

Imme Petersen (2009): Geschenk – Spende – Ware. Diskursive Deutungen in der öffentlichen Debatte um Organtransplantation. In: Elfriede Hermann, Karin Klenke und Michael Dickhardt (Hg.): Form, Macht, Differenz. Motive und Felder ethnologischen Forschens. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 295–306. Doi: 10.17875/gup2020-1292

Geschenk – Spende – Ware: Diskursive Deutungen in der öffentlichen Debatte um Organtransplantation

Imme Petersen

Der Aufruf, einen Organspendeausweis auszufüllen, ist in der deutschen Öffentlichkeit nahezu omnipräsent. Plakate, Broschüren, Autoaufkleber, Fernsehdokumentationen, Radiosendungen und Events transportieren die Botschaft, dass die Organspende eine Gemeinschaftsaufgabe sei, mit der sich jede und jeder auseinandersetzen müsse. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat allein im Jahr 2008 über eine Million Organspendeausweise verteilt, zumeist an Multiplikatoren wie Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen, Beratungsstellen, Bildungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen.¹ Die Werbung für Organspende wird dabei als Aufklärung deklariert, die die Einstellung für oder gegen die Organspende zu einem Wissensproblem macht: Nur der Unwissende könne sich gegen die Organspende entscheiden, so die Suggestion der Werbetexte.

Die mediale Berichterstattung, in der vornehmlich Transplantationsmediziner² zu Wort kommen, setzt eine geringe Spendebereitschaft in der Bevölkerung in direkte Relation zum Bedarf potentieller Empfänger. Zitiert werden stets die Jahresbilanzen der Deutschen Stiftung für Organtransplantation, die die Anzahl der Organspender, der entnommenen Organe und registrierten Patienten auf den Wartelisten für bestimmte Organe erfassen.³ Der „Tod auf der Warteliste“ ist dabei ein zentraler Begriff (Feyerabend 2007:9), der suggeriert, dass Patienten sterben, weil kein Organ für sie

gespendet wurde; sie hätten, so die Logik, durch eine Organtransplantation gerettet werden können.

Mit hohem medialen und finanziellen Aufwand wird der Öffentlichkeit damit das systeminhärente Problem der Transplantationsmedizin aufgezeigt: Die Transplantationspraxis ist zwingend auf gespendete Organe angewiesen, um existieren und arbeiten zu können. Um dieses Problem zu bewältigen, müssen die am Transplantationssystem beteiligten Gruppen in eine gesellschaftlich akzeptierte Beziehung zueinander gesetzt werden. Aus diesem Grund konzentriere ich mich im Folgenden auf die *öffentlich* geführte Debatte zur Organtransplantation. Im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojekts „Humantechnologie und Verwandtschaft in Deutschland“, das Prof. Brigitta Hauser-Schäublin von 1996 bis 2001 am Göttinger Institut für Ethnologie leitete, habe ich mich bereits mit der öffentlichen Debatte auseinandergesetzt (Petersen 2002). Dabei konzentrierte ich mich auf den parlamentarischen Diskurs, der während des Gesetzgebungsverfahrens zum Transplantationsgesetz im Deutschen Bundestag geführt wurde. In unserer Projektpublikation „Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland“ haben wir aufzeigen können, dass im (gesellschafts-)politischen Diskurs stets um Kompromisse gerungen wird, um neue Technologien wie die Organtransplantation möglichst konfliktfrei kulturell einzupassen.⁴ Vor diesem Hintergrund werde ich im Folgenden zunächst die diskursive Formation⁵ der bestehenden Beziehung zwischen Organgebern und Organempfängern in der öffentlichen Debatte analysieren. Hier wird sich zeigen, dass die Organgeber und die Organempfänger in zwei unterschiedliche, voneinander getrennte Diskurse eingebunden sind. Der altruistische Diskurs schafft Identifikationen für zukünftige Organspender und der ökonomische Diskurs artikuliert den so genannten Organbedarf der Transplantierwilligen. Im Anschluss an die Analyse der öffentlichen Debatte werde ich darstellen, wie die Transplantationsmedizin die öffentlichen Diskurse strategisch nutzt, um Organverpflanzungen durchführen zu können. Da von Seiten der Transplantationsmedizin häufig Kritik an der Spendebereitschaft in der Bevölkerung geäußert wird, diskutiere ich abschließend diskursive Tendenzen, die eine Ablösung des Spende-Diskurses durch neue Diskurse fordern. In der öffentlichen Debatte wird zum Teil sehr kontrovers diskutiert, ob neue Praktiken der Verpflichtung oder alternativ der Begünstigung eingeführt werden sollen, um das Organaufkommen – gemäß der Forderung des ökonomischen Diskurses – zu erhöhen.

