

Unaussprechliches öffentlich machen

Eine ethische Reflexion von Organspenden durch den Spielfilm DIE LEBENDEN REPARIEREN

Solveig Lena Hansen & Sabine Wöhlke

1 Einleitung und Hintergrund

Seit der »Erfindung der Organtransplantation« im 19. Jahrhundert besteht eine große Faszination gegenüber dieser Therapieoption (Schlich 1998). Ein Blick in die Literatur- und Filmgeschichte eröffnet die Vielschichtigkeit des Themas: Fiktionalen Narrationen liegen auf einem Spektrum von Action-geladenen Thrillern und Horror (z.B. FLEISCH, D, 1979) über Science Fiction (THE ISLAND, USA, 2005) bis hin zu Dramen, die auf Beziehungen und psychosoziale Aspekte fokussieren (21 GRAMMS, USA, 2003). Romane reichen von spekulativer Faszination in einer Zeit, als erfolgreiche Transplantationen in weiter Ferne lagen (*Das hündische Herz*, UdSSR, Bulgakow 1925), bis hin zu philosophischen Reflexionen über eigene Transplantationen (*Der Eindringling*, F, Nancy 2000 oder *Leben*, D, Wagner 2014).

Mit Krüger-Fürhoff (2012) lassen sich transplantationskritische (z.B. CO-MA, USA, 1978) und transplantationsaffirmative Filme (z.B. SEVEN POUNDS, USA, 2008) unterscheiden: Erstere hinterfragen ethische und soziale Aspekte von Organtransplantationen. Sie thematisieren Risiken und psychische Belastungen ebenso wie Unregelmäßigkeiten bei der Organverteilung, globalen Organhandel oder die Instrumentalisierung von Spender*innen. Transplantationsaffirmative Filme betonen die positiven Seiten der Transplantation als Geschenk des Lebens. Sie stellen Organspenden als einen altruistischen Rettungsakt dar. Dieses Narrativ wurde in der Forschung vielfach kritisch rezipiert (Fox/Swazey 1992; Scheper-Hughes 2007).

Als öffentliche Auseinandersetzungen mit der Transplantationsmedizin fordern viele Geschichten Ideologien des medizinisch-technologischen Fort-

schritts heraus. Diese Ideologien sind zumeist Überzeugungssysteme oder Denkweisen, die den medizinischen Fortschritt – insbesondere durch Technologie – als Weg zu einer besseren, gesünderen, perfektionierten Menschheit verstehen. Dabei wird angenommen, dass Krankheiten, Behinderungen, Alter und sogar der Tod durch wissenschaftlich-technische Mittel überwunden werden können oder sollen. Insbesondere Romane wie *Die Entbehrlichen* (SE, Holmqvist 2006) und *NEVER LET ME GO* (UK, Romanek 2010) nutzen die Transplantationsmedizin als Hintergrund, um soziale Ausgrenzung, Vulnerabilität und den gesellschaftlichen Umgang mit Minderheiten als Kritik an Fortschrittsideologien zu verhandeln (Hansen 2014; Hansen/Wöhlke 2016).

Auch kulturelle, identitäts- und körperbezogene Aspekte der Organtransplantation werden erzählt, wie die Idee, dass bei einer Transplantation Charaktereigenschaften übertragen werden (z.B. *HEART CONDITION*, USA, 1990). Solche Filme stellen die Vorstellung des Gehirns als übergeordnetem Organ in Frage. Sie implizieren kulturelle Deutungsmuster wie das Weiterleben im Anderen, ein Körpergedächtnis und ein Verhältnis von Körper(teilen) und (perso-naler) Identität (Kalitzkus 2009; Hauser-Schäublin 2001). Solche Themen werden bisher wenig öffentlich thematisiert, jedoch können sie als ein Grund für Unbehagen und Skepsis gegenüber der Organspende betrachtet werden (Pfalter et al. 2018). In unserem Beitrag folgen wir der These, dass Filme in ihrer spezifischen, audiovisuellen und narrativen Dimension gerade diese »unsagbare« (Schicktanzt/Wöhlke 2017) Dimension der Organtransplantation zugänglich machen und damit ein wichtiger Teil eines öffentlichen Diskurses sind.

Die Transplantationsmedizin aus einer Public-Health-Perspektive zu betrachten, scheint zunächst nicht offensichtlich. Jedoch können dadurch systemische Faktoren in den Blick genommen werden, wie etwa soziale Determinanten von Gesundheit, Ungleichheiten im Zugang zu Organen und die Verteilung von Gesundheitsressourcen (Chan et al. 2022; Bhavsar et al. 2023). Dadurch wird eine ganzheitliche Perspektive auf die Organtransplantation eröffnet, bei der sowohl die Auswirkungen auf das individuelle Leben der Patient*innen als auch tiefer liegende bzw. weiter gefasste gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderungen berücksichtigt werden (Boas et al. 2021). Darüber hinaus verdeutlicht die im internationalen Vergleich (Francis et al. 2024) kaum vorhandene Diskussion zu Prävention und Organtransplantation, dass innerhalb des deutschen Systems die Ressourcenverteilung nach der Logik eines weithin pathogen gedachten Gesundheitswesens erfolgt (Becker/Seifart 2014).

Unser Analysebeispiel ist der Film *DIE LEBENDEN REPARIEREN* (FR, 2017), welcher auf dem französischen Roman *Réparer des Vivants* von Maylis de Kerangal (2014) beruht. Der Roman bedient weder die heldenhaften Erzählungen lebensrettender Transplantation noch stellt er ein dystopisches Szenario dar. Stattdessen schärft die Geschichte das Bewusstsein dafür, dass Transplantationen einerseits zum üblichen Therapieangebot gehören und andererseits innerhalb einer Klinik keine Routine darstellen (Pröll 2022). Sie sind, als seltenes Ereignis auf einer Intensivstation, ein Bruch mit dem klinischen Alltag (Maier 2015; Fehring et al. 2021). So ist das Team in der Geschichte zwar sehr erfahren und folgt standardisierten Protokollen. Gleichwohl wird – im Interesse des Spenders, der Familie und der Empfänger*innen – versucht, den Fall nicht zu sehr zu routinisieren, denn stets kann Unvorhergesehenes passieren (ausführlich Dalton 2024).

De Kerangals Geschichte führt uns an einen Ort, zu dem normalerweise nur medizinisches Fachpersonal Zugang hat: Sie zoomt in eine 24-Stunden-Schicht eines Transplantationsteams und die hektische Situation einer Klinik, ohne Details der OP-Situationen auszusparen. Bei der Darstellung der Organentnahme ist der Film jedoch schonender zu seinem Publikum als der Roman. Er versucht durch den Fokus auf die medizinischen Akteure eine visuelle Überforderung¹ des Publikums zu vermeiden und trotzdem der Situation der Betroffenen gerecht zu werden. Im Gegensatz zu vielen anderen Spielfilmen, die sich mit Transplantationen auseinandersetzen, reduziert dieser Film z.B. Eingriffe am Körper, die Menschen Angst vor der Klinik machen.

Die Geschichte beginnt mit Simon Limbres (Gabin Verdet), einem 17-jährigen Jugendlichen. Wir lernen ihn als sportlich, mutig und neugierig kennen. Er bricht im Morgengrauen mit Freunden zum heimlichen Surfen auf und verunfallt auf der Rückfahrt so schwer, dass er einen irreversiblen Hirnschaden erleidet. Bereits an dieser Stelle nimmt sich der Film poetische Freiheiten, denn eine Landschaft verwandelt sich kurz vor dem Unfall in Meereswogen. Der Blick vom fahrenden Auto richtet sich nach vorne in die Landschaft und das Bild verwandelt sich langsam in das Bild eines Meeres, indem sich eine riesige Welle auftürmt, die auf den Zuschauer zurollt. Diese Poesie und insbesondere die Farbe Blau des Meeres, färbt später auf die Operationssequenzen ab, in denen sich das Blau z.B. in der Kleidung der Ärzt*innen wiederfindet (Weyrich 2022; Cooper 2024).

1 Siehe zu diesem Begriff ausführlich den Beitrag von Glostein im vorliegenden Band.

Nach der Einlieferung von Simon ins Krankenhaus in Le Havre eröffnet der diensthabende Arzt, Pierre Révol (Bouli Lanners), den getrenntlebenden Eltern Marianne und Vincent, dass Simon starke Hirnblutungen erlitten hat. Ihr Sohn ist hirntot und wird nur noch von Maschinen am Leben gehalten. Da Simons Organe jedoch intakt sind, kommt eine Organspende infrage. Der Transplantationskoordinator im Krankenhaus ist der Arzt Thomas Rémige (Tahar Rahim). Er begleitet die Angehörigen und verkörpert die Schnittstelle zwischen Routine und Empathie. Seine Aufgabe besteht darin, dass die Eltern zu ihm und in das Transplantationssystem Vertrauen aufbauen. Er führt das erste Gespräch mit Simons Eltern, die gerade erst vom Tod des Sohnes erfahren haben. Sie wollen von einer Organspende zunächst nichts wissen, auch wenn Thomas das Gespräch sehr behutsam führt. Einige Tage später stimmen sie der Organspende jedoch unter Bedingungen zu.

