das Konzept der Transmortalität enthält einmal die Hypothese, dass der Tod keineswegs mehr eine scharfe Grenze bildet. Vielmehr weist es darauf hin, dass die vermeintliche Grenze von Menschen, ihren Körpern und einzelnen Körperteilen auf unterschiedliche Weisen übersprungen, überschritten und überwunden wird. Zudem enthält es den Gedanken des Wirkens der einzelnen Menschen nach dem Tode, das ihnen auch diesseits der religiösen Transzendenz des ewigen Lebens oder der Reinkarnation möglich scheint. Weil wir mit den Beiträgen dieses Bandes eine Schärfung des Begriffes und seiner empirischen Gehalte versuchen möchten, scheint es ratsam, dass die Einleitung den Gang der Entwicklung, wie es zum Begriff

2 Zuletzt etwa bei Borasio (2014) sowie in den aktuellen Debatten zu den Gesetzesvorlagen zur Sterbehilfe oder zum Hospiz- und Palliativgesetz.

der Transmortalität kam, auf eine gleichsam narrative Weise nachzeichnet. Wir wollen deshalb diese Entwicklung im Folgenden skizzieren, um anschließend anhand der in diesem Band versammelten Untersuchungen eine nähere inhaltliche Bestimmung vorzunehmen.

Im ersten Teil (1) geht es zunächst um die Veränderungen der Rolle des Todes in der modernen Gesellschaft. Wir wollen hier die These anreißen, dass es zu einem epochalen Wandel des Todes gekommen sei, der mit dem Begriff des „postmodernen Todes“ gefasst wird. Im zweiten Teil (2) dieser Einleitung wenden wir uns dann einem besonderen Fall des Umgangs mit toten Körpern zu, an dem dieser Wandel genauer beobachtet werden kann: der klinischen Sektion. Die Suche nach den Ursachen des jüngsten Rückgangs der klinischen Sektion führt uns (3) zu einer weiteren Form des konkreten Umgangs mit dem toten Körper, der Organspende. Ihre besondere Ambivalenz ist, in unseren Augen, ein Ausdruck für die Diskussion des Konzepts der Transmortalität (4). Am Ende der Einleitung geben wir schließlich (5) einen Überblick über die Beiträge dieses Bandes. Auch weil wir über einige Aspekte des Umgangs mit dem toten Körper immer noch sehr wenig Wissen haben, soll mithilfe der hier versammelten Beiträge etwas näher spezifiziert werden, in welcher Weise wir von Transmortalität sprechen können.

1. Vom modernen zum postmodernen Tod?

Das Thema des Projektes, der gesellschaftliche Umgang mit dem Tod, berührt nicht zufällig eine großflächige Fragestellung: Denn die Frage, ob sich unser Verhältnis zum Tod ändert, ist mit einem epochalen Wechsel verbunden, dessen Tragweite im Kleinklein der Forschung häufig aus dem Blick gerät: Es geht ja nicht nur um die Frage, wie sich die Gesellschaft des Todes annimmt. Vor dem Hintergrund der historischen und sozialwissenschaftlichen Kenntnisse geht es auch um die Frage, ob wir von einer Gesellschaft, die den Tod offenbar entschieden verdrängte, in eine Gesellschaft übergehen, die sich des Todes annimmt. Für das Verständnis unserer Gesellschaft und unserer Kultur ist es entsprechend relevant, über die Frage ihres Umgangs mit dem Tod auf eine Weise zu reflektieren, die nicht moralisch, normativ oder religiös ist, sondern sich in wissenschaftlicher Weise auf empirische Befunde stützen kann. Dabei erscheint es jedoch nicht nur wichtig, die gesellschaftlichen Veränderungen im Blick zu behalten. Gerade die Wissenschaft sollte auch ihre eigenen Erkenntnisse im Blick behalten, um Veränderungen beobachten zu können. Als Beispiel sei eine Untersu-

chung genannt, die Knoblauch, Schnettler und Soeffner (1999) im Zusammenhang mit einem Forschungsprojekt zur Nahtoderfahrung durchführten. Als sie vor kaum mehr als 15 Jahren die These von der „Enttabuisierung des Todes“ vermutlich erstmals im deutschsprachigen Raum formulierten, konnten sie sich lediglich auf eine englische Arbeit von Walter aus dem Jahre 1994 berufen. Die Neuheit der These hängt damit zusammen, dass davor in den Sozialwissenschaften die These galt, die moderne Gesellschaft und Kultur verdränge den Tod. Unter Berufung auf Freud, Elias oder Foucault galt, dass die Moderne den Tod an den Rand der Kultur treibe, so dass er bestenfalls noch ästhetisch aufgemöbelt überleben könne.