Der altruistische und der ökonomische Diskurs in der Öffentlichkeit

In der deutschen Öffentlichkeit bestimmen zwei Diskurse die Deutung des Feldes der Organtransplantation. Der altruistische Diskurs thematisiert den Akt der Organ-

spende; der ökonomische Diskurs verweist auf den medizinischen Bedarf an Organen und thematisiert damit die Interessen der potentiellen Empfänger.

Der altruistische Diskurs manifestiert sich am deutlichsten in den Aufrufen zur Organspende. Der Diskursbegriff der Spende impliziert, dass Organspender altruistisch handeln, was weitere Assoziationen weckt: solidarisches Handeln, ethische Verantwortung, Barmherzigkeit. Gerade die religiöse Fundierung und die befürwortende Haltung der katholischen und evangelischen Kirchen zur Organspende fehlt in keiner Aufklärungsbroschüre (Bergmann 2008:89f.). Der Charakter der Organspende als Akt des freiwilligen Gebens betont somit die Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe der Organspender. Sie geben wohlätig an Notleidende und erwarten dafür keine Gegengabe, da mit einer Spende der Gebende keine dauerhafte Verpflichtung zu dem Empfangenden eingeht. Die Spende ist, nach herkömmlicher kultureller Deutung, ein zumeist einmaliges Geben für einen wohlätigen, allgemeinnützigen Zweck. Sie wird in der Regel durch Dritte vermittelt, da sich die Parteien untereinander nicht kennen.

Gleichzeitig wird in öffentlichen Kampagnen die Organspende immer wieder als „geschenktes Leben“ bezeichnet. Organspender werden aufgefordert, ein sehr persönliches Geschenk an einen ihnen Unbekannten zu machen. Das Organ als Geschenk schafft eine größere Identifikation mit dem potentiellen Organempfänger und in Folge eine Emotionalisierung des potentiellen Spenders, indem dessen Schicksal direkt in Beziehung zu einem Schwerstkranken gesetzt wird (Petersen 2007:15). Dieses Deutungsmuster, das in der öffentlichen Debatte parallel zum Diskursbegriff der Spende auftaucht, ist jedoch irreführend, da Geschenke nur in persönlichen Beziehungen gegeben werden. Wie die Gaben im Gabentausch festigen Geschenke eine persönliche Beziehung zwischen Gebendem und Nehmendem (Mauss 1994). Auch das Prinzip der Gegengabe ist im Geschenk enthalten: Moralisch besteht die Verpflichtung zum Gegengeschenk, auch wenn diese Verpflichtung beim Akt des Schenkens ausgeblendet wird und die Einseitigkeit des Gebens in den Vordergrund rückt (Hauser-Schäublin et al. 2008:128).

Im Sinne einer Gabe wird die Organspende also auf die persönliche Beziehungsebene verlegt, ohne aber persönliche Beziehungen zu festigen oder entstehen zu lassen. Faktisch ist deshalb das öffentlich skizzierte Bild der Organspende als Geschenk ein Paradox, da sie weder personalisiert ist noch auf Gegenseitigkeit beruht. Organspenden bleiben in ihrem Charakter Spenden, da sie für das Wohl von Bedürftigen gegeben werden, die der Spender nicht persönlich kennt. Die Idealisierung der Organspende zum Geschenk evoziert jedoch, abweichend zum geläufigen Deutungsmuster der Spende, eine Erwartung von Reziprozität. Durch die fiktive Personalisierung wird der Schwerkranke zu einem Gegenüber, der den potentiellen Organspender zum Handeln verpflichtet. Auch wenn in Aufklärungskampagnen stets betont wird, dass niemand das Recht habe, die persönliche Entscheidung für oder gegen die Organspendebereitschaft zu kritisieren,⁶ geraten so diejenigen, die sich gegen eine Organspende entscheiden, in Erklärungsspflicht, warum sie dem unbekanntem, aber imaginären Schwerkranken die

lebensrettende Hilfe verweigern wollen. Entzieht sich der Spender, indem er sich zu Lebzeiten nicht entscheidet, wird ihm persönlich die Verantwortung und Schuld für den eventuellen Tod eines anderen übertragen. Durch die Verwobenheit der Deutungsmuster von Spende und Geschenk postuliert der altruistische Diskurs letztlich eine moralische Bringschuld an die Gesellschaft, der jeden zur Organfreigabe verpflichtet.