Simon wird bereits sehr früh im Film von einer handelnden Person zu einem nur noch anwesenden Körper – womit der Film bereits in seinem grundlegenden Aufbau eine für viele Menschen schwer begreifbare Ambivalenz der Transplantationsmedizin visualisiert: Die Diskrepanz zwischen einem lebendig wirkenden Körper und einer als tot diagnostizierten Person, die für Angehörige und Pflegepersonal schwer zu verarbeiten sein kann (Kersting 2017). Buch und Film porträtieren den Spender Simon und die Empfängerin des Herzens (Claire Méjean, gespielt von Anne Dorvall) sowie ihre Familien, den Koordinator und die Intensivkrankenschwester. Sie erzählen von der Situation des Explantations-, Implantations- sowie des Transportteams, die alle durch Simons Organe miteinander verbunden sind, auch wenn sich viele von ihnen nicht begegnen. Unsere Analyse erfolgt nach einer theoretischen Herleitung in drei Schritten: zunächst beschreiben wir Annäherungen an das Unaussprechliche, dann gehen wir auf die Kritik am Hirntod und der Organverteilung ein und drittens befassen wir uns mit der Tabuisierung des naturwissenschaftlich nicht belegbaren.

2 Film und *Public Health Humanities*

Filme können als komplexe Narrationen verstanden werden, die einen narrativen, kontextualisierten Blick auf Public-Health-Themen werfen. Im Gegensatz zu informierenden Bildungsformaten oder Kampagnen, vermitteln sie ein Thema in einer narrativen Struktur, die eine tiefere Reflexion über menschliche Erfahrungen von Gesundheit und Krankheit ermöglichen (Larson 2022).

Für den Kontext der Biomedizin argumentierte Squier (2004: 16), dass Erzählungen »eine Alternative zum unmöglichen Versuch bieten, Natur von Kultur, Wissenschaft von Gesellschaft zu unterscheiden«. Sie verdeutlichte, dass Erzählungen die Situation von Menschen darstellen, die von medizinischen Technologien betroffen sind. Für Public-Health-Themen lässt sich diese prägende Erkenntnis der *Medical Humanities* nur bedingt übertragen. Denn Public Health fokussiert in Forschung, Lehre und Praxis Strukturen, die eine Gesellschaft kollektiv zum Erhalt des Wohlergehens anstreben sollte. Durch die Nähe zur Epidemiologie zeichnen sich die daraus abgeleiteten Perspektiven häufig durch Bevölkerungsbezug und die Betrachtung großer Gruppen aus. Jedoch, so betont Coggon (2023: 9):

»Public Health [ist] ein Bündel von Aspekten, die sowohl unter den Bereich der Wissenschaft als auch der Kunst fallen. Public Health wird nicht als auf ein einziges Ziel gerichtet beschrieben: Es zielt darauf ab, Krankheiten zu vermeiden, eine längere Lebensdauer zu erreichen und positive Zustände von Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern. Und Public Health wird nicht als Verantwortung eines einzelnen Akteurs oder jeder einzelnen Person allein betrachtet: Es erfordert Anstrengungen in der gesamten Gesellschaft.«
(unsere Übersetzung)

Hier ist die Wissenschaft ebenso angesprochen wie die Praxis – und die Kunst als Teil von sowohl Praxis als auch Forschung (Perez 2023). Damit wären Filme nicht eine *Thematisierung* von Public Health, sondern ein elementarer Teil des Selbstverständnisses von Public Health. Denn sie können z.B. das Verhältnis von Individuen und Gruppen aufgreifen, die Auswirkungen von *Policies* auf lokaler Ebene verdeutlichen oder zur Gesundheitsförderung beitragen (ebd.). Dies ist oftmals nötig, denn die Ziele und Konzepte von Public Health können sehr abstrakt sein und Kontextualisierung benötigen (Saffran 2014). Im Zuge partizipativer Ansätze oder künstlerischer Forschung können Filme z.B. selbst Teil von Public Health werden (Clift 2012).²

Die narrative Ethik betont die Bedeutung des Geschichtenerzählens als Rahmen, um ethische Konflikte zu verstehen (Larson 2022). Filmische Erzählungen bieten Perspektiven auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, auf systemische Ungleichheiten und kulturelle Einstellungen gegenüber Gesundheitsinterventionen. Dabei ermöglichen sie auch die kritische Frage,

2 Siehe auch Beitrag von Seiferth in diesem Band.

wessen Zugang, wessen soziale Lage, wessen Gesundheit repräsentiert wird, und warum (Garden 2015). Filme erzählen häufig Alltagsgeschichten von jenen vulnerablen und marginalisierten Gruppen, für die Public Health einerseits gesundheitliche Anwaltschaft leisten will und die doch immer wieder riskieren, stigmatisiert zu werden (Blacksher 2012). So kann das Geschichten-erzählen in Filmen ihre Erfahrungen, Lebenswege und systemische Effekte in den Vordergrund rücken, die in den öffentlichen Gesundheitsdiskursen sonst oft fehlen würden.

Auf diese Weise werden Filme zu einem wichtigen Mittel für Diskussionen, die sowohl die öffentliche Wahrnehmung als auch politische Debatten bereichern können. Die Public Health Humanities betonen zudem die Rolle von Narrationen bei der Prägung kollektiver Erinnerungen und gesellschaftlicher Werte im Hinblick auf Gesundheit. Die narrativen Strukturen, die in Filmen präsentiert werden, fordern das Publikum auf, sich kritisch mit der Darstellung von Charakteren, Konflikten und gesundheitlichen Problemen auseinanderzusetzen (Mathieu/Martin 2023).

Nach Remmers (2018) bieten Filme die Möglichkeit, unterschiedliche Gedankenexperimente durchzuspielen und können die Selbstreflexion fördern. Gleichzeitig können uns filmische Darstellungen Zusammenhänge erkennen lassen, die zwischen präsentierten Objekten (im Film) und unserem eigenen Denken entstehen. So gibt es durch dieses Medium einen Bezug zu konkreten Fragen der Lebenswelt oder zu persönlichen Erlebnissen. (Spiel-)Filme zeigen die emotionale Dimension oder die gefühlsmäßige Betroffenheit, die in der akademischen Debatte häufig ausbleiben (Wöhlke/Hansen/Schick Tanz 2015; Hansen/Thielsch/Wöhlke 2022; Senck/Hansen 2024).

Dabei ist es entscheidend, die Medialität des Films in ihrer Eigenlogik ernst zu nehmen. Filme vereinen Bild, Ton, Schnitt, Musik und narrative Struktur zu einer sinnlich dichten Erfahrung, die rationales Verstehen mit emotionaler Resonanz verknüpft (Servitje 2019). Anders als Texte oder statische Bilder können sie zeitlich komplexe Entwicklungen, soziale Dynamiken und affektive Atmosphären simultan darstellen und damit immersiv erfahrbar machen (Bateman 2019). Die audiovisuelle Gestaltung ermöglicht es, implizite Bedeutungen, Körperlichkeit und räumliche Kontexte sichtbar zu machen, die eng mit gesundheitlichen Erfahrungen, Fragen sozialer Positionierung und Teilhabe verknüpft sind. Gerade diese multisensorische Form der Darstellung eröffnet spezifische Zugänge zu Themen der Public Health Humanities, die über rein diskursive oder statistische Zugänge hinausgehen (Garden 2015).

3 Das Unaussprechliche in der Transplantationsmedizin

Bei der Unterscheidung von gesellschaftlich Unsagbarem und Sagbarem spielen immer auch soziokulturelle Aspekte wie z.B. die Familienzugehörigkeit eine Rolle. Komme ich aus einer Familie mit einer genetisch bedingten chronischen Krankheit? Welche Normen und Werte werden in meiner Familie implizit oder explizit über Krankheit, Abschied, Tod und das Leben formuliert? Das gespendete Organ stellt hier eine absichtliche Überschreitung sozialer Normen und Regeln dar und bricht damit Tabus. Entstehen neue Familienbeziehungen durch die Organspende? Das Unsagbare spielt sich häufig an der Schwelle von Leben und Tod, von natürlich und künstlich, zugehörig und nicht zugehörig ab, da diese Kategorien stark identitätsstiftend sind (Schicktanx/Wöhlke 2017).³ Transplantationen können diese Identitäten verändern, ohne deren Kontinuität in Frage zu stellen.

