

## 3. Das medizinische Dispositiv der Organspende

---

### 3.1 ÄRZTLICHE SELBSTVERORTUNG: DIE SAMW-KOMMISSION FÜR DIE TRANSPLANTATION (1969-1973)

Im Zuge des Medienereignisses um die erste Herzverpflanzung in Zürich wurde die Organentnahme als Problem konstituiert, das nicht nur die Ärzte, sondern die ganze Gesellschaft betraf. Im Vordergrund stand dabei die Frage nach dem eigentumsrechtlichen Status der Organe: »Darf einem Toten einfach das Herz herausgenommen werden und einem anderen eingesetzt werden, ohne zumindest die Einwilligung der Verwandten einzuholen? Überall auf der Welt und jetzt auch in der Schweiz erheben sich Stimmen, die ein einheitliches Gesetz für Organübertragungen fordern«, stellte *Blick* im Sommer 1969 fest.<sup>1</sup> Das Postulat einer klaren und einheitlichen rechtlichen Regelung der Organentnahme war in der medialen Debatte um den Zürcher »Herzraub« weit verbreitet.<sup>2</sup> Die Sorge um die unbefriedigende gesetzliche Grundlage der Organentnahmen wurde von der Politik schnell aufgenommen. Vorstöße im nationalen Parlament<sup>3</sup> und in mehreren kantonalen Räten forderten die Regierung auf, die gesetzliche Regelung der Organentnahme zu überprüfen.<sup>4</sup> Und bald schon hatte sich auch das Bundesgericht mit dieser auseinanderzusetzen: Zur Zivilklage wegen Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Zürcher Organspenders kam wenig später eine staatsrechtliche Beschwerde gegen die am 25. März 1971 erlassene Zürcher Verordnung über die kantonalen Krankenhäuser hinzu. Diese schrieb die bis anhin in Zürich praktizierte Widerspruchsregelung fest, nach der eine Organentnahme erlaubt ist, solange der Verstorbene nicht zu Lebzeiten Einspruch erhoben hat und auch die Angehörigen nicht von sich aus Einspruch erheben.<sup>5</sup>

Angesichts dieser Entwicklungen beschloss die SAMW<sup>6</sup> Ende 1969, die Tätigkeit der »Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation« zu verlängern, die sie bereits im Sommer 1968 – im Rahmen der Debatten über die ersten Herztransplantationen – eingesetzt hatte. Die Kommission umfass-

te die wichtigsten Vertreter der Transplantationsmedizin sowie weitere renommierte Deutschschweizer Ärzte. Sie hatte sich in erster Linie mit der Todesdefinition beschäftigt<sup>7</sup> – mit dem Ziel, durch die Ausarbeitung einer eindeutigen Definition des Hirntodes der konstitutiven, aber strittigen Voraussetzung für Organentnahmen bei Toten zu Transplantationszwecken eine solide wissenschaftliche Basis zu geben. Über die Schaffung von verbindlichen Handlungsregeln für Ärzte hinaus ging es darum, mit einem klaren medizinischen Standpunkt der öffentlichen Unsicherheit entgegenzuwirken.<sup>8</sup> Im Januar 1969 wurden die »Richtlinien für die Definition und Diagnose des Todes« verabschiedet.<sup>9</sup> »Sie sind zur richtigen Zeit herausgekommen und konnten klärend wirken«, bilanzierte der Vorsitzende, nachdem die Kommission ihre Arbeit unter veränderten Voraussetzungen Ende 1969 wieder aufgenommen hatte.<sup>10</sup>

