



Erika Feyerabend

## Warenförmige Körper.

### Über die Kommerzialisierung von Körperstoffen in der Medizin

Der menschliche Körper wird in der Medizin als eine Art »Substanz-Körper« behandelt, bewertet und zur Sprache gebracht. Gemeinnützige Blutspendedienste beispielsweise verarbeiten Blut zu warenförmigen Blutprodukten. Privatunternehmen oder ähnlich orientierte öffentliche Institute bergen aus toten Körpern Knochen, Gewebe, Herzklappen, Hornhäute und anderes mehr, um sie in der Transplantationsmedizin anzubieten. Immer mehr staatlich geförderte Biobanken vergeben geldwerte Zugriffsrechte auf Blut, Gewebe und medizinische Daten von Kranken und Gesunden an Pharmaunternehmen, um perspektivisch genetische Diagnoseinstrumente oder neue Medikamentengenerationen produzieren zu können. Transplantationszentren halten ihre Institutionen über möglichst expandierende Organverpflanzungen von »hirntoten« sowie gesunden Menschen aufrecht. Im internationalen Maßstab ist die Selbstvermarktung in Form von Organhandel eine zum Teil illegale, zum Teil geduldete, zum Teil legalisierte Realität. Auch der hoch privatwirtschaftliche Fortpflanzungssektor macht sowohl rechtlich wie gesellschaftlich akzeptierte Geschäfte mit dem Kinderkriegen. Hier sind Keimzellen und Embryonen nicht mehr »nur« begehrte Objekte bevölkerungspolitischer Planungen, sondern auch einer Bio-Ökonomie, die sie zur Gewebeproduktion und zum Wissenserwerb nutzt.

Die Körper aller – ob der Frauen, der Gesunden, der Kranken, der Irren oder der Fremden – sind durchlässig und in Teilen verwertbar geworden. Nahezu grenzenlos scheint das, was wir physisch sind, den Regeln biomedizinischer Produktionen und Reproduktionen unterworfen zu werden. Die Integration dieses neuen »Substanz-Körpers« in die Welt der Warenzirkulation verläuft keineswegs reibungslos. Der menschliche Leib konnte im Laufe der Geschichte ausgebeutet und bis zur physischen Erschöpfung ausgepresst werden. Der Historiker Valentin Groebner zeigt die verschiedensten Formen des Verkaufs von Körpern vor allem in seiner Eigenschaft als Träger von Arbeitskraft in der mittelalterlichen Gesellschaft auf. Damals wurden Lösegelder für Söldner gezahlt und Sklavenhandel betrieben. In der Frühen Neuzeit gab es aber auch Geschäfte mit Leichen für anatomische Sektionen. Im 19. Jahrhundert wurden Haare und Zähne verkauft (Groebner 2005: 69-84). Doch genau das war Anlass für unermüdliche Auseinandersetzungen. Der »Arbeits-Körper« ist, allen liberalen Ideologien zum Trotz, bis heute keine unhinterfragte Selbstverständlichkeit. Sicher ist der Frauenleib als Ort der Gattungsplanung eine historische und aktuelle Realität, aber auch die Versuche von Frauen, diese Politik zurückzuweisen. Der menschliche Leib galt und gilt als etwas Besonderes, in der Arbeit, in der Liebe und sicher auch in jenen Belangen, die erst seit kurzem auf neue Weise biopolitisch interessant werden: im Schmerz und im Tod.

Die Praktiken und Diskurse, die Körpersubstanzen und Organe zirkulations- und eigentumsfähig machen, sind in ihren massenhaften und globalisierten Dimensionen ein neues Phänomen. Sie rufen intuitive Irritationen hervor, zumindest wenn es um die Selbstvermarktung geht, beispielsweise auf den Organ- und Eizellmärkten. Die Fremdvermarktung gilt als weniger problematisch. Sie findet kaum sichtbar in rechtlichen Grauzonen statt und wird mit Heilungsversprechen verziert, die mittlerweile nicht nur ins Marketing der Unternehmen, sondern auch im Neuland des nationalen oder transnationalen Biorechts eingeschrieben sind.

Welche Gründe sprechen gegen den Ausverkauf des Körperinneren? Gesellschaftlich üblich



seien bereits: der Verkauf intellektueller Arbeit, die Prostitution, kapitalisierbare Lebenszeit auf dem Arbeitsmarkt oder die Inwertsetzung des Körpers bei Schadensersatzansprüchen. Wieso sollte der Kommerz ausschließlich in der Biomedizin problematisch sein? Da der Körper ohnehin Ergebnis sozialer Interaktion sei, warum also nicht auch marktförmiger Beziehungen? [1] Fragen wie diese wurden im Rahmen einer Tagung zur »Kommerzialisierung des Körpers« formuliert. Sie sind alles andere als offen und nehmen nicht nur die verschiedensten Formen fragwürdiger Lebens- und Arbeitsverhältnisse als gegeben hin. Sie ignorieren den kulturellen Sonderstatus des menschlichen Körpers und setzen an diese Stelle die gesellschaftliche Normalität des Kommerzes. Für neoliberale BioethikerInnen reicht diese Normalität bis zu Selbstvermarktung. Weniger offensive VertreterInnen dieser Zunft fordern wenigstens »Aufwandsentschädigungen« oder »maßvolle Vergütungen« für die AnbieterInnen von Körpersubstanzen.