Der skizzierte altruistische Diskurs schließt dagegen bewusst Deutungsmuster aus, die Fragen nach Organaufkommen und tatsächlichem Organbedarf aufwerfen. Diese stehen wiederum im Mittelpunkt des ökonomischen Diskurses zur Organtransplantation, der parallel zum altruistischen Diskurs in der Öffentlichkeit etabliert wurde und die Bedürfnisse der Organempfänger in den Vordergrund stellt. Indem die Anzahl der gespendeten Organe direkt auf die Anmeldungen für die Wartelisten bezogen werden, werden in diesem Diskurs die Gebenden und die Nehmenden mit dem Marktmechanismus von Angebot und Nachfrage in Beziehung gesetzt.

Durch medizinische Fortschritte in der Organübertragung und Immunsuppression, den Ausbau der klinischen Kapazitäten für Transplantationsmedizin und die Ausweitung der Altersgrenze für potentielle Organempfänger wird die Indikation für eine Organtransplantation immer häufiger gestellt. In Folge werden immer mehr und immer ältere Patienten für eine Transplantation registriert. Ihre Ansprüche auf ein fremdes Organ werden nicht in Frage gestellt, da sie durch medizinische Indikation gerechtfertigt werden.⁷

Für die Bedürftigen hat die Bundesärztekammer jedoch verbindliche Richtlinien für die Aufnahme in die Warteliste sowie für die Organverteilung aufgestellt.⁸ Gründe, warum ein Patient nicht in die Warteliste aufgenommen wird, sind als Kontraindikationen gelistet, die einen Transplantationserfolg kurz- oder längerfristig gefährden können. Auch die Vermittlungskriterien bei der Organverteilung orientieren sich neben Verträglichkeit und Dringlichkeit an der Erfolgsaussicht der Transplantation. Damit wird zum einen eine möglichst gerechte und auf medizinische Kriterien basierende Zuteilung unter den Transplantierwilligen angestrebt; zum anderen wird eine möglichst erfolgreiche – und damit effiziente – Nutzung der zur Verfügung stehenden Organe erreicht. Kommuniziert werden diese Bemühungen im öffentlichen Diskurs durch die Porträts von erfolgreich Transplantierten, die dank der Transplantation ein aktives Leben fortsetzen können. Sie haben damit eine zweite Lebenschance bekommen und nutzen diese auch entsprechend.

Trotz dieser Bemühungen kann die steigende Nachfrage nach transplantierbaren Organen aber nicht befriedigt werden. Durch den wachsenden medizinischen Bedarf sind Organe als knappe Ressource begehrt, aufgrund dessen ihnen im ökonomischen Diskurs ein (Nachfrage-)Wert zugeschrieben wird. Wie beim Warentausch reguliert sich der Wert eines Organs zwar über Angebot und Nachfrage, dieser ist aber in unserem bestehenden Organverteilungssystem nicht als monetärer Preis ermittelbar. Organe lassen sich deshalb als kommodifizierte Güter, nicht aber als Waren beschreiben. Gerade bei menschlichen Substanzen, die als personifiziert wahrgenommen werden,

gibt es Vorbehalte, diese zu kommerzialisieren. Am Beispiel der Blutspende lässt sich dies verdeutlichen: Blut wird – wie jede andere vom herkömmlichen Körper getrennte Substanz – nach der Entnahme objektiviert (Appadurai 1996, Strathern 1997). Bei der Blutabgabe für den therapeutischen Zweck der Bluttransfusion wird die Objektivierung als unproblematisch bewertet, so dass Blut in diesem Kontext auch kommerzialisiert werden kann (Waldby et al. 2004). Bei der Blutabgabe für die genetische Forschung ist das Blut hingegen aufgrund der geplanten DNA-Analyse personifiziert, also eng mit der Identität des Blutspenders verbunden. In diesem Fall rücken wieder, wie eine empirische Studie über eine schwedische Biobank illustriert, altruistische Deutungsmuster für die Blutspende in den Vordergrund (Hoeyer 2005:55ff).

Diskursive Deutungen innerhalb des Transplantationssystems

In der Öffentlichkeit vertreten Transplantationsmediziner vornehmlich den ökonomischen Diskurs, indem sie das Organaufkommen in Bezug zum Bedarf von jenen setzen, die auf ein Organ warten. Für die Transplantationspraxis nutzt die Transplantationsmedizin hingegen den ökonomischen und den altruistischen Diskurs, um die Beziehung zwischen den Gebenden und Nehmenden zu institutionalisieren. In ihrem Diskursregime wird das Deutungsmuster der Spende ausschließlich auf die gebende, das Deutungsmuster des kommodifizierten Gutes auf die nehmende Seite angewandt.