Die Kommission, die bis 1973 tagte, berücksichtigte in der Folge zwar alle juristischen Aspekte der Transplantation, konzentrierte sich aber in erster Linie auf die Regelung der Transplantatentnahmen bei Verstorbenen – das »einzige Problem, das kontrovers und von anerkannter Aktualität ist.«<sup>11</sup> Im Zentrum stand im Anschluss an den Skandal um den ersten Schweizer Herzspender die »Kernfrage« der Einwilligung,<sup>12</sup> also die Frage, wer über den toten Körper und dessen Organe verfügen darf. Noch 1968 hatten Kommissionsmitglieder davon abgeraten, das Thema der Einwilligung für Organentnahmen an die Öffentlichkeit zu bringen, da eine Diskussion dieses Problems »unserer Sache« mehr schaden als nützen würde.<sup>13</sup> Nun war diese Diskussion bereits unaufhaltsam im Gange und beschäftigte auch Politik und Justiz. »Die Frage ist brennend aktuell«, stellte der Präsident der SAMW, Andreas Werthemann, zusammenfassend fest.<sup>14</sup>

Im Folgenden werde ich die Kommissionsprotokolle und die zugehörige Korrespondenz, die ich im Archiv der SAMW einsehen konnte,<sup>15</sup> analysieren. Sie erlauben es mir, zu rekonstruieren, wie Ärzte unter Ausschluss der Öffentlichkeit, gleichsam in einem geschützten Rahmen, das Problem der Organspende vor dem Hintergrund der laufenden medialen, politischen und juristischen Debatten diskutierten. Die Protokolle geben auch Auskunft darüber, wie sich die Mediziner gegenüber anderen gesellschaftlichen Akteuren verorteten.

Zunächst werde ich die Ziele und die Bedeutung der Kommission erörtern. Danach werde ich die unterschiedlichen Positionen und Lager innerhalb der Kommission vorstellen, um anschließend die jeweiligen Argumentationen für bzw. gegen eine obligatorische Befragung der Angehörigen zu analysieren. Schließlich werde ich aufzeigen, in welchen grundlegenden Punkten die Mediziner trotz Meinungsverschiedenheiten übereinstimmten. Dabei werde ich auch auf die Bedeutung der Bundesgerichtsurteile von 1972 und 1975 eingehen.

## Selbstverortung und »Grenzarbeit«

Laut dem SAMW-Präsidenten bestand die Aufgabe der Kommission darin, Regelungen zu finden, die juristisch in Ordnung sind, ohne sich – und dies ist ein nicht unbedeutender Zusatz – auf die Leistungen der Transplantation hemmend auszuwirken. Das Ziel oder zumindest die große Hoffnung war, dass die Richtlinien »sowohl für den Bund als auch für die kantonalen Regierungen Grundlagen zu einheitlichen Regelungen bilden werden«.<sup>16</sup>

In ihrem Aufsatz aus medizin- und rechtshistorischer Perspektive sehen Dominique Sprumont und Guillaume Roduit in den von der SAMW seit Ende der 1960er Jahren mit erheblichem Aufwand erarbeiteten Richtlinien einen Ausdruck von Misstrauen der Mediziner gegenüber rechtlichen Regelungen, die ihnen von Nicht-Medizinern aufgezwungen werden. Die Stärkung der eigenen standesrechtlichen Regelungen sollte vor der Einmischung durch den Gesetzgeber in die eigene Berufspraxis schützen.<sup>17</sup> Wie das Beispiel der »Richtlinien für die Definition und Diagnose des Todes« zeigt, die durch Verweise in kantonalen Gesetzen und Bundesgerichtsurteilen vom Gesetzgeber als verbindlich erklärt wurden, erlangten einige Richtlinien tatsächlich eine rechtliche Kraft, die über ihren Status als private und nicht demokratisch legitimierte Äußerung einer Berufsorganisation weit hinausging.<sup>18</sup> Auch die Beschäftigung der SAMW mit der Regelung der Organentnahme ist in diesem Sinne zu deuten: Mit der frühzeitigen Formulierung eigener Richtlinien sollte die Gesetzgebung, wenn nicht vorweggenommen, so doch beeinflusst und damit die Gefahr einer gesetzlichen Einschränkung der Organbeschaffung reduziert werden.