3.1 Annäherungen an das Unaussprechliche

Es gibt seit der Etablierung der Organtransplantation nicht genügend Spenderorgane, um alle Patient*innen zu behandeln. Um diesen Organbedarf zu decken, wurde versucht, durch wirkmächtige Verknüpfungen von wissenschaftlich-technischem Fortschritt mit moralisch aufgeladenen Appellen Personen dazu zu bewegen, sich als potenzielle Organspender*innen zur Verfügung zu stellen. Ein Beispiel für einen solchen Appell ist der BZgA-Slogan *Organspende schenkt Leben*, der 2016 in die weitaus neutralere Formulierung *Organspende – die Entscheidung zählt* geändert wurde (Hansen 2022).

Die zumeist explizite, wie auch implizite Rede vom moralisch erstrebenswerten Altruismus führte bereits in den späten 1960er Jahren zu einer stabilisierenden Wirkung von kulturellen und sozialen Werten und Normen. Dies war nötig, da die Transplantationsmedizin selbst die Grenzen von Leben und Tod neu definierte und dadurch tradierte Werte und Vorstellungen destabilisierte (Schlich 1998). Im Vordergrund stand die Möglichkeit, nun Krankheiten zu behandeln, indem ein Organ oder Organgewebe von einem Körper in einen anderen gebracht wird, wo dieses weiterlebt und auch seine Funktion wieder aufnimmt. In diesem Forschungszeitraum verlässt die Erfindung der

3 Identität verstehen wir hier als die Möglichkeit einer konsistenten biographischen Erzählung.

Organtransplantation das experimentelle Stadium und entwickelt sich zu einer neuen medizinischen Handlungsoption, die es vorher schlichtweg nicht gab (Wöhlke 2025).

Im frühen 20. Jahrhundert wurden Tod, Sterben und das damit assoziierte Unbehagen hinsichtlich Endlichkeit, Verlust und Trauer einer evidenzbasierten Erfolgsmedizin gegenübergestellt. Fragen nach dem Jenseits wurden nicht gehört und sind im Zusammenhang der Transplantationsmedizin bis heute zu wenig reflektiert (zumindest in der Medizin), so dass die Medizin mit schulmedizinischen etablierten Antworten darauf reagiert. Entsprechend wurde bereits in den 1960er Jahren der Hirntod als Voraussetzung für die Organspende etabliert (Birnbacher 2021).

Zahlreiche empirische wie auch theoretische Analysen zur Transplantationsmedizin setzen am Diskurs, also am Sag- und Erklärbarem an und nehmen dabei die Betroffenen, sprich Menschen, die sich mit der Entscheidung für oder gegen Organspende auseinandersetzen, oder auch Angehörige von Organspender*innen in den Blick. Dabei zeigt sich, dass die Transplantationsmedizin – als Teil der Biomedizin mit ihren hochtechnisierten Arbeitsfeldern – für Betroffene einen »unordnungsgemäßen Diskurs« produziert (Voß 1996: 162): Empirische Studien zeigen, dass es Betroffenen nicht an Argumenten mangelt, ihr Unbehagen gegenüber der Organspende auszudrücken. Jedoch ist es der Transplantationsmedizin bis heute nicht gelungen, einen offenen Diskurs zu führen, der sich auf Gefühle, Emotionen, Ängste und Fragen jenseits einer erklärbaren Medizin einlässt. Ohne Diskurs gibt es keinen Raum für eben diese Gefühle und Fragen, die weit über biomedizinische Erklärungen hinaus reichen. Ein Diskurs, der nicht geführt wird, kann als Schweigen wahrgenommen werden. Dieses Schweigen kann über symbolische Gesten (wie z. B. anonyme Dankesbriefe) als Ausdruck des Empfindens angesehen werden (Dittrich/Meier 2022). Als Schweigen kann auch die fehlende Unterstützung des Krankenhauspersonals interpretiert werden, da hier Studien belegen, dass es ein Unbehagen gegenüber der Organspende gibt, z.B. hinsichtlich des Hirntodkriteriums (Holty/Husby 2023).

Bei der postmortalen Organspende⁴ wird durch die Anonymität eine direkte Verbindung zwischen der Familie der Spender*innen und den Emp-

4 Die postmortale Organspende bezeichnet die Entnahme von Organen nach dem Tod, um sie schwer kranken Patienten zu transplantieren. Voraussetzung ist in Deutschland die eindeutige Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Hirntod) sowie die Zustimmung der Verstorbenen oder seiner Stellvertreter*innen.

fänger*innen verhindert. So erfährt auch Claire im Film *DIE LEBENDEN REPARIEREN* nicht, von wem das neue Herz stammt. Zwar hat die Anonymität gute Gründe, da sie Organhandel verhindern soll. Die Anonymität bewirkt aber auch, dass es zu keiner direkten persönlichen Verbindung zwischen Spender*in, Angehörigen und Empfänger*in kommt. Öffentliche Diskurse unternehmen den Versuch, die zumindest auf symbolischer und emotionaler Ebene entstandene Lücke des Nicht-Kennens zu schließen, indem sie eine der beiden Perspektiven sichtbar werden lassen. So werden auf Kampagnenplakaten potenzielle postmortale Organspender als vorbildliche Charaktere dargestellt (Hansen et al. 2018).

Die Transplantationsmedizin kreiert eigene Konzepte der Verfügbarkeit von Körpern, welche nicht unbedingt mit der alltäglichen Praxis korrespondieren. Der eigene Körper, wie auch der des Anderen, scheint durch medizinische Techniken zwar durchaus veränderbar zu sein, keineswegs jedoch lösen sich alle Grenzen auf. Vielmehr verschieben sich die Grenzen und erhalten darüber eine neue Bedeutung (Schicktanz/Wöhlke 2017). Insofern ist die Beobachtung richtig, dass die Frage nach »Mensch oder Maschine – lebendig oder unlebendig, natürlich oder künstlich« (ebd.: 79) prinzipiell als offen, unbestimmt und ambivalent gelten darf. Individuelle Zurückhaltung, aber auch kulturelles Infragestellen können als Reaktion auf diese Ambivalenz verstanden werden. Dies kann sich durch religiöse Vorbehalte oder durch bestimmte Körperkonzeptionen äußern. Es ist der Versuch, epistemischen und moralischen Unsicherheiten zu begegnen.

Die medizinische Unterscheidung von tot versus lebendig scheint in einem Widerspruch zur Idee von Kontinuität zu stehen, die sich zwischen Organspender*in und Organempfänger*in ausbilden kann. Sie drückt aber eine neue Form der empfundenen Beziehung zwischen der verstorbenen Person und der transplantierten Person aus. Diese Beziehung muss jedoch nicht nur durch die transplantierte Person imaginiert werden, sondern dient sowohl Angehörigen als auch potentiellen Organspender*innen als Motivation zur Spende. Der auf den ersten Blick offensichtliche Widerspruch zwischen lebendig vs. tot und der Idee der Kontinuität lässt sich theoretisch insofern auflösen, wenn genauer betrachtet wird, wie Kontinuität konkret gedacht wird. Für Betroffene ist es nur schwer möglich, mit dem expliziten Widerspruch zu leben. Dies haben bereits psychoanalytische und psychosomatische Untersuchungen indiziert, da ein Widerspruch für die Betroffenen selbst mit großen Störungen einhergehen kann (Decker 2006, 2011).

Nicht zuletzt auch auf Basis zahlreicher Autobiographien wird deutlich, dass Betroffene einer Organspende sehr wohl um das *künstliche* Verschieben der Endlichkeit als Folge der Organspende wissen (Wagner 2013). Begrifflichkeiten wie *Hirntod* oder *Organspendeausweis* konnten zwar kulturell etabliert werden, jedoch nicht ohne dass Unsicherheiten weiterhin bestehen. Versuche, sich gegen die Verunsicherung aufzulehnen, wurden stets mit medizinisch-naturwissenschaftlichem Wissen abgewehrt (Crouch/Elliott 1999; Wiesemann 2016). Unterschätzt wurde dabei, wie wirkmächtig diese Unsicherheiten mit den eigenen Vorstellungen von Körper zusammenhängen. Insbesondere, wenn Personen kein dualistisches Körperkonzept⁵ haben, sondern Körper und Geist einheitlicher denken und spüren (Schicktanz/Wöhlke 2017).