## Ideologische Fallstricke

Die biopolitischen Eingriffe in die Körper- und Verhaltensökonomien werden verlangt im Namen »des« Menschen und seiner »freien Entscheidung«, einer verbesserten Gattung und allgemeiner Lebenszeitzugewinne. Alle sollen profitieren können, sieht man von den zahlreicher werdenden Verweisen ab, dass auch die Flucht aus Armutsprozessen als Motiv für die Eigenvermarktung gesellschaftsfähig werden könnte. Aber auch KritikerInnen reden vom »Menschenwesen«, das in seiner Existenz, seiner »Würde«, seiner »Natur« bedroht sei. Lenkt ein so geführter ideologischer Streit um »den Menschen« nicht von viel gefahrvolleren Bühnen ab? »An den Menschen etwas erkennen«, so Louis Althusser, »kann man nur unter der absoluten Bedingung, dass der philosophische (theoretische) Mythos des Menschen zu Asche reduziert wird« (Althusser 1969). Die biomedizinischen Taten und Worte rund um »genetische Informationen«, Organe und andere Körperstoffe steigern und deformieren paradoxerweise die abstrakten Ideale vom »Menschen«. Sie sind zu elastisch, um Barrieren gegen die Marktlogiken der aktuellen Biomedizin zu sein. Denn: Die humanistischen Diskurse über das Menschenwesen beinhalten bis heute auch das Sprechen über den »Unmenschen«: Sklaven, »Neger«, Kolonisierte, Angehörige von Unterklassen, Frauen, Psychiatrisierte, Kranke, Behinderte und »Hirntote«. Auch in modernen Gesellschaften sind es vor allem die IdealabweichlerInnen, die ihre Körper selbst zu Markte tragen oder für zukünftige Krankengenerationen und Erkenntnisgewinne fraglos zur Verfügung stellen sollen. Die Perspektive der »Selektion« – im Normalfall mit den Waffen internationaler und eugenischer Bevölkerungspolitik, im Extremfall durch Vernichtung – ist heute überlagert von neuen »Produktivitäten«, die ihre Körper wertvoll machen. Sicher gibt es christliche und säkular begründete Humanismen, beispielsweise in Anlehnung an Immanuel Kant, die eine Verwandlung »des« Menschen in einen reinen Rohstoff, Produktionsagenten und eine Ware zurückweisen. Doch wo verlaufen die Grenzen zwischen veredelnder Erziehung, Züchtung und biomedizinischer Aufbesserung? Wie kann reine Gewinnorientierung von »therapeutischen« und lebenssteigernden Techniken unterschieden werden? Ist nicht gerade die Fiktion eines rational handelnden Subjektes mit weitreichenden Selbstverfügungsrechten grundlegend für die verschiedenen humanistischen Konzepte und auch für die biomedizinischen Nutzungsperspektiven? Auch die Vorstellung vom Menschen als »Eigentümer seiner selbst« im metaphysischen, politischen, juristischen und ökonomischen Sinne ist hier verankert. Wo endet in diesem ideologische Gewebe die Eigentumsfähigkeit seiner selbst? An der Niere, an der verwertbaren Idee oder an der Körperkraft?

Der Streit um »Werte« und Menschenideale neigt dazu, die bereits üblichen Herrschafts- und Eigentumsverhältnisse für richtig und gegeben anzuerkennen. Extrem neoliberale Ideologien befürworten die kapitalistische Vergesellschaftung, die aktuell ins Körperinnere hinein erweitert wird, humanistische können sie nicht verhindern. Letztere legen nahe, dass dieser



Prozess als Folge einer wild gewordenen Technologieentwicklung oder Ökonomie zu interpretieren sei, die auf ein erträgliches Maß zurückgestutzt werden könnte. Das kann bezweifelt werden. Im Übergang vom »Arbeits-Körper« zum »Substanz-Körper« beginnen Subjekte, sich und andere als Eigentümer ihres Körpers zu sehen – mit enormen Auswirkungen für das soziale Zusammenleben. Es geht nicht nur um den Verlust eines abstrakten Ideals. Auch gelebte Erfahrungen, dass Beziehungen nicht-instrumentell sein können, droht verloren zu gehen. Wenn Märkte für Leihmütter denen von Leihwagen ähnlich sind, ist sicherlich das aufgeklärte Individuum in Gefahr. Nicht seine »Einzigartigkeit« dominiert, sondern die Erwartung, dass der Preis (vermeintlich) bestimmt, welche Ware man erhält. Doch wie ist es mit der Kritik bestellt, wenn »die« Verbesserung »des« Menschen über biomedizinische Institute und Firmen in Aussicht gestellt und altruistische Mithilfe erwartet wird? Auch unter diesen Fremdvermarktungsbedingungen wird der Körper zum Ensemble von Substanzen, die weltweit zirkulieren können wie – oder als – Kapital. Entstehen nicht genau hier jene Begehrlichkeiten und Knappheiten, die dann im Modell der bezahlten Substanzabgabe enden, weil die angerufene »Nächstenliebe« den steigenden Bedarf nicht decken kann? Nicht nur individuelle Wahrnehmungen ändern sich. Die juristischen und politischen Regulierungen, die das Körperinnere betreffen, schaffen administrative Strukturen und bio-rechtliche Wirklichkeiten. Angesichts der entstehenden Körperökonomien bedarf es weniger der Verteidigung – ohnehin instabiler – Wertekanons, sondern einer politischen Ökonomie der Biomedizin.

## Der »gute« Tod

Seit 1963 sind hierzulande 79.000 Organe verpflanzt worden. Durchschnittlich 4.000 Transplantationen werden jährlich durchgeführt, meist von Nieren. Außerdem wechseln rund 400 Herzen, 800 Lebern, 250 Lungen und 150 Bauchspeicheldrüsen ihren Ort. Die überwältigende Anzahl der Organe wurden von hirntot klassifizierten PatientInnen entnommen. Gesunde Menschen, so genannte LebensspenderInnen, haben im letzten Jahr 553 Nieren und 78 Teillebern organbedürftigen Kranken gegeben.[2] Im Vergleich zu anderen Therapieversuchen ist die Transplantation ein seltener Eingriff. Dennoch weiß in dieser Gesellschaft jede/r, dass unter bestimmten Voraussetzungen der Tod produktiv gemacht werden kann. Es ist bekannt, dass in den Körpern der Einen Überlebenschancen für andere stecken. »Organspende schenkt Leben« – so lautet das Motto der Aufklärungsbroschüren mit integriertem Spendeausweis. Beschworen wird die Lücke zwischen tatsächlich durchgeführten Transplantationen und den vielen Wartenden, nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation an die 12.000. In den Werbebroschüren wird mit einem »unverantwortbarem« Tod gedroht: Die »WartelistenpatientInnen« stürben nicht mehr an ihren Krankheiten. Ihr Tod ist weder Schicksal noch mangelnder medizinischer Kunst geschuldet, sondern den Organengpässen. Eine gesellschaftliche Norm ist entstanden: der »gute«, moralisch hochwertige Tod findet unter Abgabe von Organen statt. Das »sinnvolle« Sterben wird mit der »Nützlichkeit« hirntoter Körper assoziiert.

Etabliert werden konnte die Transplantationsmedizin u.a. durch eine internationale Expertenrichtlinie, die den Tod neu fasste. Ende der 1990er Jahre verkündete ein Expertengremium in den Vereinigten Staaten, dass bislang als »irreversibel komatös« bezeichnete PatientInnen unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien als (Hirn)Tote bezeichnet werden können (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School (1968): 337-340). In den folgenden Jahren wurde die Konvention weltweit übernommen. Sie war nötig, um regulär Herzen, Leber und andere lebenswichtige Organe explantieren zu können, ohne dem Vorwurf ausgesetzt zu sein, durch die Organentnahme zu töten. Beatmete, durchblutete, ausscheidenden und zum Teil bewegungsfähige PatientInnen wurden per Definition zu Toten. Die Begründungen der neuen Zeitspanne, die zwischen dem behaupteten Ende der »Person«



(dem Ausfall der Hirntätigkeit) und der Wiederverwertbarkeit der Organe (dem Zusammenbruch des gesamten Herz-Kreislaufsystems) liegt, waren rein pragmatischer Art. Zum einen sollte den Kranken und ihren Angehörigen in einem solchen Zustand nicht mehr Weiterbehandlungen zugemutet werden. Zum anderen würden die alten Todeskriterien der Organbeschaffung im Wege stehen.