Im Anschluss an die Lesart von Sprumont und Roduit kann die Kommission auch als Ort verstanden werden, in dem die Ärzte ihr erschüttertes professionelles Selbstverständnis verhandelten, um es zu sichern und neu zu bestimmen.<sup>19</sup> Diese Selbstverortung kann in einer diskursanalytischen Perspektive als Versuch gefasst werden, die Kontrolle über die Produktion des Diskurses wiederzugewinnen, die ihnen in der Debatte um das »gestohlene Herz« entglitten war. Foucault hat die Prozeduren zur Kontrolle und Unterwerfung des Diskurses beschrieben, die nicht nur regeln, *was* gesagt werden kann, sondern auch *wer* sprechen darf. Laut Foucault war auch das institutionelle System der Medizin ein System zur Unterwerfung des Diskurses, das den sprechenden Individuen Regeln auferlegt und so verhindert, dass alle Zugang zu den medizinischen Diskursen haben.<sup>20</sup> In diesem Sinne lässt sich auch die ärztliche Selbstverortung in der SAMW-Kommission verstehen: Sie verhandelte sowohl die Regeln des Diskurses über die Organspende als auch die Bedingungen für die Teilnahme an diesem Diskurs. Sie leistete das, was der Wissenschaftssoziologe Thomas F. Gieryn als *boundary-work* beschrieben hat: den Versuch, mittels diskursiver Praktiken eine rhetorische Grenze zwischen Wissenschaft

und Nicht-Wissenschaft bzw. zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen zu konstruieren. Die Grenzziehung erfolgt durch die Zuschreibung von exklusiven Eigenschaften.<sup>21</sup> *Boundary-work* wird notwendig, wenn die Autorität und Glaubwürdigkeit von Wissenschaften oder Wissenschaftlern in Frage gestellt wird und neu legitimiert werden muss.<sup>22</sup>

Die »Grenzarbeit« der SAMW-Kommission zeigt sich etwa in der Weise, wie ihre Mitglieder ihr Verhältnis zu anderen Experten und insbesondere zu den Juristen, die zeitweise in der Kommission vertreten waren, bestimmten.<sup>23</sup> In der Auftakt-Sitzung betonte ein Mitglied die Bedeutung einer einheitlichen Stellungnahme durch die Ärzte: »Sie muss absolut klar sein, bevor wir Juristen, Philosophen und Theologen informieren. Eine Diskussion mit Nicht-Medizinern wäre unproduktiv.« Und ein Kollege mahnte an, dass man sich nicht mit Fragen an die Juristen wenden, sondern ihnen sagen sollte, wie man das Problem sehe. Die Aufgabe der Juristen war ihm zufolge klar definiert: »Der Jurist muss unsere Formulierung in seine Sprache übersetzen.«<sup>24</sup> Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit war also nicht vorgesehen. Die Funktion der Rechtswissenschaftler sollte sich in den Augen der Ärzte darauf beschränken, die neuesten medizinischen Standards nachträglich rechtlich zu legitimieren. Die Gesetzgebung müsse sich dem jeweiligen medizinischen Fortschritt anpassen und nicht umgekehrt, so der Tenor der Ärzteschaft.<sup>25</sup>

## Interne Differenzen

Die ärztliche Selbstverortung wurde dadurch erschwert, dass sich die Formulierung eines gemeinsamen und eindeutigen ärztlichen Standpunkts als mühevoll erwies. Von Beginn an zeigten sich Differenzen in der Kommission, die – wie eine Analyse zeigt – zumindest teilweise mit der jeweiligen sozialen und medizinischen Stellung und dem Alter der Ärzte korrelieren. Kritisch gegenüber einer Entnahme ohne Einwilligung der Angehörigen zeigten sich vor allem Ärzte, die nicht direkt in die Transplantationsmedizin involviert waren und zum Teil einer älteren Ärztegeneration angehörten – etwa Rudolf Nissen und Felix König, die sich vehement für eine obligatorische Befragung der Angehörigen einsetzten.<sup>26</sup>