Die ausschließliche Zuordnung des Spenders einerseits und des Nehmers andererseits zu dem entsprechenden öffentlichen Diskurs ist nur möglich, indem die beteiligten Gruppen innerhalb des Transplantationssystems systematisch voneinander getrennt werden. Das entnommene Organ wird nach Entnahme anonymisiert, so dass weder Empfänger noch Spender Kontakt zur jeweils anderen Partei aufnehmen kann.⁹ Diese Trennung vermittelt den Organspendern, dass ihre Intention der Spende auch nach der Organentnahme gewahrt bleibt. Demgemäß garantieren der bestehende Diskurs und die damit verbundenen Praktiken, dass die Organspende an Schwerkranke auf Grundlage von medizinischen Kriterien weitervermittelt wird. Durch die Anonymisierung der Empfänger und die Vermittlung durch Dritte steht die Intention der altruistischen Spende, das freiwillige Geben, im Vordergrund. Die Anonymisierung der Spender sowie die Loslösung der Organe aus dem herkömmlichen Körper vermittelt den Transplantierten hingegen, dass Organe verfügbare Ressourcen sind. Die Allokation nach medizinisch induzierten Kriterien legt ihnen zusätzlich nahe, dass sie als Schwerkranke einen Anspruch auf ein fremdes Organ haben.

Auch wenn die Trennung von Spendern und Empfängern sowie ihre Identifikation mit dem jeweiligen öffentlichen Diskurs eine routinierte Transplantationspraxis in Deutschland ermöglichen, zeigen sich Brüche mit den Diskursen in der Wahrnehmung der beteiligten Gruppen. So versuchen Transplantierte – analog zum ökonomischen Diskurs – das eingepflanzte Organ zu objektivieren, indem sie es vom originären Kör-

per und dessen Identität trennen. Die Inkorporierung des loszulösenden Transplantats ist jedoch häufig nicht problemlos. Auch wenn die Empfänger die Funktion des Spenderherzens oder der Spenderniere betonen, indem sie das Herz als Pumpe oder die Niere als Ersatzteil bezeichnen, muss die Transplantation psychisch verarbeitet werden (Kalitzkus 2003:203–217). Die Auseinandersetzungen kreisen um die Herkunft des fremden Organs. Sie konzentrieren sich auf den Tod des Spenders, von dem die Empfänger ihr Leben abhängig wissen, und auf die eigene Identität, die durch das fremde Organ bedroht werden kann. Transplantierte berichten von Ängsten und Gefühlen der Besessenheit oder einer inneren Verbindung zum unbekanntem Spender, die sie sich nur so erklären können, dass dem Organ psychische Eigenschaften des Spenders anhaften (Bergmann 2008:88). Diese psychische Auseinandersetzung mit dem Spender, die trotz der Anonymisierung auftreten kann und bei der Verarbeitung der Transplantation bewältigt werden muss, steht einer Kommerzialisierung, nicht aber einer Kommodifizierung des Organs auf Seiten der Empfänger entgegen.

Organspender wehren sich hingegen sowohl gegen eine Kommodifizierung als auch Kommerzialisierung von Organen. Wie Blutspender bei Biobanken möchten sie ihr Deutungsmuster, etwas Gutes tun zu wollen, im Vordergrund der Transaktion sehen. So zeigen Angehörige von Organspendern häufig Interesse am Schicksal der Empfänger und erfragen über ihr zuständiges Transplantationszentrum Informationen über den Verlauf der Transplantationen (Kalitzkus 2008:244).¹⁰ Die persönliche Anteilnahme am Schicksal der Schwerkranken, die durch den altruistischen Diskurs gestützt ist, reicht jedoch nicht, um dem Transplantationssystem eine ausreichende Anzahl an Organen zur Verfügung zu stellen. Alle Anstrengungen, die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen, waren bislang nur wenig erfolgreich. Befürworter der Organtransplantation hatten sich erhofft, dass das 1997 verabschiedete Transplantationsgesetz etwaige Rechtsunsicherheiten beseitige, insbesondere im Hinblick auf den Hirntod als legitime Todesdefinition, die erweiterte Zustimmungsregelung¹¹ und die Durchsetzung des Organhandelsverbots. Die erhoffte Zunahme an verfügbaren Transplantaten ist jedoch ausgeblieben.¹² Kritiker des Transplantationsgesetzes, denen insbesondere die erweiterte Zustimmungslösung nicht weit reichend genug ist, stellen deshalb zunehmend die bestehende Diskursformation in Frage und diskutieren neue Praktiken für die Spender-Seite.