Über nationale Grenzen hinweg organisieren halbstaatliche Einrichtungen wie die Stiftung Eurotransplant den Austausch von Organen. Gemeinnützige Unternehmen wie die Deutsche Stiftung Organtransplantation managen Entnahme und Implantation von Körperteilen im Bundesgebiet. Krankenkassen verhandeln über Vergütung und Sonderentgelte für die aufwendigen Operationen. Parlamentarische Mehrheiten haben ein nationales Transplantationsgesetz geschaffen und Rechtssicherheit erzeugt. Es sind also neben veränderten Wahrnehmungen und sozialen Beziehungen auch administrative Strukturen entstanden, ökonomische Kalküle – und ein Bevölkerungskollektiv, das als Organ-Ressource rechtlich und politisch behandelt wird.

## Weitere Verwertungslogiken

Die Erfolge des Organaustausches und die betriebswirtschaftlichen Bedingungen der beteiligten Zentren lassen die Lücke zwischen Angebot und Bedarf wachsen. Die Debatte um den diffusen Personenbegriff drohen Wachkoma-PatientInnen zu KandidatInnen für Explantation zu machen. Diskutiert wird in der Bioethik eine veränderte legale Definition des Todes. »Ein anderer Zugang wäre, solche Individuen juristisch nicht als tot zu bezeichnen, sondern sie aus den normalen juristischen Tötungsverboten herauszunehmen« (Hoffenberg et al. 1997: 1320f.). In den USA, den Niederlanden oder Belgien wird die »Organentnahme von herztoten Spendern, bei denen Zeit und Ort des Todes kontrolliert« wurde praktiziert nach einer anerkannten Konvention (Pittsburgher Protokoll). Es geht um Menschen mit Multipler Sklerose, schweren Atmungs- und Herzerkrankungen im Endstadium und Hirnverletzte, die die gängigen Hirntod-Kriterien nicht erfüllen, aber ihres Lebens müde sind und »wegen ihrer Lebensqualität angefragt (haben), lebensverlängernde Maßnahmen abubrechen« und die »Abgabe ihrer Organe wünschen«. Noch lebend werden sie im Operationssaal für die Entnahme vorbereitet. Zwei Minuten nach Herzstillstand wird der (Herz)Tod erklärt, 15 Sekunden später ist das Team zur Stelle und nach 20 Minuten sind Nieren und Lebern entnommen (Youngner et al. 1993: 2769-2774). Die »Politisierung des nackten Lebens« (Agamben 2002: 14) zeigt sich in dieser Praxis nicht nur in Gestalt einer – in modernen Demokratien subjektiv »gewollten« – Entscheidung zum Tod, sondern zum »nützlichen« Sterben.

In allen Ländern mit einem ausgebauten Transplantationswesen steigt die Rate von Gesunden, die ihre Niere oder einen Leberlappen für Schwerkranken hergeben. In den USA, der Schweiz und einigen nordeuropäischen Staaten stammt fast jedes zweite verpflanzte Körperteil von dieser Personengruppe. In Deutschland liegt der Anteil der Organspende von Gesunden bei rund 20 Prozent. Das Transplantationsgesetz fordert lediglich enge persönliche Bindungen zwischen den Beteiligten und den Ausschluss finanzieller Vorteile oder psychischer Drucksituationen. Eigens eingerichtete Gutachter-Kommissionen bei den Landesärztekammern sollen diese Konditionen prüfen. Die Ärztekammer Nordrhein gibt offen zu: »Diese vom Gesetzgeber gewollte Überprüfung im Laufe eines Gespräches mit den Betroffenen kann sich nur auf gezielte Fragen beschränken, deren wahre Beantwortung nicht überprüft werden kann« (Hopf/ Schäfer 2001: 10-14). Von den ca. 1.000 Lebendspendeanträgen sind lediglich 1% abgelehnt worden. Ob abgabewillige Personen ihren Wohnsitz in armen Regionen beispielsweise Osteuropas haben, wird nicht registriert. Ein offenes Operationsfeld, auch für internationale OrganhändlerInnen und interessierte Chirurgen, ist im Entstehen begriffen.

In Großbritannien wurde die »anonyme« Lebendspende zugelassen, in den USA in einzelnen



Pilotprojekten erprobt. In der Bundesrepublik wünscht die Bundesärztekammer eine so genannt »Pool-Lösung« (Klinkhammer 2004: A 825). In allen Fällen sollen Individuen unbekanntem Dritten ihre Niere oder einen Teil ihrer Leber überlassen. Die soziale Verpflichtung, Körperteile weiterzugeben, wird nicht nur im Falle des Hirntodes oder erkrankter Angehöriger zugemutet. Mit dem Modell der »anonymen« Lebendspende soll sich die Hilfsbereitschaft nun auch auf den Bevölkerungs-Substanz-Körper ausweiten.

## Selbstvermarktungstendenzen

Die Legitimität der Organbeschaffung basierte im Wesentlichen auf dem Glaubenssatz, dass es nicht um Geld, sondern um »Leben« gehe. Neue Tendenzen, die als »Gabentausch« inszenierte Spende in einen »Warentausch« zu überführen, sind im öffentlichen Diskurs spürbar. Bevorzugte Vokabeln sind das »belohnte Schenken«, »finanzielle Anreize« und gar »regulierte Organmärkte«. Der Europarat hat eine Studie zum Organhandel veröffentlicht. Der illegale Organhandel findet längst nicht mehr allein in Indien oder anderen Ländern des Südens statt. Die internationale, organisierte Kriminalität hat, unter Einbeziehung von Kliniken und Ärzten, das Geschäft mit dem Überleben erkannt. Es gibt vermutlich Handelsnetzwerke in Ländern wie Estland, Bulgarien, Türkei, Georgien, Russland, Rumänien, Moldawien und der Ukraine. [3]

Der Organhandel ist aber nicht überall ein Phänomen internationaler Kriminalität. In Israel wird der Ankauf von Organen im Ausland anteilig von der Krankenkasse bezahlt. Im Iran kauft der Staat die Nieren seiner BewohnerInnen, meist junger Männer. Das iranische Modell ist ein legaler, regulierter Markt. Der Handel wird von zwei Organisationen kontrolliert, die von der Regierung unterstützt werden. Sie bringen EmpfängerIn und VerkäuferIn in Kontakt und zahlen rund \$ 2000 an den Organgeber (Feyerabend 2003: 26-27). Manchen Transplantationsförderern gilt ein so regulierter Organmarkt als ideal: Denn es gibt weder Wartelisten noch Mittelsmänner – und es gibt Wachstum! Den Organverkäufern hingegen, das zeigt die Untersuchung des iranischen Urologen Javaad Zargooshi, geht es physisch, psychisch und materiell nach der Operation schlecht (Zargooshi 2001: 386-392).