Gegen ein Befragungs-Obligatorium wehrten sich vor allem diejenigen Ärzte, die direkt an der Transplantationsmedizin beteiligt waren. Jünger als Nissen und König, waren sie es, die als aufstrebende Ärzte die Transplantationsmedizin in der Schweiz institutionalisierten: der Chirurg Ake Senning und sein jüngerer Kollege Felix Largiadèr, Spezialist für Nierentransplantation, vom Universitätsspital Zürich; Florin Enderlin, Gilbert Thiel und Felix Brunner, leitende Ärzte der Abteilung für Organtransplantation am Bürgerhospital Basel, unterstützt von ihrem Chefarzt Martin Allgöwer. Sie nahmen als

Spezialisten für sich in Anspruch, mit den Erfordernissen der Transplantationsmedizin am besten vertraut zu sein.

Im überlieferten Quellenmaterial gibt es Hinweise darauf, dass sie die kritische Einmischung von nicht spezialisierten Kollegen bisweilen als wenig qualifiziert missbilligten. So äußerte sich Largiadèr zu einer Stellungnahme von König folgendermaßen: Sie zeuge zwar von der Gewissenhaftigkeit des Verfassers und seinem hohen ärztlichem Verantwortungsbewusstsein. Sie zeige aber auch, dass der Verfasser keinerlei persönlichen Kontakt mit den Alltagsproblemen der Transplantation habe.<sup>27</sup> Und nach einer kontroversen Kommissions-Debatte gab Enderlin dem Wunsch Ausdruck, dass »in diesem Gremium noch mehr Herren vertreten wären, denen die Angelegenheit der Transplantation in den nächsten 20 Jahren obliegen wird«. Die »Grenzarbeit« richtete sich also nicht nur gegen externe Akteure, sondern betraf auch die Ärzteschaft selber. Nur diejenigen Ärzte, die sich beruflich mit der Transplantation befassten, waren gemäß dieser Argumentation autorisiert, am Diskurs teilzunehmen. Die Bedingungen des Zugangs zum Diskurs, die im inner-ärztlichen Kampf um Deutungsmacht verhandelt wurden, standen in Wechselwirkung zu den Aussagen der sprechenden Subjekte: Wer eine obligatorische Befragung der Angehörigen forderte, verstieß in den Augen der Transplantationsärzte gegen die Regeln des Diskurses, und bewies damit gleichzeitig, dass er mit der Praxis der Organtransplantation nicht vertraut war.

Die Nicht-Transplanteure wehrten sich mitunter gegen diese Versuche, sie aus dem Diskurs auszuschließen. Nissen schrieb in einem Brief: Es sei bei der letzten Kommissionssitzung der Einwand gemacht worden, dass Richtlinien in erster Linie von den die Organübertragung ausführenden Chirurgen gebilligt werden müssten. Es sei hier aber ähnlich wie bei der Feststellung des »cerebralen Todes«. So gut wie überall nehme das Transplantationsteam an diesen Entscheidungen nicht teil. »Hier – in der Aufklärung der Angehörigen – haben sich psychologische Probleme aufgetan, die zunächst nicht im Rahmen der chirurgischen Tätigkeit liegen.«<sup>28</sup> Die psychologische Dimension der Organspende, so Nissens Argument, gehe über eine rein medizinisch-chirurgische Logik hinaus, betreffe also nicht nur die Transplantationschirurgen, sondern alle Ärzte. Die Versuche einer Grenzziehung innerhalb der Kommission waren, wie wir sehen werden, nicht erfolgreich; es gelang den Basler und Zürcher Transplantationsärzten nicht, die Regeln des und den Zugang zum Diskurs in ihrem Sinne zu verknappen.