Diskursive Umdeutungen für die Organspende

In der öffentlichen Debatte werden sowohl neue Pflichten als auch neue Anreize für die organgebende Seite diskutiert. Die aktuellen Explantationszahlen bilden nicht die tatsächliche Spendebereitschaft in der Bevölkerung ab, betonen Befürworter der Organtransplantation und verweisen auf Umfragen, nach denen rund zwei Drittel der Deutschen einer Organentnahme nach ihrem Tod zustimmen würden.¹³ Da jedoch nur etwa

jeder Fünfte einen Organspendeausweis ausfüllt, entscheiden in der Mehrzahl der Fälle die Angehörigen über die Organentnahme. Wie die Ablehnungsrate von rund einem Drittel potentieller Organspender offenbart, lehnen Angehörige häufiger ab, wenn sie die Entscheidung für einen anderen treffen. Sie vermuten, dass der Betroffene aufgrund der fehlenden Erklärung zu Lebzeiten die Organentnahme nicht gewollt habe.

Um Klarheit über den Willen des Betroffenen zu gewinnen, der – so wird vorausgesetzt – mehr Organentnahmen zulassen würde, wird öffentlich diskutiert, ob jedem Einzelnen eine Entscheidung zu Lebzeiten abverlangt werden könne. Konkrete Vorschläge reichen von einer Erklärungspflicht bei Ausgabe von Führerschein oder Lohnsteuerkarte bis zur Speicherung der Absichtserklärung auf der elektronischen Gesundheitskarte – ein Vorschlag, den die bayerische Sozialministerin Christa Stewens jüngst in ihr Kabinett einbrachte.¹⁴ Neben einem Für oder Wider Organspende soll auch ein „Ich will mich nicht erklären“ optional sein. In diesem Fall, so die Ministerin, sollen die Angehörigen in die Entscheidung einbezogen werden.

Inwieweit Angehörige den Entscheidungsprozess über die Organentnahme begleiten sollen und können, bleibt auch Thema bei der so genannten Widerspruchslösung, die in vielen europäischen Ländern praktiziert wird.¹⁵ Sie bürdet demjenigen die Last einer eindeutigen Erklärung auf, der nicht Organe spenden möchte. Der Nationale Ethikrat (2007) schlägt in seiner aktuellen Stellungnahme vor, die Bürger in einem geregelten Verfahren zu einer persönlichen Erklärung zur Spendebereitschaft aufzufordern. Die Organentnahme soll daraufhin nur ausgeschlossen werden, wenn ein Widerspruch des Betroffenen oder seiner Angehörigen vorliegt.

Die diskutierten Verpflichtungen kollidieren mit dem Deutungsmuster Spende. Denn sie geben die Freiwilligkeit der Spende Preis, die das altruistische Handeln der Spender kennzeichnet. Vom Einzelnen wird sowohl bei der Pflicht zur Erklärung als auch zum Widerspruch eine Entscheidung eingefordert, was mit dem Körper und seinen Organen im Fall eines diagnostizierten Hirntodes geschehen soll. Es bürdet somit auch die Pflicht auf, sich mit dem eigenen Tod zu Lebzeiten auseinander zu setzen und verlangt Antworten auf transzendente Fragen nach dem persönlichen Erleben des Sterbeprozesses, der Manifestation der Identität im Körper oder der Weiterexistenz über den Tod hinaus. Viele scheuen sich, diese Fragen zu stellen, auf die es keine gesicherten Antworten geben kann. Sie schieben eine bewusste Entscheidung auf, sich für oder gegen eine Organspende zu erklären. Sich nicht mit einer Sache befassen zu wollen, ist Teil der Selbstbestimmung des Einzelnen (Baureithel 2007:8) und unterstreicht die Freiwilligkeit der Spende. Eine Pflicht zur Erklärung wird deshalb sowohl dem Deutungsmuster der Selbstbestimmung als auch der Spende nicht gerecht.