3.2 Pluralität von Todeskonzeptionen

Seit der Festlegung der Medizin auf den Hirntod als Kriterium, das einen Menschen bei intensivmedizinischer, vitalhaltender Unterstützung für tot erklärt, hat sich darum eine kontroverse Debatte entfacht (Deutscher Ethikrat 2015; Witter 2024). Für seine Befürworter*innen steht dieses Kriterium für den Tod als bereits bekanntem Sachverhalt. Aus Sicht seiner Kritiker*innen hingegen wird das Hirntodkriterium genutzt, um den Tod des Menschen umzudefinieren. Kritisiert wird die Überbetonung des Verstandes als Kennzeichen menschlichen Lebens und die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod. Dies ist nicht nur für medizinische Laien, sondern auch für Fachpersonal kontraintuitiv, da nach der Feststellung des Hirntodes der Stoffwechsel weiter funktioniert (z.B. die Haut schwitzt, Haare wachsen), Bewegung der Arme beobachtet werden und das Fortpflanzungsvermögen funktioniert. Medizinisch ist dies erklärbar: Obwohl bei Hirntoten das Gehirn irreversibel ausgefallen ist, können Körperfunktionen aufrechterhalten werden. So ist es möglich, dass hirntote Frauen unter intensivmedizinischer Betreuung eine bestehende Schwangerschaft fortsetzen. Auch Ejakulationen bei hirntoten Männern sind

-
- 5 Ein dualistisches Körperkonzept geht davon aus, dass Körper und Geist (bzw. Seele) zwei voneinander getrennte, unterschiedliche Entitäten sind. Diese Vorstellung stammt ursprünglich von Philosophen wie René Descartes, der Körper als materiellen, vergänglichen Teil und den Geist als immateriellen, bewussten Teil des Menschen verstand. Das Gegenteil des dualistischen Körperkonzepts ist das monistische Körperkonzept. Hier wird davon ausgegangen, dass Körper und Geist eine untrennbare Einheit bilden – dass das Bewusstsein nicht unabhängig vom Körper existiert, sondern aus körperlichen und leiblichen Prozessen hervorgeht.

in seltenen Fällen möglich, da sie durch Reflexe im Rückenmark ausgelöst werden und nicht das Bewusstsein voraussetzen. Diese medizinische Erklärung löst aber die Ambivalenz der Betroffenen und des Pflegepersonals nicht auf – vielmehr bringt es sie in eine Situation, in der Wahrnehmung und Verstand aufeinanderprallen. Dies kann zu ethischen Konflikten führen, da das Fürsorgeprinzip (für Spender*innen) und der Nutzen für Dritte (Empfänger*innen) aufeinanderprallen. Eine konzeptionelle Lösung ist, den Hirntod als pragmatische Rechtfertigung für die Organspende anzuerkennen (und damit Organspenden durchaus zu befürworten), jedoch pluralistische Konzeptionen des Todes weiterhin anzuerkennen (Birnbacher 2021). Gleichwohl ist dies keine Lösung für die empfundenen Dilemmata des Klinikpersonals, die häufig unadressiert bleiben.

3.3 Zur Tabuisierung der Einwilligung

Aus Studien wissen wir, dass es vielen Menschen schwerfällt, zu Lebzeiten eine Entscheidung für oder gegen eine Organspende zu treffen. Wenngleich die Schere zwischen der potentiellen Bereitschaft und der tatsächlichen Entscheidung zur Organspende kleiner geworden ist, sind diese weiterhin nicht deckungsgleich.⁶ In Ländern mit der (erweiterten) Zustimmungslösung, wie z. B. in Deutschland, kommt der Familie eine große Bedeutung zu, denn sie entscheidet für die potenziellen Organspender*innen und hat dabei die Aufgabe, deren Willen zu achten. Sie sind damit direkt Beteiligte bzw. Betroffene, da in der Praxis die Angehörigen auch bei einer schriftlich dokumentierten Zustimmung der Verstorbenen in die Entscheidung einbezogen werden (Hansen/Hilbrich 2022). In der medizinethischen Fachdebatte spielt das Entscheiden in Nahbeziehungen allerdings häufig eine untergeordnete Rolle, vielmehr wird der individualistische Blick bezüglich autonomer Entscheidungen diskutiert. Familie wird als Selbstverständlichkeit angenommen. In der Folge werden die Rolle von Familien bei komplexen Entscheidungen und die damit einhergehenden Rollenerwartungen und Normen zu wenig berücksichtigt (Gheaus 2015). Länder wie Frankreich oder Spanien arbeiten in der Transplantationsmedizin längst mit Familientherapeuten zusammen, um dem Anspruch einer relational autonomen Entscheidung gerecht zu werden (Molina-Pérez et

6 <https://www.organspende-info.de/presse/pressemitteilungen/default-03609e8a3e82b89e81ee5449dae9c707/> [Zugegriffen: 18.08.2025].

al. 2022; auch Wöhlke 2015). Vielfach fehlen jedoch für den komplexen Entscheidungsprozess tragfähige Konzepte zur Erfassung kollektiver Handlungen und Entscheidungen.

Neben der großen Verantwortung, die den Familien im Falle der stellvertretenden Willensäußerung zu Teil wird, wird bei Ablehnung der Transplantation oder Unsicherheit seitens des Transplantationssystems versucht, rationale Gründe zu finden. Argumente sind etwa, dass die Angehörigen die Komplexität der Hirnschädigung nicht verstehen oder auf anderen Ebenen medizinisches Wissen nicht verstanden wird, wobei sich die Personen – wohlgermerkt – in einer emotional traumatischen Situation befinden (Delgado et al. 2019). Selten wird allerdings die Möglichkeit hinzugezogen, dass die Entscheidung tief liegende Tabus berührt: Schweigen oder Nicht-Entscheiden aufgrund von Tabus lassen sich als Schutz gegen ein existenziell wahrgenommenes Chaos beschreiben. Das Tabu stellt dabei einen Schutz gegen die Verletzung dieser existenziellen Ordnung dar (Douglas 2004). Tabus dienen zunächst einmal der Herausbildung und Sicherung von Zugehörigkeit (Krafft-Krivanec 2004): Wer ein Tabu bricht, wird von der Gemeinschaft dafür bestraft oder ausgegrenzt. Tabus kennzeichnen eine stets umstrittene Grenzlinie. Der Umgang mit Toten ist ein gesellschaftliches Tabu, da Sterben eine existenzielle Gefährdung darstellt (Schneider 2005). Durch eine Organspende kommt es zu einer Störung der Sterbebegleitung und einer Verletzung der Totenruhe. Dies wird von der Transplantationsmedizin ebenso tabuisiert, denn es steht nicht der tote Mensch im Vordergrund, sondern der Körper mit seinen Teilen. Nur mit altruistischen Narrativen lässt sich der Tabubruch legitimieren, da mit dieser Haltung alle Verletzung in Kauf genommen werden kann.

Allerdings wissen wir heute, dass die Motivation für eine Organspende häufiger solidarisch oder genealogisch motiviert ist.⁷ Nach der Explantation mit dem Toten konfrontiert zu sein, dem durchschnittlich mindestens drei Organe fehlen, stellt für viele Angehörige eine Störung des Tabus der Totenruhe dar (Schicktzanz/Wöhlke 2017). Diese Spannung zwischen Nächstenliebe, helfen wollen, mitmenschlicher Verantwortung auf der einen Seite und einer Verletzung des – subjektiv erlebten – Tötungstabus lässt sich nicht mit sachlicher Aufklärung allein beheben (ebd.).

7 Der Begriff der Genealogie bezieht sich auf die familiäre Generationenfolge und die Vorstellung, dass ein Körperteil und damit auch ein Teil der Familie im anderen weiterlebt.

4 Das Unaussprechliche filmisch zeigen

4.1 Grenzen zwischen Leben und Tod im Spendeprozess

Der Film bedient sich unterschiedlicher ästhetischer Stilmittel. Bei den Szenen in der Klinik wird auf jegliche entstellende Repräsentation des schwerverletzten Simon und der schwerstkranken Claire verzichtet (Weyrich 2022). Simon wird nach dem Unfall äußerlich unverletzt gezeigt, lediglich ein Verband am Kopf deutet auf den Hirnschaden hin. Hier wird mit dem äußerlich Sichtbaren und dem innerlich Unsichtbaren bildlich gearbeitet. Äußerlich sichtbare Wunden stellen für viele Menschen etwas Beängstigendes dar, da es sie an die eigene Verletzlichkeit erinnert und sie sich vorstellen können, welche Schmerzen dieser Mensch erleidet. Bei inneren, unsichtbaren Wunden können wir hingegen den Schmerz und das Leid nur erahnen, allenfalls werden sie über ein verzerrtes Gesicht sichtbar. Eine schwere Verletzung am Gehirn ist oft nicht sichtbar. Simon liegt in einem makellos sauberen Bett, seine Erscheinung ist bis auf den weißen Verband und den Beatmungsschlauch unversehrt und friedlich. Dass dieser junge Mensch tot ist, stellt eine unaussprechliche Tatsache dar. Dies ist nicht nur für trauernde Angehörige unwirklich, auch für das Klinikpersonal sind dies herausfordernde Situationen, die sich allerdings durch fest vorgegebene Abläufe und Routinen ertragen lassen.