Gegen diese These hatte Walter 1994 die These vom „revival of death“ gestellt und damit das Verhältnis von Tod und Gesellschaft umgedeutet. „Revival of death“ meint die Enttabuisierung des Todes und einen damit einhergehenden Paradigmenwechsel vom vormodernen, traditionellen Tod zum modernen bzw. zum postmodernen Tod.³ Die Unterschiede lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

	Traditioneller Tod	Moderner Tod	Postmoderner Tod
Autorität	Tradition	Professionelle Expertise	Persönliche Wahl
Autoritätsfigur	Priester	Arzt	Das Selbst
Dominanter Diskurs	Theologie	Medizin	Psychologie
Bewältigungsform	Gebet	Stille	Gefühlsausdruck
Das Reisende	Seele	Körper	Persönlichkeit
Körperlicher Kontext	Leben mit Toten	kontrollierter Tod	Leben mit Sterbenden
Sozialer Kontext	Gemeinschaft	Hospital	Familie

Beachtenswert ist, dass Walter offenbar die These einer radikalisierten Individualisierung in den Mittelpunkt stellt: Der Tod wird zusehends zur Entscheidung der einzelnen Person, die den Körper verstärkt als Quelle ihrer Identität nutzt, mit dem Tod auf psychologische Weise umgeht und ihn emotional mit stark psychologisierten Formen der „ars moriendi“ bewältigt. Historikern mögen diese idealtypischen Unterscheidungen überzogen und vereinfacht vorkommen, doch erlauben sie eine analytische Schärfung der

3 In Deutschland ist von der „Enttabuisierung des Todes“ erst seit 1999 die Rede (vgl. Knoblauch/Schnettler/Soeffner 1999). Ergänzend wurde 2007 von Macho/Marek die These von der neuen Sichtbarkeit des Todes vertreten, der nun zu einem selbstverständlichen Teil der Kultur geworden zu sein schien.

empirischen Frage nach der Veränderung des Todes, die auch für unsere eigenen Forschungen eine leitende Rolle spielt.

2. Die Sektion und die Ambivalenz des Todes?

Auch wenn man das Fortbestehen traditioneller Formen des Umgangs mit dem Tod natürlich nicht ausräumen kann, so dient doch die Unterscheidung zwischen den Formen des modernen und des postmodernen Todes als Hintergrund für unsere Frage nach dem veränderten Umgang mit dem toten Körper. Diese beiden Thesen bilden die Bezugspunkte für die empirische Untersuchung der klinischen Sektion. Dabei sollte man beachten, dass die klinische Sektion nicht nur für die Frage nach dem Umgang mit toten Körpern von Bedeutung ist. Denn ihr Durchbruch zum Ende des 18. Jahrhunderts steht in einer engen Verbindung mit der Entfaltung der modernen Medizin, wie sie insbesondere von Foucault herausgestellt wurde. Diese radikale Änderung macht Foucault am Unterschied der ärztlichen Erkenntnisweise fest, die er als „ärztlichen Blick“ bezeichnet: „Das Eindringen des ärztlichen Blicks in das Innere des kranken Körpers ist nicht die Fortsetzung einer Annäherungsbewegung, die etwa an dem Tage in Gang gekommen ist, an dem der – kaum noch gelehrte – Blick des ersten Arztes von fern auf den Körper des ersten Leidenden fiel; er ist vielmehr das Resultat einer gänzlichen Umgestaltung auf der Ebene des Wissens selbst“ (Foucault 1976: 151).

Darf man Foucault glauben, dann muss man es als Umwälzung betrachten, dass der Blick in den toten Körper als Mittel zur Erkenntnis des Lebens und des lebenden Körpers verstanden wird. Mit dieser Umwälzung wird die Praxis der Sektion das Paradigma für die Episteme der modernen Medizin, die ihren forschenden Blick nun systematisch und durchgängig auf das Innere des (nachcartesianisch von allen Geistern verlassen) toten menschlichen Körpers richtet, um etwas über den lebenden Körper zu lernen. In der Tat vollzieht sich die Institutionalisierung der klinischen Sektion mit der Ausbildung der modernen Gesellschaft und erreicht mit ihr zwischen 1950 und 1980 ihren Höhepunkt. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wird die Sektion zum Standard. In Ländern, in denen die Zustimmung zur klinischen Sektion eingeholt werden muss, werden bis zu 55% der Leichen sezirt, in Ländern, in denen ein Widerspruch eingelegt werden muss, sind es bis zu 99,5% (Knoblauch 2011).

So bemerkenswert die Ausbreitung der Sektion mit der Entwicklung der modernen Industriegesellschaft zusammenzuhängen scheint, so bemer-

kenswert ist auch ihr allmählicher, aber deutlicher Niedergang. Seit etwa den „langen 1960er“ Jahren fällt die Sektionsrate in wenigen Jahrzehnten auf einen dramatisch niedrigen Punkt: In den USA fiel die Sektionsquote von 41% (1964) auf unter 5% (1999), in der Schweiz von 55% im Jahr 1950 über 25% im Jahr 1991 auf 20% in 2002, und in Deutschland liegt sie im Jahr 1999 bei 3,1%, wobei man vermuten darf, dass sie seitdem weiterhin gefallen ist.