In der Öffentlichkeit melden sich auch Stimmen zu Wort, die statt neuer Pflichten neue Anreize für eine Organfreigabe in Aussicht stellen wollen, um das Organangebot zu erhöhen. Beim so genannten Clubmodell sollen Bedürftige mit ausgefülltem Organspendeausweis Vorteile bei der Organverteilung erhalten (Kliemt 1993). Auch bei einer monetären Vergütung wird antizipiert, dass der zu erwartende Eigennutz die Bereit-

schaft zur Organabgabe erhöht.¹⁶ Befürworter argumentieren, dass die Autonomie und Selbstbestimmung des Organgebers den Besitz am eigenen Körper und die Selbstverfügung über einzelne Körperteile einschlieÙe und der Organverkauf deshalb legitim sei. Aber auch hier bleibt die Freiwilligkeit des Handelns fragwürdig. Empirische Studien zum globalen Organhandel belegen, dass Organgeber in der Regel aufgrund einer ökonomischen Notsituation handeln (Goyal et al. 2002, Cohen 1999) und neue Formen von sozialen Abhängigkeiten entstehen (Scheper-Hughes 2005). Der antizipierte Eigennutz bricht jedoch nicht nur mit der Freiwilligkeit, sondern auch mit der Selbstlosigkeit der Spende. Initiiert durch Begünstigungen, wird das Deutungsmuster der Spende vollständig durch ein neues ersetzt, das nach einem Kommodifizierungsprozess auf Seiten der Organgeber verlangt.

Der altruistische Diskurs in der Krise?

Die bisherige Diskursformation, die die gebende und die nehmende Seite voneinander trennte und supplementär im Rahmen des Transplantationssystems in Beziehung setzte, konnte den Bedarf an Organen nicht befriedigen. Ob Erklärungspflicht, Widerspruchslösung, Clubmodell oder finanzielle Vergütung – alle Vorschläge verfolgen deshalb das Ziel, das Organangebot für die Transplantationsmedizin zu erhöhen. Fortan soll jede und jeder in das Transplantationssystem eingebunden werden. Wird jedoch die Freiwilligkeit der Spende – das zentrale Element des altruistischen Diskurses – durch neue Praktiken aufgehoben, gerät dieser öffentliche Diskurs in die Krise.

Dies hat weit reichende gesellschaftliche Implikationen, da das bestehende Verhältnis vom Individuum mit seinen Rechten und Pflichten zur Gesellschaft in Frage gestellt wird. Das Deutungsmuster der Pflicht, das korrespondierend zu den Praktiken von Erklärung und Widerspruch formuliert wird, legt dem Einzelnen eine neue Form ethischer Verantwortung gegenüber einem anderen auf: Konnte er sich im altruistischen Diskurs dieser Verantwortung noch entziehen, wird ihm nun die Entscheidung auferlegt, über das Leben und den Tod eines Dritten mitzubestimmen. Das Deutungsmuster der Gunst, das in der Diskussion zu den Praktiken von Clubmodell und Vergütung auftaucht, verlagert das Solidaritätsprinzip auf die gesellschaftliche Ebene: Durch die Veräußerbarkeit von Körpern und Körperteilen werden Organe als austauschbare medizinische Ressourcen wahrgenommen, die es gesellschaftlich zu verwerten und nutzen gilt.

In den zur Diskussion stehenden Vorschlägen wird also letztlich das Deutungsmuster der Spende in Bezug auf die gebende Seite aufgegeben und durch die neuen Deutungsmuster von Pflicht und Gunst ersetzt. Ob diese weit reichenden diskursiven Umdeutungen realisierbar sind, entscheiden letztlich die potentiellen Organgeber. Es bleibt deshalb abzuwarten, ob die Betroffenen unter veränderten und konfligierenden Diskurs-Voraussetzungen noch gewillt sind, das Transplantationssystem mitzutragen.