Flankierend werden regulierte Organmärkte auch von angewandten EthikerInnen begrüßt. Janet Radcliffe aus London und Abdallar Daar von der Universität in Toronto fordern – um den Tod der Armen durch Hunger und den der Organbedürftigen durch Ressourcenmangel zu vermeiden – regulierte Organmärkte in einer – für sie – unabänderlichen Weltwirtschaftsordnung. [4] Ökonomen wie Gary Becker aus Chicago oder Friedrich Breyer aus Konstanz fordern eine »maßvolle Bezahlung«. Ein »Memorandum« der Europäischen Akademie in Bad Neuenahr-Ahrweiler plädiert ebenfalls für einen staatlich regulierten Organhandel. Das öffentliche Gesundheitssystem fungiert nach diesem Modell als Monopolist, der Organe zu festgesetzten Preisen ankaufen darf. Das Projekt wird vom Bundesforschungsministerium gefördert. Mit solchen Vorschlägen schafft die deutsche Expertengruppe einen metaphorischen Markt. Die sozialen Interaktionen, die bislang nicht in Kategorien von Geld und Gütern assoziiert waren, werden so zur Sprache gebracht, als ob sie es wären. [5] Es gibt auch tatsächliche Handlungen. Der Essener Transplantationschirurg Christoph Broelsch ist in Verdacht geraten, einem israelischen Patienten die Niere eines vermeintlichen Veters aus Moldawien verpflanzt zu haben. Weiteres förderte Martina Keller in der Zeit zutage. »Nach der Statistik des israelischen Krankenkassen-Managers Rosenfeld wurden in den vergangenen zwei Jahren sieben gekaufte Nieren in Deutschland transplantiert, alle in Essen« (Keller 2002). Ein Verfahren gegen den Chirurgen wurde nicht eröffnet. Medial arbeitet Broelsch weiter am Projekt »Körper gegen Geld«. Im Spiegel (10/2003: 161) schlug er vor, Spendern aus »Moldawien, Ägypten oder sonst wo« Geld für ihre Nieren zu geben. Der Verkäufer hätte »die einmalige Chance im Leben, aus seiner Misere herauszukommen. Er könnte sich ein Fahrrad kaufen, ein Geschäft gründen«.



In den internationalen Debatten werden die Körperteile aber nicht nur in Geldwert verrechnet. Als Gegenwerte werden zudem vorgeschlagen: eine Krankenversicherung für den/die VerkäuferIn, die Übernahme von medizinischen Behandlungen erkrankter Familienangehöriger, eine Schulausbildung, Lebensmittel über eine garantierte Zeitperiode; schließlich könnten eine Aufenthaltsgenehmigung oder ein bewilligtes Asyl für den Organverkäufer aus dem Süden »wie ein Ausweis für ein neues Leben« sein. [6]

Die Marginalisierten und Armen haben keine Organmärkte gefordert. Aber es ist ihre körperliche Integrität, die auf's Spiel gesetzt wird. Für's nackte Überleben, für Konsum oder Ausbildung sollen sie sich selbst zu Märkte tragen.

## Globale Gewebe-Märkte

Eine Medizin, die sich dem biologischen – statt maschinellen oder chemischen – Ersatz defekter Körperteile und Stoffwechselfvorgänge verschreibt, ist folgenreich. Ihr Bedarf an Hornhäute, Knochen und Knochenmark, Herzklappen, Haut, Gefäßen, Muskeln und Leberzellen, Nabelschnurblut, Stammzellen etc. wächst. In den hiesigen Kliniken werden bis zu 40.000 Gewebetransplantationen durchgeführt. Genaues lässt sich derzeit nicht sagen, denn es gibt weder eine zentrale Erfassungen, noch zentrale Wartelisten und bürokratisierte Verteilungsmodi. Ob Mangel oder Knappheitsbedingungen vorherrschen, ist nicht empirisch erfassbar. Unter dem Dach der Deutsche Stiftung Organtransplantation Gewebe (DSO-G) kooperieren verschiedene lokale und regionale Hornhaut-, Herzklappen-, Knochen- und Gefäßbanken. Die gemeinnützige Firma pflegt auch enge Kontakte zu privaten Unternehmen wie der Firma Cytonet GmbH. [7] Im Frühjahr 2004 verabschiedeten das Europäische Parlament und der Europäische Rat eine Richtlinie zur »Feststellung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen«, um das Feld zu ordnen und europaweit zu harmonisieren (EU-Richtlinie 2004/23/EG). Geregelt wird der Im- und Export von Körperstoffen, deren fachgerechte Behandlung und die Einwilligungsprozeduren für die SpenderInnen. »Die Mitgliedsstaaten streben danach, sicherzustellen, dass die Beschaffung von Gewebe und Zellen als solche auf nichtkommerzieller Grundlage erfolgt«, heißt es wenig zwingend im § 11. Diese europäische Vorgabe muss in nationale Gesetzgebungen umgesetzt werden. Die vorläufige Fassung eines deutschen Gewebegesetzes behandelt Körpersubstanzen wie Hornhäute oder Knochen juristisch als »Arzneimittel«. Gemeinnützige und privatwirtschaftliche Unternehmen könnten danach Körperstoffe wie Produkte vermarkten und auch symbolisch behandeln. Auch ohne Gesetz und Richtlinie werden Körpersubstanzen gegen Geld gelagert und verarbeitet. 250.000 Euro sei der Körper wert, wenn er in seine Teile zerlegt ist – erlöst durch Leistungen, die für das Sammeln, Versenden, Verarbeiten und Implantieren regulär geboten werden (Görlitzer 2006: 12).

Internationale Geschäfte gibt es schon heute. Das Unternehmen Tutogen GmbH im fränkischen Neunkirchen stellt »humane Produkte« her: vor allem Knochenchips sowie Nägel, Stifte und Blöcke aus Knochenmaterial, die in der Chirurgie eingesetzt werden. Eine staatliche Lizenz und über 90 Patente kann das Unternehmen vorweisen, dessen Produkte über VertragshändlerInnen weltweit vermarktet werden.