Diese dramatische Wende wirft Fragen nach möglichen Ursachen auf. Tatsächlich sind die Gründe für diesen Wandel vielfältig, doch folgt man der These des modernen Todes, so würde man die Vermutung aufstellen, dass die Zustimmung zur klinischen Sektion deswegen abnehme, weil die Betroffenen die Auseinandersetzung mit dem Tod scheuten und die Verschönerung des toten Körpers dem medizinischen Aufschneiden des toten Körpers vorzögen.⁴ Diese Annahme deckt sich mit der postmodernen Individualisierungsthese und übersetzt sie auf das Problem der Sektion. Diese These hatten wir auch im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu diesem Thema getestet – und sie wurde sehr aussagekräftig widerlegt.

Bei den Ergebnissen fällt zwar auf, dass religiöse oder regionale Unterschiede erstaunlich wenig Einfluss auf die Bereitschaft zur Sektion haben, doch umso überraschender fällt das Gesamtergebnis aus: 84 Prozent der Bevölkerung stimmen der Sektion zu, nur 10 Prozent lehnen sie ab. Die Überraschung rührt nicht nur von der Höhe der Zustimmung, die angesichts der sinkenden Sektionszahlen nicht zu erwarten war. Sie ist auch darin begründet, dass es Hinweise darauf gibt, dass sie sogar zugenommen hat: Noch 1973 gaben nur 64 Prozent der Bevölkerung an, einer Sektion zur Klärung der Todesursache zuzustimmen (Brugger/Kühn 1999, S. 119). Mit Blick auf die Betroffenen also sehen wir statt eines Bruchs, also der rapiden Abnahme der Zustimmung, wie sie aufgrund der fallenden Sektionsquoten zu erwarten wäre, eher eine kontinuierliche Zunahme der Zustimmung.

Diese Umfrage zeigt nicht nur, dass die meisten Menschen keine stärkere Aversion gegen die Sektion haben; sie zeigt sogar eine Zunahme im Vergleich zu früheren Befragungen. Wenn der Rückgang der Sektion nun also nicht auf die abnehmende Neigung der Menschen zurückzuführen ist, ihren Körper medizinischen Zwecken zur Verfügung zu stellen wider-

4 „Sterben, Tod und Trauer würden jedoch verstärkt aus dem Alltag ausgeklammert, so dass es Betroffenen zunehmend schwerer falle, sich offen und vorbehaltlos mit der Sektion des eigenen Leichnams oder eines Angehörigen auseinanderzusetzen“ (Groß/Schweikardt 2010, S. 252).

spricht durchaus der postmodernen Annahme, die Individualisierung sei eine ihrer Ursachen (Kahl/Knoblauch 2011). Gleichwohl haben wir auf der anderen Seite deutliche Hinweise darauf, dass es eine zunehmende Popularisierung des menschlichen Körpers der Sektion gibt. Dazu zählt das seit etwa der Jahrtausendwende zu beobachtende explosionsartige Ausbreitung der forensischen Sektion, die in der populären Kultur ganz neu ästhetisierte und explizite Darstellungen des toten Körpers erzeugt (Weber 2007; 2011), das wachsende Interesse an der anatomischen Sektion (Groß 2002) und das ebenso enorme Interesse an der Plastination von Hagens, die weltweit hoch populäres Interesse erweckt (Walter 2004). Auch wenn sich damit der tote Körper sichtbarlich in der breiten Öffentlichkeit zeigt, ja von ihr vereinnahmt wird, so bleibt doch auf der anderen Seite der Befund, dass die klinische Sektion an Bedeutung verliert. Von einer einfachen unilinearen Verlagerung zur Postmoderne, wie sie Walters skizziert, kann deswegen nicht die Rede sein.

Auch wenn sie nicht unilinear sind, so sind die Veränderungen im Umgang mit dem Tod doch offenkundig. Wenn wir nach einer gemeinsamen Ursache für diese Veränderungen suchen, dann liegt es aus verschiedenen Gründen nahe, sie nicht in der Gesellschaft oder den Handlungsorientierungen Einzelner zu vermuten, sondern im medizinischen System: (a) Zum einen gilt die Sektion ökonomisch nicht als besonders attraktiv, weil sie relativ schlecht erstattet wird; zum zweiten (b) hat sie auch einen geringen Status innerhalb der Medizin (Streckeisen 2001, S. 197; Bergmann 2007). Damit einher geht (c) eine veränderte Haltung der Mediziner und Medizinerinnen zum toten Körper: Es „sieht brutal aus“, sie verletzen die „Grenzen des Körpers“ und damit auch die „Würde des verstorbenen Menschen“, denen diese mit neuen Ritualisierungen begegnen (Streckeisen 2001, S. 232 ff.). Noch bedeutsamer aber mag der epistemische Wechsel zur evidenzbasierten Medizin sein, denn die wachsende Bedeutung visueller Technologien und neuer bioptischer Verfahren verlagert den medizinischen Blick sozusagen aus dem toten Körper in den lebenden Körper und vom ganzen Körper auf kleinste Partikel. An die Stelle des Öffnens der Leiche tritt die Visualisierung von Befunden. An die Stelle der Öffnung ganzer Körper tritt die Verwendung kleinster Körperspuren. „Computer-assisted medical imaging technologies (...) have created a visibility in which the human body seems to have lost its materiality and become a visual medium“ (Prasad 2005, S. 291). An die Stelle der synästhetischen Deutung von Körperteilen und ihrer optischen, haptischen oder olfaktorischen Aspekte treten ein visualisierter virtueller Körper sowie die Deutung von Bildern

und deren (durch Techniker eingeschriebene) Konventionen der Darstellung (vgl. Prasad 2005, S. 291).