Anmerkungen

- 1 Information der Pressestelle, persönliche Kommunikation vom 6.3.2009.
- 2 Aus Gründen der Lesbarkeit verzichte ich auf die jeweilige Nennung der weiblichen und männlichen Form, ohne das nicht genannte Geschlecht ausklammern zu wollen.
- 3 Im Jahr 2008 (vorläufige Zahlen) wurden 1198 Menschen, die als hirntot diagnostiziert wurden, insgesamt 3954 Organe (Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas, Dünndarm) entnommen. 4050 Transplantate (ohne Lebendspenden) wurden verpflanzt, die fehlenden zusätzlichen Organe wurden über Eurotransplant aus anderen Mitgliedsländern vermittelt. Rund 12.000 Patienten, vor allem dialysepflichtige Kranke, sind für Organtransplantationen registriert; etwa 1000 Personen sterben pro Jahr, während sie auf einer Warteliste stehen. Diese und alle folgenden Zahlenangaben stammen von der Deutschen Stiftung für Organspende, <<http://www.dso.de/>> [4.3.2009].
- 4 Die Projektpublikation, die 2001 im Campus Verlag erschien, haben Brigitta Hauser-Schäublin, Vera Kalitzkus und ich im Jahr 2005 intensiv überarbeitet und 2008 nochmals angesichts neuer gesellschaftlicher Entwicklungen ergänzt. Diese überarbeitete Version ist im Internet abrufbar (Hauser-Schäublin, Kalitzkus und Petersen 2008).
- 5 Die diskursive Perspektive und Terminologie sind angelehnt an Keller (2008). Einen *Diskurs* definiere ich Keller folgend als „Prozesse der sozialen Konstruktion von Sinn-, d.h. Deutungs- und Handlungsstrukturen auf der Ebene von Institutionen, Organisationen bzw. sozialen (kollektiven) Akteuren“ (2008:233). Ein *öffentlicher Diskurs* zeichnet sich durch seine Publikumsorientierung, insbesondere an die massenmedial vermittelte Öffentlichkeit, aus. Der abgrenzbare Zusammenhang von Diskursen, Akteuren und Praktiken beschreibt die *Diskursformation*; das *Diskursregime* ist in diesem Kontext definiert als die Beziehung zwischen Diskursen. Das *Diskursfeld* stellt hingegen die Arena dar, in der verschiedene Diskurse um die Definition eines Phänomens (wie der Organtransplantation) konkurrieren (Keller 2008:234f.).
- 6 Siehe zum Beispiel die Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Antworten auf wichtige Fragen“, abrufbar unter <<http://www.organspende-info.de/static/common/files-material/3/0%20Antworten%20auf%20wichtige%20Fragen%20-%20neu.pdf>> [4.3.2009]
- 7 Auf die Hintergründe dieser Entwicklung kann in diesem Beitrag nicht weiter eingegangen werden.
- 8 Siehe Richtlinien zur Organtransplantation gemäß §16 TPG, zuletzt geändert durch Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 25.04.2008, <<http://www.baek.de/page.asp?his=0.745.3263.3264>> [7.3.2009]
- 9 Die Deutsche Stiftung für Organspende (DSO) als bundesweite Koordinierungsstelle verschlüsselt gemäß § 13 TPG die personenbezogenen Daten des Organspenders mit einer Kenn-Nummer. Gleichzeitig ist sie verpflichtet, personenbezogene Daten ausschließlich an das Transplantationszentrum weiterzugeben, in dem Organe des Spenders übertragen worden sind, und zwar nur, wenn dies aufgrund einer gesundheitlichen Gefährdung der Organempfänger erforderlich ist (§ 13 Abs.2 TPG).
- 10 Diese Information wird ihnen trotz der Anonymisierung gewährt.
- 11 Liegt keine Erklärung des diagnostizierten Hirntoten vor, kann die Organentnahme auch aufgrund der Zustimmung der Angehörigen erfolgen.
- 12 Im Jahr 2008 wurden fast neun Prozent weniger Organe gespendet als im Jahr zuvor. Neben der Spendebereitschaft in der Bevölkerung werden zunehmend auch die Kliniken in die Verantwortung für das Organaufkommen genommen. Ihnen wird vorgeworfen, dass sie das

- Potential an möglichen Organspenden nicht ausschöpfen (siehe Pressemitteilung „DSO schlägt Alarm: Deutlich weniger Organspenden in 2008“, abrufbar unter <http://www.dso.de/infomaterial/presseservice/2009/09-01-14_idx.html> [18.9.2009]).
- 13 Siehe beispielsweise die IPSOS-Umfrage 2008, veröffentlicht von der Deutschen Stiftung Organtransplantation <<http://www.dso.de/pdf/ipsos2008.pdf>> [18.9.2009].
- 14 Siehe Pressemitteilung „Bericht aus der Kabinettsitzung“ vom 27.11.2007, <www.bayern.de/Pressemitteilungen-.1857.19947/index.htm> [9.3.2009].
- 15 In Italien, Luxemburg, Portugal, Slowenien, Tschechien und Ungarn gilt ausschließlich der Widerspruch des Betroffenen, in Belgien, Finnland, Norwegen, Österreich, Spanien und einigen Kantonen der Schweiz können auch die Angehörigen nach diagnostiziertem Hirntod Widerspruch einlegen (Nationaler Ethikrat 2007:27).
- 16 Dabei muss eine solche Lösung keineswegs auf einen freien Organhandel hinauslaufen, sondern in der Diskussion sind von Krankenkassen festgelegte Beträge für die jeweiligen Organe oder die Übernahme von Beerdigungskosten im Falle einer postmortalen Organabgabe (Barnett et al. 1992).