Dabei fiel ins Gewicht, dass selbst die Koalition der Transplantations-Ärzte in der SAMW-Kommission nicht bruchlos war. Während die Transplanteure von Zürich und Basel gemeinsam gegen einen Befragungs-Zwang kämpften, sprachen sich die Transplantationsmediziner des Berner Inselspitals für eine obligatorische Befragung der Angehörigen aus. Dies war zumindest der Eindruck, den der Nephrologe François Reubi, Direktor der Medizinischen Uni-

versitätspoliklinik, vermittelte, der das Inselspital in der Kommission vertrat.<sup>29</sup> Der Verwaltungsrat des Inselspitals unter Vorsitz des Präsidenten Fritz König hatte sich anfangs Juli 1969 von der Praxis der Zürcher Herztransplantation distanziert und betont, Organentnahmen auch weiterhin nur mit Einwilligung des Spenders oder dessen Angehörigen durchzuführen.<sup>30</sup> »Nun könnte man vielleicht denken – nachdem die Schulen von Zürich und Basel zu Wort gekommen sind – Bern stehe mit seinen Gepflogenheiten einzig und allein auf der Welt da«, unterstrich Reubi die isolierte Position des Berner Transplantationsteams, bevor er die Kommission daran erinnerte, dass die Berner Regelung weltweit vielfache Entsprechung finde.<sup>31</sup>

### Argumente für die Widerspruchsregelung

Nachdem ich die Positionierungen und die Fraktionsbildung innerhalb der Kommission skizziert habe, werde ich mich der inhaltlichen Argumentation zuwenden, und dabei auch aufzeigen, in welchen wichtigen Fragen sich die Ärzte trotz aller Differenzen einig waren.

Die Zürcher und Basler Transplantations-Ärzte machten sich für eine sogenannte Widerspruchsregelung stark, wie sie in den beiden Städten auch praktiziert wurde. Eine Zustimmungsregelung, die eine Entnahme nur bei einer expliziten Einwilligung des Spenders oder dessen Angehörigen erlaubt, lehnten sie ab. Zentral war dabei die Befürchtung, dass ein Frage-Zwang sich auf die Organgewinnung hemmend auswirken würde. Senning gab etwa zu Bedenken, dass die Einholung der Einwilligung der Angehörigen aus äußeren Gründen (aus Zeitknappheit oder weil die nächsten Angehörigen nicht bekannt sind) oft nicht möglich wäre, was eine Transplantat-Entnahme verunmöglichen würde.<sup>32</sup> Und Allgöwer bemerkte, dass die Transplanteure heute viel zu wenig Nieren hätten; wenn Organe verloren gingen, würden ebenso viele Empfänger geschädigt. »Das Hauptanliegen ist: Wie kommen wir schnell zu den guten Organen?«<sup>33</sup>

Die Forderung, die Organentnahme im Hinblick auf eine effiziente Organbeschaffung zu regeln, wurde mit der Sorge um das Schicksal der Empfänger begründet: »Sind wir alle einig, dass wir dem Empfänger möglichst rasch helfen wollen, oder sehen wir im Vordergrund unsere weisse Weste? Was ist uns wichtiger? Wir sollten so schnell wie möglich dem Empfänger helfen«, betonte Allgöwer.<sup>34</sup> Er machte ein »tiefes Missverständnis in Bezug auf den Spenderschutz« aus; die Gewichtung der öffentlichen Diskussion neige stark zu einem extremen Schutz des Spenders und zu einem ungenügenden Schutz des Empfängers.<sup>35</sup> Dass die Interessen der Empfänger höher gewichtet werden müssen als diejenigen der Spender, darin war sich übrigens auch die Mehrheit der beigezogenen Juristen einig. Sie sprach dem toten Spender zwar den Persönlichkeitsschutz nicht ab, in einer Güterabwägung trete dieser aber klar

hinter die Interessen des Empfängers zurück, der zu seiner Rettung auf das Organ des toten Spenders angewiesen sei.<sup>36</sup> Allgöwer ging noch einen Schritt weiter: Da der Hirntod irreversibel sei, handle es sich beim Schutz eines hirntoten Spenders in jedem Falle um einen »pseudo-ethischen Schutz«, auf den verzichtet werden müsse. Die Ärzteschaft solle nicht zögern, in dieser Beziehung einen klaren Standpunkt zu vertreten.<sup>37</sup> In dieser Sichtweise vermischen sich naturwissenschaftlich-medizinische, ökonomische und moralische Argumente: Das Organ eines Hirntoten wird als biologische Funktionseinheit des Körpers, als depersonalisierte Sache konstruiert, die als wertvolle, weil rare, medizinische Ressource zur Heilung eines kranken Menschen dienen kann.