Dieser Paradigmenwechsel findet durchaus auch seinen institutionellen Ausdruck: Schon 1971 wurde die klinische Sektion erstmals von einer Kommission in den USA von der Liste der Leistungen gestrichen, die Krankenhäuser vorweisen müssen, um als Ausbildungskrankenhäuserakkreditiert zu werden. Die Autopsierate in den USA, die 1961 noch 41 Prozent betragen hat, schrumpfte bis in die 1990er Jahre auf 5–10 Prozent zusammen.⁵ Auch in Deutschland ist die Sektion kein in der Qualitätsprüfung von der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen abzufragender Indikator. Der Paradigmenwechsel macht sich auch in der Pathologie bemerkbar, in der es zu einer massiven Umschichtung der Aufgaben kam. Schon 1981 sollen 70–80 Prozent der Arbeit praktisch tätiger Pathologen dem Dienst am lebenden Patienten durch bioptisch-diagnostische Bewertungen gewidmet gewesen sein. 2006 wurde nur noch 1 Prozent der Arbeit von Pathologen für klinische Sektionen aufgewendet (vgl. Groß/Schweikardt 2010).

Bedenkt man die Bedeutung der Sektion für die Episteme der modernen Medizin, so könnte ihr Bedeutungsverlust durchaus auch als Hinweis auf eine erneute epochale Veränderung der Medizin verstanden werden. Auch wenn man zweifeln mag, ob diese Veränderungen des toten Körpers am Beispiel der Sektion mit dem Konzept der Postmoderne in Deckung gebracht werden können, so scheinen doch die „langen 1960er Jahre“, wie sie in der Zeitgeschichte heißen, eine Achsenzeit der Transformation des Umgangs mit dem toten Körper und, möglicherweise, mit dem Tod allgemein zu bilden. Dies gilt nicht nur für die klinische Sektion, deren Bedeutungswandel unter anderem mit neuen Erkenntnispraktiken zusammenhängt: Anstatt Körper aufzuschneiden, um in sie hineinblicken zu können, genügt in der Biopsie häufig ein winzig kleiner Körperteil, sozusagen ein „pars pro toto“. Pathologen konzentrieren sich auf entnommene Gewebe (das Biopstat) und untersuchen es unter dem Mikroskop oder mit chemischen Verfahren. Neben dieser Miniaturisierung spielt eine weitere dramatische Veränderung der Episteme eine Rolle: die technologisch in die Praxis eingehenden Visualisierungsverfahren, die den Körper durch seine visuelle Reprä-

5 Nur noch 11 Prozent der 125 medizinischen Fakultäten in den USA verfügen über Fakultätsmitglieder, die Vollzeit forensische Pathologen sind – insgesamt 39 Personen. Ihre schwindende wissenschaftliche Relevanz zeigt sich daran, dass lediglich zwei von ihnen in leitender Funktion Drittmittelforschungsprojekte durchgeführt haben und nur einer hat eine vorzeigbare Forschungsleistung erbracht (vgl. Timmermans 2010).

sensation ersetzen und anhand visueller Repräsentationen behandelbar machen.

Diese Entwicklungen mögen Hinweise geben, die für den Umgang mit dem toten Körper durchaus bedeutungsvoll sind: Es ist nicht der ganze Körper mehr, es ist auch nicht sein Inneres, es sind zuweilen mikroskopische Teile des Körpers, die Verwendung finden, und es ist eine Verwendung, die sich durch Visualisierung und eine besondere Form der Technisierung auszeichnet: Technologie ist hier nicht nur eine Ergänzung der medizinischen Praktiken, sie scheint selbst medizinische Praktiken zu generieren.

Der Bedeutungsverlust der klinischen Sektion gibt zwar einen Hinweis auf die möglicherweise epochale Veränderung des Körpers, doch bleibt dieser Hinweis so negativ wie seine Deutung: Das Eindringen des medizinischen Blickes in den toten Körper ist nun nicht mehr nötig. Doch was lässt sich positiv über die vermutete Änderung sagen?