International ist auch die Beschaffung der erforderlichen »Rohstoffe«. Beschäftigte des lettischen forensisch-pathologischen Zentrums entnahmen Toten Gewebe und Knochen, säuberten und analysierten das zukünftige Produktionsmaterial, lagerten und verpackten es für den Versand nach Neunkirchen. Aus den importierten Menschenteilen fertigte Tutogen anschließend Bio-Implantate. Nach Informationen des Obersten Polizeiinspektors von Riga soll Tutogen für die »Dienstleistungen« in der lettischen Hauptstadt gezahlt haben. Taxiert wurde der geschätzte Zeit- und Arbeitsumfang je nach Gewebeart und pro Verpackungseinheit. Wo die Arbeit am Gewebe bezahlt, nicht aber das Gewebe selbst zur Quelle des Profits





wird, könne von verbotener Kommerzialisierung keine Rede sein, meint nicht nur der Polizeiinspektor in Riga. [8] Gegen das pathologische Institut laufen staatsanwaltschaftliche Ermittlungen, weil Angehörige der Verstorbenen weder informiert noch um ihre Einwilligung gebeten wurden. Die US-amerikanische Filiale von Tutogen kooperierte mit der Firma Biomedical Tissue Services, deren früherer Besitzer angeklagt wurde, mehr als tausend Leichen oder Teile von Toten illegal angeeignet und verkauft zu haben. Ähnliche Praktiken sind auch in britischen Kliniken öffentlich geworden (Siegmond-Schultze 2006). Der symbolische Status der Leiche verändert sich. Die Totenruhe weicht der nützlichen Weiterverarbeitung.

## Fortpflanzungsindustrien und Eizellmärkte

Der Frauenkörper gilt spätestens seit dem 19. Jahrhundert als Ort optimierter Reproduktion und bevölkerungspolitischer Planung. Heute dienen die Prozeduren der vorgeburtlichen Medizin der Selektion behinderter und kranker Ungeborener. Auf perfektionierte Reproduktion ist auch die künstliche Befruchtung, die In-vitro-Fertilisation, orientiert. Zunächst wurden unfruchtbare Frauen zu Konsumentinnen der Fortpflanzungsmedizin. Mit der Technik, Spermazellen direkt in die weibliche Eizelle zu injizieren, wurde die männliche Unfruchtbarkeit über den Körper der Frau ›therapierbar‹ und das unfruchtbare ›Paar‹ zum Patienten. Die PID – die genetische Analyse am außerkörperlich fabrizierten Embryo, die in der BRD verboten ist – lässt im Ausland auch das ›erblich belastete Paar‹ künstliche Befruchtungsangebote nachfragen. Das Verfahren wird zudem genutzt, um während der Geburt passendes Zellmaterial aus der Nabelschnur zu gewinnen. Auf Heilung hoffende Eltern nehmen es vereinzelt in Anspruch. Die bevölkerungspolitisch motivierte Kontrolle der Schwangerschaft wird mit materialerzeugenden Optionen angereichert.

Die Reproduktionsmedizin ist ein millionenschwerer Industriezweig geworden, in dem auch herauspräparierte Eizellen, Samen und Labor-Embryonen international gehandelt werden. In Großbritannien beispielsweise bieten 38 der rund 90 Kliniken Befruchtungen mit fremden Eiern an, lizenziert von der staatlichen Aufsichtsbehörde, Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). Den Service fragen Frauen nach, die keine Eierstöcke mehr haben, als genetisch belastet gelten oder nach der Menopause schwanger werden wollen. ›Gespendede‹ Eizellen gelten als Mangelwaren und die britische Regierung versucht unter dem Werbeslogan »Give Life, give Hope« die altruistische Spendebereitschaft zu mobilisieren.

Ähnlich wie bei Organtransplantationen werden Praktiken der Belohnung und Bezahlung üblich. So unterhalten 41 britische Kliniken »egg-sharing«-Programme. Das Angebot: Wer selbst einen Befruchtungszyklus über sich ergehen lässt, kann gegen »Spende« von mindestens sechs Eizellen die eigenen Behandlungskosten mindestens halbieren. Öffentlich brachte die Aufsichtsbehörde im Rahmen einer Konsultation über »Spender-assistierte Befruchtung« auch die bezahlte Eizell-Abgabe zur Sprache. Für gesundheitsschädigende Hormonbehandlungen und Operationen sollen Frauen mit 800 bis 1.500 Euro entschädigt werden. [9] Neben Prostitution oder Heiratshandel verspricht so auch die Hergabe von Eizellen wenigstens kurzfristig Konsum oder Ausbildung oder Überleben, für verarmte Frauen in England oder in Osteuropa.

Britische Kliniken betreiben zum Teil »Internationale Eispende-Programme«. Das Bridge-Fertilitätszentrum in London unterhielt beispielsweise eine Partnerschaft mit dem GlobalArt-Center in Bukarest. Das Eizell-Zentrum hatte einen »vielfältigen Pool junger, kaukasischer Spenderinnen« aufgebaut. Sie sollen sich für 250 Dollar einer Hormonbehandlung und operativen Entfernung von Eizellen unterzogen haben. Die nachfragenden Frauen in London wurden nach Überweisung von 8000 Pfund ans Fertilitätszentrum für den Embryotransfer vorbereitet. Das Zentrum in Bukarest ist Teil eines Reproduktionsimperiums, das u.a. Kliniken in den USA und Israel unterhält. IVF-Experten agieren global – auch um gesetzliche Verbote zu umgehen. Sie vermitteln deutsche Patientinnen ins Fertilitätszentrum im spanischen



Valencia. Dort bekommen Eizell-Lieferantinnen 600 Euro »Aufwandsentschädigung«. Sie vermitteln in osteuropäische Kliniken oder gründen dort selbst Filialen, um das gesetzliche Verbot der »Eizell-Spende« zu umgehen. Es sind MedizinerInnen und GesundheitspolitikerInnen, die jene Marktplätze schaffen, auf denen sich Frauen verdingen – ob zu behördlich festgelegten oder zu frei verhandelten Preisen.

## Eizellen für die Forschung

Die Welt des Labors, das haben einige WissenssoziologInnen wie Karin Knorr-Cetina, Bruno Latour und Hans-Jörg Rheinberger gezeigt, hat eigene Regeln. Man probiert herum, mit vorhandenen Werkzeugen und Materialien. Man ist darauf angewiesen ständig Innovationen hervorbringen. Wissenschaft ist ein »Generator von Überraschungen« (Hans-Jörg Rheinberger 2001: 9). Institute, Forscherkollektive und Universitäten sind im ständigen Wettlauf um Neuigkeiten und Drittmitteloptionen, um Risikokapital und symbolischen Bedeutungszuwachs. Sind die Eizellen und die Embryonen einmal Bestandteil der Laborwelten, dann sind sie zugänglich auch für andere Forschungsfragen. Zum Beispiel für Experimentalsysteme mit embryonalen Stammzellen, die aus »überzähligen« Embryonen von IVF-Zyklen gewonnen oder mit der Methode des Forschungsklonens eigens produziert werden. Das Klonverfahren erzeugt einen hohen Bedarf und Verbrauch an weiblichen Eizellen, die mit einem Zellkern beispielsweise aus der Haut fusioniert werden. In ferner Zukunft, so behaupten die Experten, könne man so exklusiv und immunologisch verträgliches Gewebe für Kranke bereitstellen. Der klinische Einsatz ist mehr als fraglich. Doch schon die Berichterstattungen haben neue Realitäten geschaffen: Embryonen sind Material für Transplantationsexperimente und Frauen sind Ort der Produktion solcher Substanzen.