Das am häufigsten vorgebrachte Argument, dass die Transplanteure gegen eine obligatorische Befragung der Angehörigen anführten, rekurrierte aber nicht auf Organmangel und Empfängerschutz, sondern problematisierte die Befragung selbst, die aus »menschlichen Gründen« abzulehnen sei. Einerseits wurde dies damit begründet, dass eine Befragung für die Angehörigen eine unzumutbare seelische Belastung darstelle, da sie diese in einer tragischen Verlustsituation mit einer schweren Entscheidung konfrontiere. Die Frage, wer den Entscheid treffen soll, führe unter den Angehörigen erfahrungsgemäß zu Spannungen, und der einmal getroffene Entscheid, ob Zusage oder Ablehnung, könne später zu schweren Gewissenskonflikten bis hin zu psychischen Störungen führen, zumal man gezwungen sei, über das Schicksal eines fremden Menschen mit zu entscheiden.<sup>38</sup> Diese Argumentation stellt die in der Debatte um die erste Schweizer Herztransplantation dominante moralische Wertung gleichsam auf den Kopf: Unmoralisch ist nicht die heimliche Entnahme ohne Befragung der Angehörigen, sondern die Befragung selbst. So ist es möglich, die gängige Praxis nicht nur in Bezug auf den Empfänger, sondern auch in Bezug auf die Angehörigen moralisch zu rechtfertigen.

Andererseits beinhaltet das Argument eine zweite Dimension, die mindestens ebenso wichtig war: Als problematisch wurde nicht nur erachtet, dass die Angehörigen durch die Befragung seelisch belastet würden, sondern dass sie angesichts der traumatischen Situation gar nicht in der Lage seien, »sachlich und rational« zu entscheiden. Man müsse es ablehnen, den Angehörigen eine Entscheidung aufzubürden, der sie gar nicht gewachsen seien. Hingewiesen wurde auch auf das Erscheinungsbild des hirntoten Spenders: Da er noch eine Kreislauftätigkeit aufweise, würden sich die Angehörigen oft noch Hoffnung machen, welche durch beste rationale Aufklärung nicht vollständig zerstört werden könne.<sup>39</sup> Wir haben es hier wiederum mit einer Form der »Grenzarbeit« zu tun. Sie richtet sich gegen die am Organspende-Prozess beteiligten Laien, denen die Urteilsfähigkeit abgesprochen wird. Die Grenze wird hier gezogen, indem die Angehörigen als emotional und subjektiv charakterisiert und dadurch gegenüber den sich als objektiv und sachlich inszenierenden Medizinerinnen disqualifiziert werden. Dabei wird impliziert, dass jeder Widerstand

gegen die Organentnahme aus einer irrationalen und unwissenschaftlichen Überlegungen entspringen muss und deshalb innerhalb des medizinischen Diskurses über die Organspende keinen Platz hat.

## Argumente für die Zustimmungsregelung

Die Befürworter einer Zustimmungsregelung sahen im Gegensatz zu ihren Kollegen im Befragen der Angehörigen bis zu einem gewissen Grade eine »ärztlich ethische Grundforderung«, wie König in einem Zeitungsartikel betonte. Die ärztliche Verpflichtung zur Aufklärung und Zustimmung gelte für alle Eingriffe an Patienten, aber auch für die Entnahme von Organen an der Leiche.<sup>40</sup> Reubi sah die Nicht-Befragung als Ausdruck eines nicht mehr zeitgemäßen ärztlichen Paternalismus: Noch vor 30 Jahren sei der Arzt dem Patienten oder den Angehörigen eine Erklärung nicht schuldig gewesen; die Mentalität habe sich heute geändert, und der Paternalismus des Arztes bestehe nicht mehr.<sup>41</sup> Er gab zu bedenken, dass in jeder alten Kultur das Anrecht der Familie auf die Leiche des Verstorbenen verankert gewesen sei; diese Tatsache verlange Berücksichtigung.<sup>42</sup>