3. Die Organspende

Wenn wir nach neuen Formen des Umgangs mit dem toten Körper suchen, dann rücken eben jene Praktiken in den Blick, die von der technisierten medizinischen Praxis selbst generiert werden.⁶ Eine der bedeutendsten technisierten medizinischen Praktiken, die sich zur selben Zeit etabliert, in der es zur Abnahme der medizinischen Sektion kommt, stellt zweifellos die Organtransplantation sowie die mit ihr verbundene Organspende dar. Dabei haben wir es zum einen mit einer soziotechnischen Innovation zu tun. Diese war zwar schon früher erfunden worden, sie setzte sich aber erst mit den Bernardschen Herztransplantationen als Innovation durch, die auch eine Diffusion findet. Sie war mit verschiedenen weiteren technischen Entwicklungen verbunden, wie etwa der Erfindung der Herz-Lungen-Maschine. Es handelt sich hierbei um eine soziotechnische Innovation, weil mit der darauf folgenden Etablierung der Transplantationsmedizin auch neue

6 Wir gehen nicht davon aus, dass die Praktiken von neuen Technologien determiniert werden; vielmehr soll die Rede von den technisierten medizinischen Praktiken betonen, dass sich dieser neue Umgang nicht nur den Technologien verdanken, sondern dem praktischen Umgang mit diesen Praktiken. Und einer zu sehr auf „unbewusste“ Praktiken setzenden „Praxistheorie“ wie auch einer auf die Akteurhaftigkeit der Technik setzenden „Aktor-network-Theorie“ sei auch entgegengehalten, dass die Technologien selbst ja sehr bewusst handelnd erzeugt werden – was auch von ihrer Aufnahme ins medizinische System und ihrer jeweils individuellen Einübung gesagt werden kann.

Praktiken, ein ausdifferenziertes medizinisches Sonderwissen und besondere medizinische Rollen entstanden. Zu diesen Rollen zählt nicht nur das sich nun immer stärker spezialisierende medizinische Personal, sondern auch eine neue Kategorie von Patienten, die damit geschaffen wurde.

Könnte man die Ausbildung der Transplantationsmedizin lediglich als hochgradig spezialisierten Innovationszweig innerhalb der Medizin ansehen, so geht sie mit einer zweiten viel grundlegenderen medizinischen Innovation einher. Es ist dies die neue Definition des Todes als Hirntod, die sich seit Ende der 1960er Jahre durchzusetzen beginnt. Weil nun das Herz bei nicht mehr funktionierenden wichtigen Hirnfunktionen noch schlagen und der Mensch trotzdem als tot gilt, macht diese Neudefinition Körper, die davor noch als lebend galten, nun zu toten Körpern. Die Durchsetzung des Hirntodkriteriums hatte zwar selbst technische Voraussetzungen, die mit der Notwendigkeit einer neuen (und wie sich herausstellte, in ihrer Bestimmung nicht abgeschlossenen) technischen „Messung“ des Todeszeitpunktes liegt. Sie schließt aber vor allen Dingen eine nicht nur über die Transplantationsmedizin, sondern die Medizin insgesamt hinausweisende neue Definition des körperlichen Todes ein. Auch das Recht war nun gezwungen, den Tod auf eine neue Weise zu regeln (ein Prozess, der national sehr unterschiedliche Umsetzungen erfuhr). Dass mit dieser keineswegs unumstrittenen Neudefinition des Gehirns als Bestimmungsorgan von Leben und Tod auch eine Neuordnung des Wissens in der Wissenschaft stattfand, kann hier nur am Rande erwähnt werden.⁷ Jedenfalls dürfte die Neudefinition einer der latenten Gründe für die neurowissenschaftliche Wende gewesen sein. Die Hirnforschung wurde nun in die Rolle einer Legitimationsinstanz gerückt aus Gründen, die damit zu tun haben dürften, dass die dynamischen Entwicklungen und Veränderungen der Hirnforschung und ihrer Messtechnologien unmittelbar Folgen für die Todesbestimmung haben (ein Umstand, der ja in der deutschen Gesetzgebung ausdrücklich Berücksichtigung findet). Wie die anfänglich enorme Publizität der Transplantationsmedizin zeigt, betrifft die Veränderung der Todesdefinition ja keineswegs nur Medizin, Wissenschaft und Recht (und damit auch die gesetzgebenden politischen Einrichtungen), sie betrifft natürlich auch die Bevölkerung und jeden Einzelnen. Weil die Entscheidungen über die

7 So bemerkt einer der frühen Vertreter der Hirntoddefinition, der Rechtsmediziner Wolfgang Spann, in einer Anhörung der CSU-Fraktion zum Hirntod: „Wichtig ist, dass es keine naturwissenschaftlich exakt festlegbare Grenze zwischen Leben und Tod gibt. Es ist immer eine Konvention der Gesellschaft, worauf man sich geeinigt hat“ (Sigmund-Schulte 1999, S. 258 f.).

Todesdefinitionen durch die medizinische Expertise begründet wird, bleibt die Bevölkerung von einer Entscheidung über den Tod ausgenommen, und auch das Recht der Einzelnen über den Tod ist ja durch das staatliche Gewaltmonopol mehr oder weniger stark begrenzt. Die Frage aber, wie sich die Bevölkerung zu diesem neuen Umgang mit dem Tod verhält, wird besonders virulent beim Problem der Organspende. Denn unabhängig davon, ob die Bereitschaft zur Organspende durch (auf Eigeninitiative der Einzelnen beruhenden) Widerspruch oder durch eine (von Seiten der medizinischen Institutionen) formal einzuholende Zustimmung gelöst ist, bleibt die Organspende in den demokratisch legitimierten Gesellschaften an die Bereitschaft der Einzelnen (oder der Angehörigen) gebunden.