Zwei britische Zentren an den Universitäten Edinburgh und Newcastle haben eine Lizenz für das Klonen von der HFEA erhalten. Offiziell durften sich die beteiligten Forscherteams bisher weder über Einwilligungsprozeduren noch gegen Geld Eizellen für ihre Experimente beschaffen. Das Stammzell-Zentrum in Newcastle darf seit kurzem die Hälfte der entnommenen Eizellen im Rahmen einer IVF-Behandlung für die Forschung nutzen. Der Wert der Eier wird auf 1.200 britische Pfund taxiert. Frauen können die Kosten für eine IVF in Newcastle praktisch halbieren. Das erweitert die Materialbasis der Klonforscher und erhöht gleichzeitig die Kundschaft in der eigenen Befruchtungsklinik. Der Weg in eine noch offensichtlichere Kommerzialisierung des weiblichen Körpers ist abzusehen. Die britische Aufsichtsbehörde veranstaltet gerade eine weitere öffentliche Konsultation. Hauptthema: Dürfen auch Frauen für die Forschung »spenden«, die sich selbst keiner Befruchtung unterziehen und können »Aufwandsentschädigungen« gezahlt werden?

## Die Welt der Bio-Banker

Firmen, Institute, Techniken, Risikokapital oder Drittmittel haben eine Art »molekularen Schneeball-Effekt« (Fujimura 1996) hervorgebracht. Ein Paket aus anerkannter Theorie der Vererbung und attraktiver Technologie der Analyse und Manipulation ist entstanden und hat ganze Forschungslandschaften erfasst – von der Humangenetik über die Krebsforschung bis zur Immunologie. Das neue Territorium ist die »genetische Information«. Sie entsteht an der Schnittstelle zwischen Individuum und Bevölkerung. Denn: Sie lagert nicht einfach in Zellkernen, sondern muss aus Blut und Gewebe einschließlich medizinischer und lebensstilbezogener Daten konstruiert werden. Erst im Abgleich mit Daten ganzer Bevölkerungen oder Krankenpopulationen können Wahrscheinlichkeiten errechnet werden, die nunmehr sowohl die wissenschaftliche als auch die populäre »Wahrheit« über das »Leben« und über Krankheiten abbilden sollen. Eine paradoxe Lage. »Auf dem Höhepunkt einer immer weiter vorangetriebenen Vernichtung von Referenzen und Finalitäten, eines Verlusts von Ähnlichkeiten und Be-





zeichnungen«, erreicht die »Simulation«, die Erzeugung von Modellen des Körpers »im genetischen Code ihre vollendete Form« (Baudrillard 1991: 90). Je mehr die Substanzen hervortreten, je immaterieller und informationeller wird die wissenschaftliche Konzeption vom Körper. Im Zentrum der molekulargenetischen Forschung stehen die so genannten Zivilisationserkrankungen, die in aufzuklärende molekulargenetische, umweltbedingte und biographische »Faktoren« zerlegt werden. In Deutschland bilden das öffentlich geförderte »Nationale Genomforschungsnetz« und zahlreiche Kompetenznetzwerke jene Struktur, die Universitätskliniken und Schwerpunktzentren für Kranke mit »genetischen Empfindlichkeiten für Herzversagen« oder Tumoren teilfinanzieren. [10] Aber auch Essstörungen, Alzheimer, Schizophrenie u.a.m. stehen auf der Forschungsagenda.

In diesen Kontext gehören die Biobanken, in denen Blut- und Gewebeproben, Gesundheits- und Lebensstildaten ganzer Bevölkerungen oder Teilpopulationen aufbewahrt und wissenschaftlich zugänglich gemacht werden. Die Perspektive: individuelle Erkrankungsrisiken sollen vorhersagbar und präventives Eingreifen möglich werden. Neben bekannten Ratschlägen für das Fortpflanzungsverhalten schließen sich Vorschläge für die Ernährung, engmaschige medizinische Kontrollen und präventive Behandlung ohne Krankheitsempfinden an. Die sozialpolitischen Folgen sind absehbar. Risikokalkulationen dieser Art können in Kranken- und Lebensversicherungen, am Arbeitsplatz und in der pränatalen Diagnostik Eingang finden, wenn sie die wissenschaftliche Konsistenzprüfung überstanden haben. Schon heute denken einige Public-Health-SpezialistInnen darüber nach, »ob durch die Berücksichtigung eines genetischen Risikobegriffs das Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung in der Sozialpolitik neu bestimmt werden muss« (Brand 2004: 28). So wird die verpflichtende Teilnahme an genetischen Screeningverfahren und Präventionsprogrammen oder die Datenabgabe an Biobanken vorbereitet.

## Verschiedene Modelle der Erfassung

International bekannt geworden sind verschiedene Biobanken, die ganze Bevölkerungen zu erfassen trachten. Die Firma deCODE Genetics hat sich den Zugriff auf alle Krankenakten der isländischen BürgerInnen verschafft, mit finanzieller Unterstützung der Pharmafirmen Roche und Merck sowie dem isländischen Parlament, das 1998 das Projekt staatlich legitimierte. Auch in Estland stimmten Ende 2000 Politiker einem Gesetz zu, das Blut oder Gewebe sowie Daten zu Gesundheitszustand und Lebensumständen von drei Viertel der 1,3 Millionen EinwohnerInnen zu sammeln erlaubt. Betreiberin der Biobank ist die öffentlich-rechtliche Genom-Stiftung (EGPF), die bis vor kurzem von einem Konsortium privater Investoren (Biotech Egeen) alimentiert wurde. Das Abkommen zwischen dem Konsortium und der estnischen Stiftung wurde mittlerweile aufgelöst. Seither stagniert die Datenerfassung. Auch in England wird eine solche bevölkerungsbezogene Datenbank aufgebaut. Die BioBank UK sucht 500.000 Freiwillige zwischen 45 und 69 Jahren. Geldgeber sind das Gesundheitsministerium und der Wellcome Trust mit 73 Millionen Euro. Hauptziel auch hier: die Erforschung der verbreiteten Zivilisationserkrankungen. Die TeilnehmerInnen sollen Auskunft geben über Name, Alter, Geburtsgewicht, Volkszugehörigkeit, Familienstand, Ausbildung, Beruf, Anzahl der Kinder, Menopause, Familiengeschichte, Behinderungen, psychologischer Status, Entwicklung des Körpergewichts, eingenommene Medikamente, Operationen, Kopfverletzungen, Röntgenuntersuchungen, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivitäten, Schlafgewohnheiten und Handynutzung. Die meisten Erfassungsprojekte werden in öffentlicher Trägerschaft etabliert, die gewünschte Kommerzialisierung wird mit privaten oder gemeinnützigen Verwertungsfirmen organisiert. So hat die UK-Biobank im Dezember 2003 die gemeinnützige Firma UK Biobank Ltd. gegründet. Neue Biobanken sind teuer und kosten viel Zeit.