Auch dass die Rettung des Empfängers gemäß dem Güterabwägungsprinzip in jedem Fall höher zu gewichten sei als die Persönlichkeitsrechte des Spenders, wurde angezweifelt. Laut König handelt es sich dabei weitgehend um eine Ermessensfrage; die Einwilligung sei in seinen Augen so wichtig, dass alle Einwände hinsichtlich einer Erschwerung einer Transplantation vor dem Primat des Persönlichkeitsrechtes eines Verstorbenen zurücktreten müssten.<sup>43</sup> Und Reubi erinnerte daran, dass bei der Nierentransplantation nie ein medizinischer Notstand gegeben sei, da gewöhnlich keine Lebensgefahr bestehe.<sup>44</sup>

Abgesehen von diesen grundsätzlichen Überlegungen, die einen Verzicht auf die Befragung der Angehörigen an sich als mit einer ärztlichen Ethik unvereinbar problematisieren, zielte das Hauptargument der Gegner einer Widerspruchslösung weniger auf die ärztliche Praxis selber als auf die gesellschaftliche Wahrnehmung dieser Praxis ab: Wenn die Befragung unterlassen werde, so die Hauptsorge, könne in der Bevölkerung ein Misstrauen gegenüber den Ärzten und der Transplantationsmedizin aufkommen.<sup>45</sup> Man dürfe den Arzt nicht in eine verdächtige Situation hineinbringen, und müsse vermeiden, dass er das moralische Prestige verliere. Überall, wo etwas verdeckt werde, bestehe die Gefahr, dass sein Ansehen darunter leide, argumentierte König.<sup>46</sup> »Die Bevölkerung sollte nicht unsicher gemacht werden, und es ist jedenfalls zu vermeiden, Spitäler und Ärzteschaft in zwielichtige Situationen zu bringen.«<sup>47</sup>

In dieser Argumentation manifestiert sich die Angst um das eigene Image, die vor dem Hintergrund des Zürcher Herz-Skandals und der aus ihm resultierenden Strafklage an Bedeutung gewann. Es gelte das Ansehen der Ärzte-



schaft zu wahren und der Zürcher Prozess schade ihm, stellte Wilhelm Löffler, ehemaliger Direktor der Medizinischen Poliklinik in Zürich, fest.<sup>48</sup> Die jüngsten Entwicklungen hatten die große Sensibilität der medialen Öffentlichkeit für die Thematik der Organbeschaffung eindrücklich demonstriert. Sie hatten gezeigt, wie prekär und konfliktanfällig die Schnittstelle von Transplantationsmedizin und der Laienbevölkerung, die als potentielle Organspender dienen soll, ist. Es herrschte deswegen in der Kommission weitgehend Einigkeit darüber, dass die zu erarbeitenden Richtlinien nicht provozierend wirken dürfen und ein Weg gefunden werden müsse, um die Bevölkerung nicht vor den Kopf zu stoßen – wobei umstritten blieb, ob die Befragung oder die Nicht-Befragung der Angehörigen mehr Unruhe stiften würde.<sup>49</sup>