Aus diesem Grunde ist die Organspende auch von besonderem Interesse für unsere Frage nach der Transmortalität. Weil die postmortale Organtransplantation schon namentlich die Grenzen dessen überschreitet, was noch vor der entsprechenden Gesetzgebung als tot galt, stellten wir sie in den Mittelpunkt der Frage nach der Transmortalität. Dabei geht es einerseits um eine bedeutende, ja paradigmatische Veränderung des medizinischen Umgangs mit dem toten Körper; zum anderen hat diese Veränderung bei der Organspende auch eine gesamtgesellschaftliche Dimension, die an die Entscheidungen der Einzelnen und damit auch an ihr Wissen gebunden ist. Dass wir uns auf die Organspende konzentrieren, ist schließlich aber auch damit verbunden, dass sie soziologisch eine ähnliche (aber anders gelagerte) Ambivalenz aufweist als die klinische Sektion: Obwohl sie nämlich von der Institution der Medizin erwünscht ist, mittlerweile routinemäßig durchgeführt wird und eine breite Anerkennung in der Bevölkerung genießt, liegen die Organspendezahlen erstaunlich niedrig, und zwar auch schon bevor die Skandale publik wurden, die das Organspendewesen in Deutschland in den letzten Jahren in Verruf brachten. So sind 2012 deutliche 70% der Befragten einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) bereit, sich Organe und Gewebe entnehmen zu lassen. Die Zahl erhöht sich noch deutlicher, wenn gefragt wird, ob man selbst ein gespendetes Organ annehmen würde, und zwar auf 85%. So deutlich aber die Organentnahme bzw. Organannahme akzeptiert ist, so stark bleibt doch die faktische Bereitschaft hinter der bloßen Einstellung zurück. Trotz erhöhter Spendermeldungen nahm die Zahl der Organübertragungen nach Inkrafttreten des ersten Transplantationsgesetzes in einem Jahr nur um 2,1% zu (von 3839 in 1997 auf 3918 in 1998); die Zahl der Organspender hat sogar tendenziell nachgelassen. Im Jahr 2012 haben lediglich 22% der Befragten einen Organspendeausweis; von denen, die die Organentnahme akzeptieren, sind es lediglich 27%. Wir haben es also mit einer massiven

Diskrepanz zwischen der Akzeptanz und der faktischen Bereitschaft zu tun.
Wie ist diese Ambivalenz zu erklären?

Zur Erklärung dieser Diskrepanz tragen einige der hier versammelten Beiträge einiges bei. Dazu sollten man daran erinnern, dass die Diskrepanz offenkundig an der Schaltstelle zwischen den spezifischen Entwicklungen im medizinischen System und der Bevölkerung liegen, die in einer hochgradig individualisierten Weise zum Thema Stellung beziehen muss: Die Entscheidungen zur Organspende müssen von Einzelnen (oder Angehörigen) getroffen werden. Eine besondere Rolle in dieser Schaltstelle spielt dabei die gesundheitliche Aufklärung, die die Vermittlung des entscheidungsrelevanten Wissens zur Aufgabe hat. Dabei weisen sowohl Kaiser und Groß als auch Kahl und Weber (in diesem Band) auf die Unausgeglichenheit der „Aufklärung“ zum Thema Organspende in der deutschen Öffentlichkeit hin. Kahl und Weber beziehen sich dabei besonders auf das durch Bevölkerungsbefragungen hergestellte und veröffentlichte Wissen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die einen gesetzlich verankerten Auftrag zur ergebnisoffenen Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich der Organspende hat und einer der wesentlichen Akteure im Bereich der Wissensproduktion und Wissensvermittlung ist – neben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), deren Kampagnen im Fokus der Untersuchung von Kaiser und Groß (in diesem Band) stehen. Diese Unausgeglichenheit wird von Esser und Kersting (in diesem Band) noch spezifiziert. Sie argumentieren, dass die Kampagnen den eigenen Aufklärungsanspruch unterlaufen, indem sie eine *Ambiguität des Lebensbegriffs* ausnutzen, die die bloß materielle oder organische Persistenz des Körpers bzw. seiner Teile mit der Identität der Personen kurzschließt und damit *kontradiktorische* und *konträre* Gegensatzverhältnissen in dem Gegensatzpaar Leben und Tod unkontrolliert miteinander verwechselt. In der Folge konterkarieren die Kampagnen gerade die Glaubwürdigkeit der Transplantationsmedizin, weil sie infrage stellen, was die Organspendepraxis als ihre Ermöglichung selbst in Anspruch nimmt: nämlich die Überzeugung, dass mit dem Hirntot das endgültige Ende des menschlichen Lebens eingetreten ist.