In der Bundesrepublik wird ein anderer Weg erkennbar. Schon vorhandene Proben- und



Datensammlungen aus epidemiologischen Studien oder Krankenbehandlungen, sollen »genetische Informationen« mehren. Unter dem Dach des Nationalen Genomforschungsnetzes werden diese Datensätze zugänglich. Das Herz-Kreislauf-Netz soll Forschungsgruppen beispielsweise ermöglichen, schnell herauszufinden, in welcher der elf Universitätskliniken im Herznetz die geeigneten Bio-Materialien lagern und genutzt werden können. Welche Daten und wie viele registriert sind, ist unbekannt. Es wird von mehreren 10.000 Proben und Datensätzen ausgegangen (Wagemann 2006: 42). Das Projekt KORA-gen, das seit den 1980er Jahren epidemiologische Studien durchführt, stellt auf Antrag und gegen Gebühr seit kurzem Daten und Proben für Forscherteams bereit (ebd.: 43). Als interessant gilt auch das Blut Neugeborener, das im Rahmen von Screenings nach der Geburt gesammelt wird. Das Universitätsklinikum Gießen betreibt eine zentrale Datei, in der Blut und Namen aller, nach 1972 in Hessen Geborener gelagert ist. Was mit dem Blut der Neugeborenen geschieht, ist weitgehend unbekannt.

In den neuen Kompetenznetzwerken arbeiten auf bestimmte Erkrankungen bezogen Akteure verschiedenster Disziplinen, von der Molekulargenetik bis zur Hirnforschung und Psychotherapie. Sie behandeln, versorgen und beforschen PatientInnen mit Parkinson, Schizophrenie, Allergien oder Herzkrankheiten. Der Zugang zu den Krankenakten und Gewebeproben ist einfach und mit der medizinischen Betreuung verschränkt. Da auch Patientenorganisationen eingebunden sind, ist die Mitmachbereitschaft hoch. »Dreizehn der derzeit siebzehn geförderten Kompetenznetze verfügen über Proben- und Datensammlungen« (ebd.: 45), gefördert mit den Mitteln des BMBF. Diese Sammlungen sollen die finanzielle Zukunft sichern: Nach Ablauf der staatlichen Förderung werden sie gegen Gebühr zugänglich. Auch im NGFN wird vorgesorgt. Über die Koordinierungsstelle Technologie-Transfer werden zunächst wissenschaftliche Publikationen eigentumsrechtlich geschützt. Wird ein identifiziertes »Gen« als ökonomisch interessant angesehen, sollen mit Hilfe der Koordinierungsstelle privatwirtschaftliche Ausgründungen der universitären Forschergruppe Patente beantragen.

Das neueste Biobank-Projekt ist vom Blutspendedienst des Bayrischen Roten Kreuzes in Angriff genommen worden. Die in den letzten fünf Jahren archivierten Proben von BlutspenderInnen werden pharmazeutischen Unternehmen und Forschergruppen angeboten. Im Zentrum stehen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs. Zunächst werden 10.000 kranke und gesunde BlutspenderInnen erfasst. Prospektiv sollen 100.000 in ihrem gesundheitlichen Lebenslauf verfolgt werden. Verhandlungen mit weiteren Blutspendediensten gibt es bereits. Initiatoren hoffen darauf, die weltgrößte Biobank aus der Taufe heben zu können (Rapp 2006: 28-31).

Ein nationales Gesetz zu Fragen der Zustimmung und Zugänglichkeit der Daten gibt es noch nicht. Die Eigentumsfragen rund um die genetische Information sind über das europäische Patentrecht geregelt. Das belohnt die »Erfinder« in den Laboratorien und Firmenetagen. Ist ein »Gen« wissenschaftlich konsistent mit einer Krankheit, einem Stoffwechselfvorgang assoziiert und gewerblich von Nutzen werden für einen limitierten Zeitraum exklusive Verwertungsrechte gegenüber Dritten vergeben, was einschließt, (vielen) Dritten die Verwertung zu untersagen, zu übertragen, einzelnen Instituten gegen Lizenz zu verkaufen.

## Libérale Denkübnungen

Im Transplantationswesen, im Gewebesektor und bei der molekulargenetischen Informationsbeschaffung sind instrumentelle Beziehungen entstanden, zwischen Toten und Lebenden, in Familien und anonymen Bevölkerungen oder Krankengruppen. Diese Bindungen sind meist nicht monetärer Art, sondern symbolische (Schuld)Verhältnisse. Legt die Dynamik des Marktes darüber hinaus nahe, die Verwertungslogik soweit zu steigern, dass wir aktive AnbieterInnen von Substanzen werden? Im internationalen Organhandel und Reproduktionstourismus wird diese Logik bereits praktisch.



Neoliberale Bastelversuche, um Körper als Quelle des Profits plausibel zu machen, gibt es. Einen Meilenstein in der Geschichte wissenschaftlicher Anmaßungen bietet Hillel Steiner, Professor für politische Philosophie. Er stellte sich auf einem Kongress in London in die Tradition der Aufklärung. Steiner propagierte dort die Idee des »Selbstbesitzes« (self-property) als ein juristisches Verhältnis zu sich selbst, das es schon lange geben würde. »Jede Person ist mit umfassenden moralischen Rechten ausgestattete Eigentümerin ihrer selbst. Jede besitzt in moralischer Hinsicht all die Rechte über sich selbst, die ein Sklavenhalter, rechtlich gesehen, über seinen Sklaven besitzt, und – moralisch betrachtet – ist er genauso berechtigt, über sich selbst zu verfügen, wie ein Sklavenhalter durch das Recht berechtigt ist, über seinen Sklaven zu verfügen« (Steiner 1997:1). Steiner will also, dass Zugriffe auf das Körperinnere nicht mehr prinzipiell beschränkt werden können, sondern allein vom Individuum als Besitzer seines (Sklaven-)Körpers bestimmt werden. Als Zeugen führt er dafür den Philosophen John Locke an. Dieser habe Eigentum als etwas verstanden, das durch Arbeit erworben wird. Lockes Kritik an der feudal gefassten Herrschaftsordnung dient Steiner als Vehikel, um direkt zu den biomedizinischen Möglichkeiten der Gegenwart zu gelangen. In dieser Denktradition, so Steiner, verbiete sich jede Form der Einschränkung von Besitzrechten an allem, was Menschen produzieren. Wenn BürgerInnen von ihren Körpern direkt Gebrauch machen wollen, dann dürfe der Staat sie nicht davon abhalten. Nun sei das Erbgut über Generationen weitergegeben worden. Deshalb unterliege es nicht einfach dem »Selbstbesitz«, sondern solle als »natürliche Ressource« verstanden werden. In diesem Sinne könne der Staat durchaus eingeschränkt Auflagen erlassen. Beiläufig schlägt Steiner vor, genetisch besser Gestellte steuerlich zu bevorteilen.