Literatur

- Appadurai, Arjun (1996) *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge: University Press.
- Barnett, Andrew H., Roger D. Blair und David L. Kaserman (1992) Improving Organ Donation: Compensation versus Markets. *Inquiry* 29:372–378.
- Baureithel, Ulrike (2007) Eine Frage der Selbstbestimmung? Bio-politische Konjunkturen eines entleerten Begriffs. *Gen-ethischer Informationsdienst* 182:5–8.
- Bergmann, Anna (2008) „Organspende“ zwischen ethischer Pflicht und Tabuverletzung. *Archiv für Wissenschaft & Praxis der sozialen Arbeit* 39(2):78–92.
- Cohen, Lawrence (1999) Where it Hurts: Indian Material for an Ethics of Organ Transplantation. *Daedalus* 128:135–165.
- Feyerabend, Erika (2007) Der Tod auf der Warteliste. Der sprachpolitische Raum um den warenförmigen Körper. *Gen-ethischer Informationsdienst* 182:9–11.
- Goyal, Madhav, Ravindra L. Metha, Lawrence J. Schneiderman und Ashwini R. Sehgal (2002) Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India. *Jama* 288:1589–1593.
- Hauser-Schäublin, Brigitta, Vera Kalitzkus, Imme Petersen und Iris Schröder (2001) *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Hauser-Schäublin, Brigitta, Kalitzkus, Vera und Imme Petersen (2008) *Der geteilte Leib: die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktions-*

- medizin in Deutschland*. Überarbeitete Version (2005) und Ergänzung (2008) des gleichnamigen Buches von 2001. Abrufbar unter <<http://webdoc.sub.gwdg.de/pub/mon/2008/hauser-schaeublin.pdf>> [10.9.2009].
- Hoeyer, Klaus (2005) The Role of Ethics in Commercial Genetic Research: Notes on the Notion of Commodification. *Medical Anthropology* 24(1):45–70.
- Kalitzkus, Vera (2003) *Leben durch den Tod: Die zwei Seiten der Organtransplantation; eine medizinethnologische Studie*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Kalitzkus, Vera (2008) „Intime Fremde“: „Organspende“ und -transplantation im Spannungsfeld von Körper und Leib. *Bricolage. Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie* 5:238–249.
- Keller, Reiner (2008) *Wissenssoziologische Diskursanalyse: Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kliemt, Hartmut (1993) Gerechtigkeitskriterien in der Transplantationsmedizin. Eine ordoliberalen Perspektive. In: Eckhard Nagel und Christoph Fuchs (Hg.): *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, S. 262–283. Berlin: Springer.
- Mauss, Marcel (1994) *Die Gabe: Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Nationaler Ethikrat (2007) *Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland. Stellungnahme*. Abrufbar unter <http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Organmangel.pdf> [14.3.2009].
- Petersen, Imme (2002) *Grenzkonflikte um Person und Leben. Kulturelle Wissensstrukturen in den Parlamentsdebatten zum Embryonenschutzgesetz und Transplantationsgesetz*. Abrufbar unter <<http://webdoc.sub.gwdg.de/diss/2002/petersen/petersen.pdf>> [22.04.2009].
- Petersen, Imme (2007) Schenk mir Dein Herz! Eine kulturwissenschaftliche Analyse der Spende in der Medizin. *Gen-ethischer Informationsdienst* 182:13–16.
- Scheper-Hughes, Nancy (2005) The Last Commodity: Post-Human Ethics and the Global Traffic in „Fresh“ Organs. In: Aihwa Ong und Stephen J. Collier (Hg.): *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, S. 145–167. Maldern: Blackwell Publishing.
- Strathern, Marylin (1997) Partners and Consumers: Making Relations Visible. In: Alan D. Schrift (Hg.): *The Logic of the Gift: Toward an Ethic of Generosity*, S. 292–311. New York: Routledge.

Waldby, Catherine, Marsha Rosengarten, Carla Treloar und Suzanne Fraser (2004)
Blood and Bioidentity: Ideas about Self, Boundaries and Risk among Blood Donors
and People Living with Hepatitis C. *Social Science & Medicine* 59:1461–71.