Kaiser und Groß (in diesem Band) bestätigen diesen Eindruck anhand der Analyse von Aufklärungs-Anzeigen der DSO. Sie zeigen, dass diese Anzeigen entschieden moralisierend sind und mehr oder weniger deutlich eine Verpflichtung zur Organspende suggerieren. Der moralische Charakter wird, wie Motakef (in diesem Band) zeigt, aus dem Prinzip der Gabe abgeleitet, die die Organspende moralisch bis hin zu einer „Solidaritätsverpflichtung“ überhöht. Auch wenn das Gabeprinzip einer eindimensionalen

Ökonomisierung der Organspende vorbeugt (Hauser-Schäublin, in diesem Band), bleibe dieses Gabenprinzip unvollendet und damit ambivalent.

Diese Ambivalenz drückt sich auch in den individuellen Einstellungen aus, die wir als eine Grundlage für die zögernde Entscheidung für die allgemein so positiv bewertete Organspende ansehen müssen. In ihrer für die BRD repräsentativen Umfrage bestätigen Kahl und Weber (in diesem Band), dass die meisten der Befragten die Organspende als positiv ansehen, doch widersprechen ihre Ergebnisse der Annahme der BZgA, der Hirntod sei in der breiten Bevölkerung allgemein bekannt und werde eindeutig verstanden. Die Ergebnisse ihrer Befragung deuten vielmehr an, dass die mit dem Hirntod verbundenen Vorstellungen der Befragten weitaus komplexer und ambivalenter sind, als es in der BZGA-Befragung dargestellt worden ist. Diese Ambivalenz drückt sich auch in anderen Werten aus. So stimmten immerhin 28% der Befragten der Aussage zu, „hirntote Patienten sollten nicht als Organspender benutzt werden“, und 37% hätten, wenn sie selbst auf ein fremdes Organ angewiesen wären, lieber ein künstliches oder ein aus Stammzellen gezüchtetes Organ als das Organ eines Hirntoten. Die über die Kampagnen vermittelte moralische Zustimmung zur Organspende scheint also mit einer Unsicherheit über den Hirntod verbunden, die entweder auf Unwissen über den Hirntod oder auf eine Ablehnung des Hirntodes zurückzuführen ist. Diese Unsicherheit wird durch andere Gründe noch verstärkt. So befürchten 67% von denjenigen, die eine Organspende ablehnen, Missbrauch beim Organhandel. 63% haben Angst, dass die Ärzte nicht mehr genügend für ihre Lebenserhaltung tun, 36% haben Angst, dass ein Organ vor ihrem Tod entnommen wird (aber nur 33% sind der Meinung, dass der Hirntod nicht der Tod ist); nur 22% sind der Meinung, dass die Organentnahme die Totenruhe stört. Die zweithäufigste Angabe aber bezieht sich schon wieder auf jene Frage, die mit dem Hirntod verbunden ist: „Ich will nicht vorschnell für tot erklärt werden“ geben 26% an (BZgA 2012, S. 17 ff.).

Die Ambiguität der Organspende spiegelt also in mehrerlei Hinsicht die sozialstrukturelle Ambiguität wider: Auf der einen Seite scheint sich ein Merkmal des postmodernen Todes durchgesetzt zu haben, dass nämlich selbst beim toten Körper und seinen Teilen das Prinzip der Gabe weder auf Ekel noch auf Widerstand stößt (sieht man von der durchaus komplexen psychologischen Verarbeitung der Transplantation bei den Betroffenen ab). Auf der anderen Seite aber bleibt die tragende, medizinische Vorstellung des Hirn-Todes für die nichtmedizinischen Öffentlichkeiten auf eine soziale Weise esoterisch, beruht sie doch auf Sonderwissen, Technologien und Prozeduren, die dem Allgemeinwissen weitgehend unzugänglich und auch

lebensweltlich soweit befremdlich sind, dass sie selbst manchen Ärzten befremdlich anmuten.⁸ Der Todesbegriff, der innermedizinisch entwickelt wird, findet in der Gesellschaft kein entsprechendes Pendant; er stößt zwar kaum auf kognitiven Widerspruch – dies aber vor allem, weil er eine Form des Nichtwissens bleibt: Die Betroffenen wissen nicht nur etwas nicht, sie wissen auch, dass sie es nicht „wirklich“ wissen, und zwar obwohl es sie in einer sehr existentiellen Weise betrifft oder betreffen könnte.⁹ Diese sozialstrukturelle Ambiguität also erklärt die Ambiguität der Einstellung um die Organspende.