Auch der Rechtsprofessor Michael Freeman ruft auf demselben Kongress die ehrwürdige geistesgeschichtliche Tradition an: Immanuel Kant soll biopolitisch aufbereitet werden. Kein einfaches Unterfangen, denn Kant sah Eigentum als Verhältnis zwischen Person und Sache. Eigentümer seiner selbst kann demnach niemand sein, und ein freies Disponieren über den Körper wie etwa über ein Stück Land wurde von Kant zurückgewiesen (Kant 1990). Doch Freeman bemüht Kant und behauptet, es gebe ein allgemeines Interesse am Körpermarkt. Daraus folgt: Wenn eine Amputation aus Gründen des Selbsterhaltes nach Kant moralisch akzeptiert ist, dann muss es die Spende eines entnommenen Körperteiles, die das Leben anderer retten könnte, auch sein (Freeman 1997:15). Zusammen mit Steiners Modell des »Selbstbesitzes«, ermöglicht diese Argumentation eine moralphilosophisch abgesicherte, prinzipiell uneingeschränkte und profitable Selbst-Verfügung. Dabei war der Leib der »Aufklärer« längst noch keine Sache, die nach freiem Willen oder eigenem Profit veräußert werden konnte. Der Körper als zirkulations- und eigentumsfähige Ware ist ein neues Phänomen, das gesellschaftspolitisch begriffen werden muss. Erst dann gelingt die Suche nach sperrigen, unverfügbaren und widerständigen – soziale Phantasien und Körperwirklichkeiten.

#### **Anmerkungen:**

1 Die Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin fand am 28.-30. September 2006 in der Universität Mannheim statt. Sie wurde federführend organisiert von Prof. Dr. Jochen Taupitz. Eine Veröffentlichung der Tagungsbeiträge liegt jetzt vor.

2 Die aktuellen Statistiken der Transplantationsmedizin sind auf der Homepage der Deutschen Stiftung Organtransplantation einzusehen: [www.dso.de](http://www.dso.de).

3 Der Bericht Trafficking in Organs in Europe, Doc 9822 vom 3. Juni 2003 ist einsehbar unter:

<http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc03/EDOC9822.htm>.

4 Eigener Tonbandmitschnitt der Tagung »Ethik in der Organtransplantation« der Deutschen Akademie für Transplantationsmedizin vom 10.-13. Dezember 2002 in München.

5 Vgl. Breyer u.a. (2006).





6 Vgl. <http://www.geocities.com/humanoffal/94.html>.

7 Vgl. Gemeinnützige Gesellschaft für Gewebetransplantation (Hg.)  
Expertentagung »Gewebetransplantation – Prozessierung und EU-Direktive«  
vom 25. und 26. Mai 2005 in Hannover.

8 Das Protokoll des Polizeinspektors in Riga liegt mir in englischer Sprache vor  
und ist nicht veröffentlicht.

9 Vgl. HFEA: The Regulation of Donor-Assisted Conception 2004.

10 Vgl. Wagenmann (2006).

## Literatur:

- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School (1968): A definition of irreversible coma. Report of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. In: Journal of the American Medical Association, Vol. 205.
- Agamben, Giorgio (2002): Homo sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben. Frankfurt/ M.
- Althusser, Louis (1969): Ideologie und ideologische Staatsapparate. Abrufbar unter: <http://www.bbooks.de/texte/althusser>.
- Baudrillard, Jean (2001): Der symbolische Tausch und der Tod. München.
- Brand, Angela u.a. (2004): Gesundheitssicherung im Zeitalter der Genomforschung. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Breyer, Friedrich u.a. (2006): Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar? Berlin.
- Feyerabend, Erika (2003): Globale Körpermärkte. In: Dr. Med. Mabuse 142, März/ April.
- Freeman, Michael (1997): Taking the body seriously? In: Stern, K./ Walsh, P. (Hg.): Property Rights in the Human Body. London.
- Fujimura, Joan H. (1996): Crafting Science. A Sociohistory of the Quest for the Genetics of Cancer. Cambridge.
- Görlitzer, Klaus-Peter (2006): Markt für menschliche Rohstoffe. In: BioSkop Nr. 34, Juni 06.
- Groebner, Valentin (2005): Körper auf dem Markt. In: Mittelweg 36, 14. Jg./ Dezember 2005/ Januar 2006, S. 69-84.
- Hoffenberg, R./ Daar, A.S./ Ratcliffe-Richards, J. et al. (1997): Should organs from patients in permanent vegetative state be used for transplantation? In: Lancet, Vol 350, Nov 1.
- Hopf, Günther/ Schäfer, Robert S. (2001): Lebend-Organ spende in NRW. In: Rheinischen Ärzteblatt Nr.5/ Mai 2001, S. 10-14.
- Kant, Immanuel (1990): Von den Pflichten gegen sich selbst. In: Gerhardt, G. (Hg.): Eine Vorlesung über Ethik. Frankfurt/ M.
- Keller, Martina (2002): Operation Niere. In: Die Zeit 5.12.02.
- Klinikhammer, Gisela (2004): Altruismus und Freiwilligkeit. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101/ H 13, 26.3.2004.
- Rapp, Stephan (2006): Biomarkt-Forschung mit einzigartiger Ressource. In: Laborwelt Nr. 4 2006, Vol 7.
- Rheinberger, Hans-Jörg (2001): Experimentalsysteme und epistemische Dinge. Göttingen.
- Siegmund-Schultze, Nicola (2006): Illegaler Handel mit Leichenteilen. In: Tagesspiegel 11.10.06.
- Steiner, Hillel (1997): Property in the body: a philosophical perspective. In: Stern, K./ Walsch, P. (Hg.): Property rights in the Human Body. London.
- Wagenmann, Uta (2006): Charakterisierung von Biobanken im Hinblick auf Gesundheitspolitik und Medizin. Gutachten im Auftrag des Dt. Bundestages, vorgelegt vom TAB.
- Youngner, Stuard J. et al. (1993): Ethical, Psychosocial, and Public Policy Implications of Procuring Organs From Non-Heart-Beating Cadaver Donors. In: Jama, June 2, 1993, Vol 269, No 21.
- Zargooshi, Javaad (2001): Iranien Kidney Donors: Motivations and Relations with Recipients. In: The Journal of Urology, Vol 165, 386-392, February 2001.