Das Unaussprechliche wird in medizinisch-diagnostischen Bahnen gelenkt, denn über das medizinische Hirntodkriterium wird die Situation gleichermaßen erst erzeugt und sagbar. Dies lässt sich mit Belling (2020: 397) als ein »epistemologischer Konflikt zwischen medizinischer Expertise und Alltagswissen« beschreiben, denn »ein atmender Leichnam ist eine unausweichlich ambivalente Entität« (unsere Übersetzung). Der Hirntod wird im klinischen Kontext nicht nur diagnostiziert, sondern auch vollzogen – als Todeserklärung ist er ein sprachlicher Akt. Im Gegensatz zum Buch verstärkt der Film durch seine Visualität die Ambivalenz dieses Aktes, weil wir die Spannung zwischen dem Wissen um den Hirntod und dem Wahrnehmen des Körpers selbst visuell erfahren.

Die Stationsarbeit und Hirntod-Diagnostik folgen festen Routinen. Diese sind unerlässlich für medizinisches Personal und die verlässliche Bedingung für die Organentnahme. Dabei wirkt der leitende Oberarzt sichtlich übermüdet von zu vielen und langen Diensten. Sein Arbeitsleben lässt keinen Raum für Privatleben. In seiner Medizinwelt gibt es nur das Befolgen von standardisierten Abläufen, Regeln und Routinen, von denen er nicht abweichen kann. Er

beobachtet die Krankenpflegerin Cordelia, die dem komatösen Simon erklärt, welche Handlungen sie an ihm durchführt. Aus ihrer Sicht pflegt sie Simon patientenzugewandt und professionell. Die Eltern sind anwesend, der Chefarzt beobachtet sie, und stellt sie später zur Rede und weist die Pflegekraft zurecht, dies zu unterlassen, da sie damit die Eltern unnötig verunsichere. Dabei konfrontiert Cordelia ihn damit, dass sie über Simons Hirntod nicht informiert war, und wirft ihm mangelnde Teamfähigkeit vor.

In der Szene erzeugt das abstrakte Konzept des Hirntods eine tiefgreifende Spannung – eine kognitive Dissonanz zwischen dem Wissen (über das Konzept des Hirntods) und dem Sehen oder Fühlen (eines Patienten auf der Intensivstation). Denn Hirntote werden mit derselben Fürsorge behandelt wie alle anderen Patient*innen. Diese kognitive Dissonanz erzeugt der Film auch bei uns als Zuschauenden, da er einen höchst vitalen, jungen und sportlichen – also gesunden – Menschen als toten Spender, eine chronisch kranke, rauchende und stark geschwächte Organempfängerin hingegen als »reparierte« Lebende dargestellt. Diese Situation stellt für den leitenden Oberarzt gleich auf mehreren Ebenen eine Verunsicherung dar. Bisher haben die Eltern noch nicht stellvertretend für Simon in die Organspende eingewilligt. Für ihn als Arzt dürfen selbst keine Zweifel am Todeskonzept bestehen, da er sich als Arzt dem Schutz von Patienten verpflichtet hat: Nur aus einem toten Körper und mit Einwilligung darf er Organe entfernen. Da Simon keine Willensäußerung abgegeben hat, muss über die Eltern der mutmaßliche Wille ermittelt werden. Das pflegerische Handeln verunsichert aus Sicht des Oberarztes die Eltern und schmälert die Erfolgsaussicht. Mit dieser Szene wird ein Tabubruch in der Logik der Transplantationsmedizin verhandelt: Die im Vordergrund stehende Aussicht, Transplantate gewinnen zu können einerseits, und eine würdevolle Pflege, die Raum für abstrakte zwischenmenschliche Interaktion lässt, andererseits.

Nun kommt Thomas, der Transplantationskoordinator ins Spiel. Thomas wird professionell dargestellt und ist Teil des Teams auf der Station. Im Gegensatz zum Chefarzt wirkt er ruhiger und einfühlsamer. Der leitende Oberarzt bespricht mit ihm Simons Situation. Thomas hört ihm aufmerksam zu. Visuell wird hier das Bild des fürsorglichen Arztes durch Einstellungen untermauert, bei denen er trotz seiner Routine kurz innehält und aus dem Klinikfenster Vögel beobachtet. Beide Szenen verweisen auch darauf, dass in beiden Figuren unterschiedliche Perspektiven auf Simon zum Tragen kommen. Auf der einen Seite ein nüchtern und emotionsloses professionelles Agieren, auf der anderen Seite die Wichtigkeit des alltäglichen, situativen Details.

Thomas führt ein erstes Gespräch mit den Eltern, um ihnen die Unaussprechlichkeit des Zustandes ihres Sohnes zu erklären. Er verweist behutsam auf die Möglichkeit einer Organspende und eröffnet damit für die Eltern einen Raum zur Verarbeitung. Für sie ist die Nachricht über den klinischen Tod ein emotionales Trauma. Und in dieser Situation wird die Organspende angesprochen und damit ein Tabu gebrochen, indem die Totenruhe gestört wird. Der Film zeigt dies schonungslos, indem die Kamera die verzweifelte Eltern einfängt; zugleich sehen wir Thomas, wie er die Trauer wahrnimmt. Seine Professionalität wird darüber ausgedrückt, dass er die Eltern mit der Trauer und der Überforderung nicht allein lässt. Dies ist jedoch in der Realität selten, da weder Ärzt*innen noch Pflegenden diesen Tabubruch emotional aushalten und sich zurückziehen (Holthy/Hosby 2023). Thomas kann dies ertragen und begleitet die Eltern weiter trotz Beschimpfungen und verbalen Entgleisungen. So gibt es weitere Gespräche, in denen die Eltern schließlich einwilligen. Als der Chefarzt die Einwilligung der Eltern mit den Worten: »Das ist super, wirklich super« und einer kollektiven Siegesgeste des Händeschüttelns kommentiert, zögert Thomas beim gemeinsamen Handschlag und ist unsicher, ob er sich freuen darf – denn er ist viel stärker in die emotionale Belastung der Eltern involviert.

4.2 Filmische Inszenierung ethisch relevanter Deutungsmuster

Wir haben bereits hergeleitet, dass Transplantationen Grenzverschiebungen und Tabuisierungen durch unterschiedliche Denkrichtungen der Akteure hervorrufen. Es prallen die Rechtfertigung durch die evidenzbasierte Medizin und ein kulturell bzw. emotional beeinflusstes Wissen über Sterben und Tod aufeinander. Der Film versucht, durch eine Verschränkung von realistischen Bildern mit poetischen (fantastischen) Bildern und zudem durch das Stilmittel von Spiegelungen unterschiedliche Elemente miteinander zu verknüpfen (Weyrich 2022). So können Analogien und Beziehungen zueinander etabliert werden: Disparates wird ähnlicher, Getrenntes wird verbunden. Besonders diese Darstellungen der Erweiterung des Blicks über das sinnlich Wahrnehmbare hinaus soll uns erahnen lassen, dass Wirklichkeit noch andere Dimensionen bereithält, als es nur Sinne und Verstand ermöglichen.

Die »Sachlichkeit« (Pröll 2022: 74) von Buch und Film ist minimal gehalten, aber nicht dokumentarisch; dadurch entsteht eine Verschiebung des Blicks. Simon im Koma wirkt schlafend und sieht in dem sauberen Bett in seiner Jugendlichkeit sehr schön aus. Medizinische Behandlungen oder Eingriffe,

Alarmtöne oder Geräusche treten in den Hintergrund. Es handelt sich somit um eine idealisierte Darstellung. Nichts soll davon ablenken, dass in diesem Bett ein Mensch liegt, der eine Würde besitzt. Diese Erzählweise setzt sich einmal mehr fort, wenn die Eltern, nachdem sie der Organentnahme zugestimmt haben, sich von ihrem Sohn verabschieden. Das Licht ist gedämpft, das Zimmer bis auf das Bett und das Beatmungsgerät leer. Die Eltern, beide in Trauerkleidung, legen sich rechts und links neben Simon ins Bett, um ihm noch einmal sehr nahe zu sein. Die intime Nähe und Geborgenheit, die hier visualisiert wird, verbildlicht ein Tabu, das in der Praxis einen häufig genannten Grund gegen die Organspende darstellt. Menschen (bzw. medizinische Laien) sind unsicher bei der stellvertretenden Entscheidung für eine Organspende, da sie befürchten, dass nicht ausreichend Zeit für den Abschied bleibt, und dass der Abschied nicht würdig vollzogen werden kann. Vorstellungen des Personals in der Klinik sowie der Angehörigen von einem würdevollen Sterben im Rahmen einer Organspende existieren meist nur implizit, d.h. verborgen und unausgesprochen, als kulturelle Deutungsmuster und individuelle Überzeugungen, die bisher zu wenig sichtbar gemacht wurden. Die filmisch reduzierte Interpretation kann als Kritik an dieser medizinischen und pflegerischen Praxis des Unausgesprochenen gelesen werden. Den Eltern sollte diese Nähe ermöglicht werden.