4. Transmortalität

Auch wenn die Erklärung der Ambiguität der Organspende vor allem international vergleichend noch geschärft werden müsste, betrachten wir die Organspende (bzw. genauer: die Organtransplantation) hier nur als einen, wenn auch bedeutenden Fall für die allgemeinere Frage nach dem Umgang mit dem Tod in der heutigen Gesellschaft. Das ist wohl auch der Grund dafür, dass nach Schneider (1999) die freiwillige Vergabe von Organen, die Transplantationsmedizin als eigener medizinischer Institutionsbereich und vor allem die gesellschaftsweite Durchsetzung des Hirntodes als gesellschaftliche Innovation angesehen werden kann, im Zuge derer von der Tendenz zur „Transplantationsgesellschaft“ spricht (Schneider 1999). Während aber die Transplantation eine ambivalente Rolle spielt, erkennen wir einen umfassenden Wandel im Umgang mit dem Tod, den wir mit dem Begriff der Transmortalität bezeichnen. Transmortalität ziehen wir dem Begriff des Postmortalen vor, den Lafontaine (2010) vorschlägt. Sie fasst darunter die Prozesse der „Dekonstruktion und Desymbolisierung“, durch die der Tod zu einem „bedeutungslosen Phänomen“ werde. Schon allein die Organspende widerspricht allerdings dieser These der Bedeutungslosigkeit des Todes. Denn es handelt sich ja um lebende Organe, die als tot erklärten Körpern entnommen werden. Die Organtransplantation scheint vielmehr die Grenze zwischen Tod und Leben zu überschreiten. Schon aus diesem Grunde ziehen wir den Begriff der Transmortalität dem der Postmortalität

8 Diejenigen, die von Berufs wegen den Hirntod feststellen oder hirntote Menschen pflegen, sind sich sehr wohl bewusst, dass die Todesfeststellung eine kulturelle Konvention darstellt und hegen nicht selten Zweifel oft an der Legitimität des Hirntodkonzeptes. Vgl. hierzu z. B. Baureitel/Bergmann 1999.

9 Zu diesem Begriff des Nichtwissens Schütz/Luckmann 1984.

vor. Dies umso mehr, als, wie sich gezeigt hat, auch die Bevölkerung nicht die medizinische und juristische Begrifflichkeit des Hirntods zu teilen scheint: Abgesehen von dem geringen Teil, der die Setzung des Hirntodkriteriums nicht akzeptiert, ist ein ansehnlicher Teil der Bevölkerung hinsichtlich dieses Kriteriums zumindest verunsichert oder im Ungewissen – ein Quell der genannten Ambiguität der Organspende.

Der Begriff der Transmortalität schließt an die These Lindemanns (2002) an, dass sich das Grenzregime des Todes grundsätzlich ändere. Das bedeutet aber nicht nur, dass die Grenze zwischen Tod und Leben einfach neu bestimmt wird. Transmortalität ist vielmehr mit Transgressionen dieser Grenze verbunden. Der Tod ist nicht mehr nur ein Punkt ohne Wiederkehr, er zeichnet sich heute zunehmend durch eine „reversible Irreversibilität“ aus (Manzei 2013). Dies zeigt sich durchaus auch mit Blick auf die Organspende, gelten doch international sehr variable Regelungen.¹⁰ Transmortalität bezeichnet also nicht ein „jenseits der Mortalität“, sondern eine Umordnung des Verhältnisses von Leben und Tod, in der sich ein Zwischenbereich entwickelt, der auch ins Leben eingreift – von den embryonalen Lebensformen bis hin zu all den menschlichen Körpern, die mit (toten) technischen Geräten durchsetzt, angereichert oder sogar vermischt sind.

Die mit der Transmortalität verbundenen Bewegungen über die vermeintliche Grenze hinweg zeigen sich auch sozusagen von der anderen Seite her. Hier stößt man auf die nur mehr oder weniger als lebendig angesehenen Wachkomapatienten, wie sie von Hitzler (in diesem Band) beschrieben werden. Wenn der Hirntod als Kriterium gewählt wird, rücken Menschen mit schweren Hirnschädigungen in eine ausgesprochen prekäre Situation zwischen Leben lassen und Sterben machen bzw. Leben machen und Sterben lassen. Sie werden deswegen auch als „Neutote“ („neomorts“) bezeichnet (Lock 2002), als Wesen, die zwar als tot gelten, die noch atmen, warm sind und Exkreme produzierten. Noch deutlicher wird dieser Zwischenbereich von Gehring betont, die von dem Untoten als dem „semi-vitalen Mittelding“ spricht. Sowohl in der Reproduktions- wie eben in der Transplantationsmedizin wird ein stabiler Zwischenzustand geschaffen, der

10 In Großbritannien etwa werden lebenswichtige Organe bereits nach dem Hirnstammdot entnommen. In Österreich, Belgien, der Schweiz, den Niederlanden und den USA dürfen Organe bereits nach dem Herzstillstand entnommen werden (Non-heart-beating donors) (vgl. Manzei 2013, S. 28). Von kulturellen Unterschieden ganz zu schweigen, gelten in Japan Hirntote als noch nicht tot. Der in Japan verbreiteten volkstümlichen Vorstellung zufolge ist das Leben im gesamten Körper verteilt (ähnlich dem chinesischen Chi) und „numerous Japanese television programmes, magazine articles and books have repeatedly cast doubt as to whether death can be understood as a clearly diagnosable event“ (Lock 2004, S. 149).