4.3 Ethische Position des Films

Während der Gespräche mit Thomas spricht die Mutter offen Tabus an, die auch die Öffentlichkeit bei der pro/contra-Abwägung einer Entscheidung zur Organspende umtreibt: »Ich will nicht, dass man ihn verunstaltet.« Hier wird die gestörte Totenruhe direkt benannt: Die Mutter möchte nicht, dass Simon die Augen entnommen werden. Auch dies sind Parallelen zu unausgesprochenen Ängsten. Augen stehen für das sichtbare, für das Leben, für den Blick in die Welt, aber auch für das Zeigbare. In Studien findet sich ebenfalls der Wunsch, dass bei der Entscheidung für eine Organspende häufig die Augen ausgeschlossen werden (Wöhlke/Inthorn/Schick Tanz 2015). Dies kann neben rein ästhetischen Gründen auch spirituelle Gründe haben, indem man z.B. möchte, dass der Verstorbene auch im Jenseits etwas sehen kann und sich zurechtfindet. Nun könnte Thomas einfach entgegnen, »nein, das tun wir nicht«. In dieser Szene kommt nun aber die eigentliche Berufung des Koordinators zum Tragen; und zugleich wird die Position des Films durch Thomas' Handeln deutlich: Thomas übernimmt die Verantwortung dafür,

dass Simon als Organspender bis über seinen Tod hinaus respektiert wird. Er gibt den Eltern zu verstehen, dass sie ihm vertrauen können, wenn sie der Organspende zustimmen. Thomas verspricht, die ganze Zeit bei Simon zu bleiben, um damit den Eltern zu garantieren, dass sein Körper sorgsam behandelt wird. Dies ist ein filmisches Plädoyer für die Würde des Menschen und eine Mahnung an die Medizin, die diese zu achten hat. Indem Thomas als integer dargestellt wird und sich für die belastete Familie einsetzt, ohne dass ihm schließlich jemand widerspricht, stellt der Film seine Haltung und sein Handeln als moralisch richtig dar. Durch sein Versprechen, entgegen allen Routinen in der Klinik, verspüren die Zuschauer*innen eine große Entlastung und Sicherheit.

Während der Explantation sehen wir Alice, die junge Assistenzärztin im OP. Sie ist zum ersten Mal bei einer Explantation dabei. Die Szene bleibt bei ihren Eindrücken. Sie beobachtet die Explantation, ist fasziniert von dem praktischen und routinierten Vorgehen, jeder Handgriff muss sitzen, es bleibt keine Zeit, um Eindrücke zu verarbeiten. Alice kommt aus einer Chirurgen-Dynastie, viele in ihrer Familie sind mit Organtransplantation beschäftigt. In ihrer Familie ist die medizinische Tätigkeit Routine. Alice allerdings verzieht leicht das Gesicht, was sich als Erstaunen, Faszination, aber auch Irritation und Ekel deuten lässt. Im Roman bleibt diese Figur mit Schrecken und Unbehagen im OP-Saal zurück. Auch damit soll schließlich ein Bruch angedeutet werden. Allein ein durch sehr gute Noten abgeschlossenes Medizinstudium bedeutet nicht automatisch, dass diese Person auch eine gute Ärztin/Arzt in einem ihr zugewiesenen Gebiet wird. Nur weil frühere Generationen als vermeintlich gute Ärzt*innen galten, kann es in dieser Reihung ein Bruch der Tradition geben. Er findet durch eine Frau statt, die als emotional und reflektiert dargestellt wird, als (noch) nicht sozialisiert in chirurgischen Routinen. Es wird aber auch deutlich, dass ihre familiäre Tradition und die Gepflogenheiten sie keinen anderen Weg einschlagen lassen, dass sie sich an die Transplantationsmedizin wird gewöhnen müssen.

Die Szene im OP, bei der Simon die Organe entnommen werden, beginnt aus der medizinischen Perspektive: Wir sehen die Gesichter der Ärzt*innen mit OP-Masken und ihre operierenden Hände. Dem folgt ein deutlicher Bruch. Bei der gesamten Szene im OP wird vermieden, den Körper oder gar die Organe zu zeigen. Der Chirurg gibt die Anweisung, dass alles vorbereitet ist, um das Herz zu entnehmen. Hier unterbricht Thomas resolut gegen den Widerstand des Operateurs den Vorgang: »Warten Sie! ... Warten Sie, sage ich!« Die Szene ist in blauen Farben inszeniert. Thomas sorgt trotz anfänglichem Widerstand

des Chirurgen dafür, dass das gesamte OP-Personal eine Schweigeminute für Simon einlegt, um ihm Achtung zu schenken. Hier hält er sein Versprechen gegenüber den Eltern: Er geht ans Kopfende und spricht zu Simon, legt ihm Kopfhörer mit Musik an. Ein intimer Moment, der durch das besondere Szenenbild verstärkt wird. Beide Gesichter sind nur begrenzt durch das OP-Tuch. Erneut bezieht der Film hier moralisch Position auf der Seite des Koordinators, und rückt damit zugleich eine Person in den Mittelpunkt, über die andere Filme bisher nicht erzählt haben. Die nächste Totale zeigt das gesamte Operationsteam, dass erstarrt und wortlos am Bett steht, Thomas stellt sich zu ihnen. Die Ärzt*innen stehen um Simons Körper um den OP-Tisch wie eine Trauergemeinde am Grab und drücken dadurch Pietät und Professionalität aus (Fürholzer 2023). Diese Szene stellt Thomas erneut als vertrauenswürdig dar. Er hält das Wort, das er den Eltern gegeben hat. Denn der medizinisch-technische Prozess der Organentnahme wurde hier unterbrochen, um dem Verstorbenen einen würdevollen Abschied zu geben. In einer der letzten Szenen bereitet Thomas Simon für die Beerdigung vor und wäscht ihn. Diese Szene hat keinen Text, sondern nur Musik mit sehr langen Einstellungen mit Groß- und Detailaufnahmen. Thomas, völlig konzentriert auf das Waschen des Körpers, verleiht Simon Achtung als Organspender.

5 Fazit

DIE LEBENDEN REPARIEREN eröffnet einen eindrucksvollen Zugang zu einem ansonsten abstrakten und häufig technokratisch geführten Diskurs um die Organspende. In der öffentlichen Wahrnehmung erscheinen biomedizinische Themen oft als distanzierte, schwer greifbare Konzepte, die von klinischer Sprache und medizinischer Expertise dominiert werden. Zugleich sind sie von gesellschaftlichen Tabus durchzogen – insbesondere rund um Tod, Sterblichkeit und die Grenzen des Körpers. Gerade weil diese Themen emotional aufgeladen und sprachlich schwer zugänglich sind, bleibt der Diskurs oft oberflächlich oder wird gänzlich vermieden. Dem Film gelingt es jedoch, durch seine ästhetische und emotionale Bildsprache eine lebensweltliche Perspektive einzunehmen und damit eine Brücke zwischen individueller Erfahrung, kollektiver Imagination und gesellschaftlicher Realität zu schlagen.

Unsere Analyse zeigt, dass Filme nicht nur emotional berühren, sondern auch auf einer symbolischen Ebene das Unsagbare sichtbar machen können – etwa die existenzielle Dimension des Sterbens oder die ethischen Spannungs-

felder der Organspende. Sie thematisieren, was im Alltag oft unausgesprochen bleibt, und durchbrechen damit das kulturelle Schweigen. Während der klinisch-biomedizinische Blick den menschlichen Körper zunehmend in messbare, oft unsichtbare Einzelteile zerlegt, legt der medizinanthropologische Zugang – wie er auch in den Public Health Humanities verfolgt wird – einen Fokus auf den Körper als vielschichtiges Phänomen. *DIE LEBENDEN REPARIEREN* veranschaulicht genau diesen erweiterten Blick: Er macht erfahrbar, wie Organtransplantation nicht nur ein medizinischer Eingriff, sondern ein tiefgreifender Prozess der Bedeutungs- und Identitätsverhandlung ist – für Spenderfamilien ebenso wie für Empfänger*innen.

Öffentliche Darstellungen wie diese nähren unsere Imagination durch neue Narrative, in denen der menschliche Körper trotz klinischer Routinen mit Würde, Respekt und Emotionalität verknüpft bleibt. Indem der Film intime Einblicke gewährt und zugleich gesellschaftliche Spannungsfelder – etwa zwischen medizinischem Fortschritt und persönlichem Verlust – thematisiert, trägt er zur Enttabuisierung und zur ethischen Reflexion bei. Genau hier zeigt sich die Relevanz der Public Health Humanities: Dieses interdisziplinäre Forschungsfeld macht sichtbar, wie wichtig kulturelle, ästhetische und ethische Dimensionen für das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und medizinischen Praktiken sind.

Filmverzeichnis

21 GRAMMS (2003) (USA, R: Alejandro González Iñárritu)

COMA (1978) (USA, R: Michael Crichton)

DIE LEBENDEN REPARIEREN (REPARER LES VIVANTS) (2017) (FR, R: Katell Quillévéré)

FLEISCH (1979) (DE, R: Rainer Erler)

HEART CONDITION (1990) (USA, R: James D. Parriott)

NEVER LET ME GO (2018) (GBR, R: Mark Romanek)

SEVEN POUNDS (2008) (USA, R: Gabriele Muccino)

THE ISLAND (2005) (USA, R: Michael Bay)

Literaturverzeichnis

- Bateman, John A. (2019): »Multimodality and Materiality: The Interplay of Textuality and Textuality in the Aesthetics of Film«, in: *Poetics Today* 40, S. 235–268.
- Becker, Annette/Seifart, Carola (2014): »Prävention statt Transplantation? Eine Abwägung am Beispiel des Nierenversagens«, in: Heike Haarhoff (Hg.), *Organversagen. Die Krise der Transplantationsmedizin in Deutschland*, Frankfurt a.M.: Referenz, S. 103–127.
- Belling, Catherine (2020): »On the Corpse of a Loved One in the Era of Brain Death. Bioethics and Fictions«, in: Michelle Wang; Daniel K. Jernigan; Neil Murphy (Hg.), *The Routledge Companion to Death and Literature*, New York: Routledge, S. 397–405.
- Bhavsar, Nrupen A./Patzer, Rachel E./Taber David J./Ross-Driscoll Katie/Deierhoi, Reed Rhiannon/Caicedo-Ramirez Juan C./Gordon Elisa J./Matsouaka Roland A./Rogers, Ursula/Webster, Wendy/Adams, Andrew/Kirk Allan D./McElroy, Lisa M. (2023): »Defining the Need for Causal Inference to Understand the Impact of Social Determinants of Health: A Primer on Behalf of the Consortium for the Holistic Assessment of Risk in Transplantation (CHART)«, in: *Annals of Surgery Open* 4, e337.
- Birnbacher, Dieter (2021): *Determining Brain Death. Controversies and Pragmatic Solutions*. Bielefeld: transcript, S. 103–116.
- Blacksher, Erika (2012): »Redistribution and Recognition. Pursuing Social Justice in Public Health«, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 21, S. 320–331.
- Boas, Hagai/Davidovitch, Nadav/Yudell, Michael (2021): »Considering the Role of Public Health: Organ Shortage, Global Justice, and the Paradox of Prevention«, in: Solveig Lena Hansen/Silke Schicktanz (Hg.), *Ethical Challenges of Organ Transplantation: Current Debates and International Perspectives*, Bielefeld: transcript, S. 335–348.
- Bulgakow, Michail (2013): *Das hündische Herz*, Berlin: Galiani [Original 1925].
- Chan, Norine W./Moya-Mendez, Mary/Henson, Jacqueline B./Zaribafzadeh, Hamed/Sendak, Mark P/Bhavsar, Nrupen A./Balu, Suresh/Kirk, Allan D./McElroy, Lisa M. (2022): »Social Determinants of Health Data in Solid Organ Transplantation: National Data Sources and Future Directions«, in: *American Journal of Transplantation* 22, S. 2293–2301.

- Clift Stephen (2021): »Creative Arts as a Public Health Resource: Moving From Practice-Based Research to Evidence-Based Practice«, in: *Perspectives in Public Health* 132, S. 120–127.
- Coggon, John (2023): *What is Public Health?*, London: Faculty of Public Health.
- Cooper, Sarah (2024): »The Heart and The Sea: On the Lifeblood and Elemental Folds of Réparer Les Vivants«, in: *French Screen Studies* 24, S. 369–387.
- Crouch, Robert A./Elliott, Carl (1999): »Moral Agency and The Family. The Case of Living Related Organ Transplantation«, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 8, S. 275–287.
- Dalton, Benjamin (2024): »Malabou, Medicine and Film: Screening Brain Injury, Organ Transplantation and Plasticity in Katell Quillévéré's *Heal the Living*«, in: *Film-Philosophy* 28, S. 534–560.
- Decker, Oliver (2011): *Der Warenkörper. Zur Sozialpsychologie der Medizin*, Springe: Zu Klampen.
- Decker, Oliver/Winter, Merve (2006): »Gender-Aspekte in der SpenderIn-EmpfängerInbeziehung bei Lebendorganspende«, in: Alexandra Manzei/Werner Schneider (Hg.), *Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis*, Münster: Agenda, S. 225–247.
- Delgado, Janet/Molina-Pérez, Alberto/Shaw, David/Rodríguez-Arias, David (2019): »The Role of the Family in Deceased Organ Procurement. A Guide for Clinicians and Policy Makers«, in: *Transplantation* 103, S. 112–118.
- Deutscher Ethikrat (2015): *Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme*, Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Dittrich, Katalin/Meier, Catrin (2022): »Angehörigenbetreuung durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation«, in: Axel Rahmel/Klaus Hahnenkamp/Claus-Dieter Middel (Hg.), *Repetitorium Transplantationsbeauftragte*, Berlin/Heidelberg: Springer, S. 223–231.
- Douglas, Mary (2004): *Die zwei Körper*, in: Mary Douglas (Hg.), *Ritual, Tabu und Körpersymbolik*, Frankfurt a.M.: Fischer, S. 99–123.
- Fehring, Zoë/Boehme, Philip/Wirth, Stefan/Fehring, Leonard (2021): »Die neue Gesetzgebung zur Organspende – Wirkung, Potenzial und Grenzen aus der Sicht klinisch tätiger Ärzt:innen«, in: *Urologe* 60, S. 1570–1578.
- Fox, Renee C./Swazey, Judith P. (1992): *Spare Parts: Organ Replacement in American Society*, New York: Oxford University Press.
- Francis, Anna/Harhay, Meera N./Ong, Albert C.M./Tummalapalli, Sri Lekha/Ortiz, Alberto/Fogo, Agnes B./Fliser, Danilo/Roy-Chaudhury, Prabir/Fontana, Monica/Nangaku, Masaomi/Wanner, Christoph/Malik, Charu/Hradsky, Anne/Adu, Dwomoa/Bavanandan, Sunita/Cusumano, Ana/Sola,

- Laura/Ulasi, Ifeoma/Jha, Vivekanand/American Society of Nephrology/European Renal Association/International Society of Nephrology (2024): »Chronic Kidney Disease and The Global Public Health Agenda: An International Consensus«, in: *Nature Reviews Nephrology* 20, S. 473–485.
- Fürholzer, Katharina (2023): »Post-Mortem Dignity Between Piety and Professionalism. Plea For a Moment of Silence in Everyday Clinical Practice«, in: *Ethik in der Medizin* 35, S. 529–544.
- Garden, Rebecca (2015): »Who speaks for whom? Health Humanities and the Ethics of Representation«, in: *Medical Humanities* (41), S. 77–80.
- Gheaus, Anca (2015): »Is There a Right to Parent?«, in: *Law, Ethics and Philosophy* 3, S. 193–204.
- Hansen, Solveig L./Wöhlke, Sabine (2016): »Contrasting Medical Technology with Deprivation and Social Vulnerability. Lessons for the Ethical Debate on Cloning and Organ Transplantation Through the Film *Never Let Me Go* (2010)«, in: *Nanoethics* 10, S. 245–256.
- Hansen, Solveig Lena (2014): »Benötigtes Leben. Literatur als Medium zur kritischen Auseinandersetzung mit der Lebendorgantransplantation«, in: Silke Förschler/Rebekka Habermas/Nikola Roßbach (Hg.), *Verorten – Verhandeln – Verkörpern. Interdisziplinäre Analysen zu Raum und Geschlecht*, Bielefeld: transcript, S. 307–333.
- Hansen, Solveig Lena (2022): »Deutsche Organspende-Kampagnen zwischen 1996 und 2016: eine empirisch-ethische Kontextanalyse«, in: Doreen Reifegerste/Christian Sammer (Hg.), *Gesundheitskommunikation und Geschichte. Interdisziplinäre Perspektiven*, Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Publizistik und Kommunikationswissenschaft, Stuttgart.
- Hansen, Solveig Lena/Eisner, Marthe I./Pfaller, Larissa/Schick Tanz, Silke (2018): »Are You In or Are You Out?!« *Moral Appeals to the Public in Organ Donation Poster Campaigns: A Multimodal and Ethical Analysis*«, in: *Health Communication* 33, S. 1020–1034.
- Hansen, Solveig Lena/Hilbrich, Iris (2022): »Explorations about the Family's Role in the German Transplantation System: Epistemic Opacity and Discursive Exclusion«, in: *Social Epistemology* 36, S. 43–62.
- Hansen, Solveig Lena/Thielsch, Angelika/Wöhlke, Sabine (2022): »Geschichten von Gewicht. Gesundheitsethische und hochschuldidaktische Überlegungen zum Einsatz von Dokumentarfilmen am Beispiel *Adipositas*«, in: Walter Lesch/Markus Leniger (Hg.), *Fragen von Leben und Tod. Medizin und Ethik im Film*, Marburg: Schüren, S. 59–79.

- Hauser-Schäublin, Brigitta/Kalitzkus, Vera/Petersen, Imme/Schröder, Iris (2001): *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Holmqvist, Ninni (2008): *Die Entbehrlichen*, München: Fahrenheit.
- Holthe, Erlend/Husby, Vigdis S. (2023): »Barriers to Organ Donation: A Qualitative Study of Intensive Care Nurses' Experiences«, in: *Dimensions of Critical Care Nursing* 42, S. 277–285.
- Kalitzkus, Vera (2009): *Dein Tod, mein Leben. Warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kerangal, Maylis de (2015): *Die Lebenden reparieren*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kersting, Daniel (2017): »Tod des Körpers oder Tod der Person?«, in: *Ethik in der Medizin* 29, S. 217–232.
- Krafft-Krivanec, Johanna (2004): *Der Sinn des Schenkens. Vom Zwang zu geben und der Pflicht zu nehmen*, Wien: Passagen.
- Krüger-Fürhoff, Irmela Marei (2012): *Verpflanzungsgebiete. Wissenskulturen und Poetik der Transplantation*, München: Fink.
- Larson, Stephanie A. (2022): »Why Stories Matter: An Introduction to Narrative Approaches to Public Health Ethics«, in: Drue H. Barrett/Leonard W. Ortmann/Stephanie A. Larson (Hg.), *Narrative Ethics in Public Health: The Value of Stories*, Cham: Springer, S. 23–31.
- Maier Frieder (2015): »Keine Routine«, in: *intensiv* 23, S. 190–193.
- Mathieu, Irène P./Martin, Benjamin J. (2023): »The Art of Equity: Critical Health Humanities in Practice«, in: *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 18, S. 19.
- Molina-Pérez, Alberte/Delgado, Janet/Frunza, Mihaela/Morgan, Myfanwy/Randhawa, Gurch/Reiger-Vam de Wijdeven, Jeantine/Schicktanz Silke/Schiks, Eline/Wöhlke, Sabine/Rodríguez-Arias, David (2022): »Should the Family Have a Role in Deceased Organ Donation Decision-making? A Systematic Review of Public Knowledge and Attitudes Towards Organ Procurement Policies in Europe«, in: *Transplantation Reviews (Orlando)* 36, 100673.
- Nancy, Jean-Luc (2000): *Der Eindringling/L'intrus*, Berlin: Merve.
- Pfaller, Larissa/Hansen, Solveig Lena/Adloff, Frank/Schicktanz, Silke (2018): »Saying No to Organ Donation: An Empirical Typology of Reluctance and Rejection«, in: *Sociology of Health and Illness* 40, S. 1327–1346.

- Pröll, Julia (2022): »Intensivmedizinische Geräuschkulissen in der französischen Gegenwartsliteratur: mehr als nur Alarmsignale? Cécile Guilbert, Maylis de Kerangal und Boris Razon hören hin«, in: *Re:visit* 1.
- Remmers, Peter (2018): *Film als Wissensform: Eine philosophische Untersuchung der Wahrnehmung filmischer Bewegungsbilder*, Berlin/Boston: De Gruyter.
- Saffran, Lise (2014): »Only connect: The Case for Public Health Humanities«, in: *Medical Humanities* 40, S. 105–110.
- Scheper-Hughes, Nancy (2007): »The Tyranny of the Gift: Sacrificial Violence in Living Donor Transplants«, in: *American Journal of Transplantation* 7, S. 507–11.
- Schicktan, Silke/Wöhlke, Sabine (2017): »Leben im Anderen. Körperanthropologische Deutungsmuster in der Organtransplantation zwischen kulturell Sagbarem und Unsagbarem«, in: Antje Kahl/Hubert Knoblauch/Tina Weber (Hg.), *Transmortalität. Organspende, Tod und Körper in der heutigen Gesellschaft*, Weinheim: Beltz Juventa, S. 75–104.
- Schlich, Thomas (1998): *Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880–1930)*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schneider, Werner (2005): »Der Prothesen-Körper als gesellschaftliches Grenzproblem«, in: Markus Schroer (Hg.), *Soziologie des Körpers*, Frankfurt a.M., Suhrkamp, S. 371–398.
- Senck, Ellen/Hansen, Solveig Lena (2024): »Solidarität in der Serie Sløborn: Methodologische und didaktische Überlegungen zu audiovisuellen Medien in der Public Health Ethik«, in: Schmidt, Kurt W./Anette Riedel/Hans J. Wulff/Andreas Frewer (Hg.), *Medizin- und Pflegeethik in den Medien*, Würzburg: Könighausen & Neumann, S. 43–66.
- Servitje, Lorenzo (2019): »Reading Film«, in: Craig M. Klugmann (Hg.), *Research Methods in Health Humanities*, New York: Oxford University Press, S. 55–77.
- Squier, Susan M. (2004): *Liminal Lives: Imagining the Human at the Frontiers of Biomedicine*, Duke University Press: Durham.
- Voß, Andreas (1996): »...und deshalb möchte ich auch so wenig Beteiligte wie möglich...« Anmerkungen zu den Möglichkeiten der Konsensfindung im Bereich der humanmedizinischen Reproduktionstechnologien«, in: Kurt Bayertz (Hg.), *Moralischer Konsens. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 256–270.
- Wagner, David (2016): *Leben*, 2. Aufl., Reinbek bei Hamburg: rowohlt.

- Weyrich, Franz Günther (2022): »Zwischen ars moriendi und ars vivendi. Der Film die lebenden reparieren von Katell Quillévére«, in: Walter Lesch/Markus Leniger (Hg.), Fragen von Leben und Tod. Medizin und Ethik im Film, Marburg: Schüren, S. 175–194.
- Wiesemann, Claudia (2016): »Vertrauen als moralische Praxis – Bedeutung für Medizin und Ethik«, in: Holmer Steinfath/Claudia Wiesemann (Hg.), Autonomie und Vertrauen, Springer: Wiesbaden.
- Witter, Hector (2024): Hirntod – sind »Hirntote« wirklich tot?, Stuttgart: J.B. Metzler.
- Wöhlke, Sabine (2015): Geschenkte Organe? Ethische und kulturelle Herausforderungen bei der familiären Lebendnierenspende, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Wöhlke, Sabine (2025): »Zeit und gutes Leben im Hinblick auf Organspende und Transplantationsmedizin«, in: Sonja Deppe/Anne Clausen/Isabella Marcinski-Michel/Mark Schweda/Claudia Wiesemann (Hg.), Handbuch Medizin und Lebenszeit. Gutes Leben im Kontext neuer Chancen und Herausforderungen, Living Reference Work, Stuttgart: Metzler.
- Wöhlke, Sabine/Hansen, Solveig Lena/Schicktanz, Silke (2015): »Nachdenken im Kinosessel? Bioethische Reflexion durch Filme als eine neue Möglichkeit der Diskussion von Standpunkten und Betroffenheit«, in: Ethik in der Medizin 27, S. 1–8.
- Wöhlke, Sabine/Inthorn, Julia/Schicktanz, Silke (2015): »The Role of Body Concepts for Donation Willingness. Insights from a Survey with German Medical and Economics Students, in: Ralf J. Jox/Galia Assadi/Georg Marckmann (Hg.), Organ Donation in Times of Donor Shortage. Challenges and Solutions u.a. Dordrecht/Heidelberg: Springer, S. 27–51.
- Wolf Perez, Edith (Hg.) (2023): Arts and Health – Österreich im internationalen Kontext, Bielefeld: transcript.