Zumindest einige Mediziner hatten darüber hinaus registriert, wie im Rahmen der moralischen Kritik an der modernen Transplantationsmedizin ältere Bilder und narrative Motive, die von einer unheimlichen und unmenschlichen Medizin handeln, aktualisiert wurden. So erinnerte König bei seiner Warnung vor dem Nichtfragen an die Einschränkung des Persönlichkeitsrechts in den Zeiten des Nationalsozialismus und die »Sensibilisierung in diesen Dingen«.<sup>50</sup> Auch Allgöwer erklärte den verbreiteten Hang zu dem in seinen Augen übertriebenen Spender-Schutz mit der Erinnerung an die »scheußlichen Experimente an den Menschen in den Konzentrationslagern«. Er lehnte es aber ab, diese Erinnerung bei der Reglementierung zu berücksichtigen: »Es wäre einer der entmutigendsten und bedauerlichsten Siege des Totalitarismus, wenn die Mediziner ihren Glauben an die ethische Sendung verlören und damit auch ihren gesunden Menschenverstand und das richtige Einschätzungsvermögen in einer Situation, die man klar mit cerebralem Tod definieren kann.« Allein vernünftige, also medizinisch-wissenschaftliche Gesichtspunkte dürfen nach Allgöwer eine Rolle spielen, nicht aber irrationale gesellschaftliche Befindlichkeiten.

In diesem Punkt waren einige seiner Kollegen anderer Meinung. Sie waren zur Einsicht gelangt, dass im Hinblick auf eine erfolgreiche Organbeschaffung nicht nur medizinisch-wissenschaftliche Aspekte berücksichtigt werden müssen. »Heute [...] dürfen wir die öffentliche Meinung nicht brüskieren, da wir auf das Vertrauen der Patienten angewiesen sind«, erklärte Reubi.<sup>51</sup> Einerseits stand »das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als wichtige Grundlage ärztlicher Tätigkeit«<sup>52</sup> im Allgemeinen auf dem Spiel, andererseits wuchs das Bewusstsein dafür, dass die Transplantationsmedizin im Speziellen auf das Vertrauen der Bevölkerung angewiesen ist, da sie durch deren Bereitschaft zur Organspende erst ermöglicht wird. Man würde die Bevölkerung vor den Kopf stoßen, wenn man die obligatorische Aufklärung der Angehörigen ablehne, argumentierte etwa König. Er sei fest davon überzeugt, dass man der Sache durch diese den besseren Dienst leisten würde.<sup>53</sup>

In derselben Logik begründete das Inselspital Bern im Sommer 1969 gegenüber der Öffentlichkeit die Zustimmungsregelung: »Bei einer anderen Regelung könnte das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient leiden, und der angerichtete Schaden wäre wohl grösser als die Vorteile, die eine auch gegen den Willen der Angehörigen des Verstorbenen durchgeführte Organtransplantation bietet.«<sup>54</sup> Das Krankenhaus ging davon aus, dass sich eine strengere Entnahme-Regelung zumindest längerfristig positiv auf die Organbeschaffung auswirkt – eine Sichtweise, die in den 1990er Jahren wieder an Gewicht gewinnen wird. Das Hauptargument gegen eine heimliche Entnahme entpuppt sich also als strategisches bzw. instrumentelles: In Frage gestellt wird nicht die eigentliche Legitimität der Organentnahme, sondern die sozialpsychologischen Konsequenzen. Dabei anerkannten die Ärzte implizit, dass ihnen die Kontrolle über den Diskurs, das Deutungsmonopol über die Organspende – zumindest bis zu einem gewissen Grad – bereits entglitten war.

## Gemeinsame Grundsätze

Trotz aller Differenzen hinsichtlich einer Entnahme-Regelung gab es Grundsätze, die alle Ärzte in der Kommission – explizit oder implizit – teilten. Erstens war es unbestritten, dass möglichst viele Organe beschafft werden sollen, dass eine Organentnahme an einem Hirntoten medizinisch wie moralisch grundsätzlich absolut legitim ist und es wünschenswert wäre, die Organspende als Selbstverständlichkeit zu etablieren. König sah es etwa als »Notwendigkeit und Pflicht«, dass sich alle in gesunden Tagen mit den Angehörigen über die Frage einer Organentnahme aussprechen. »Wir spenden Blut für unsere Mitmenschen, die jüngere und mittlere Generation müsste mit gleichem Einsatz bereit sein im Todesfall ein Organ zu spenden.«<sup>55</sup>

Einig war man sich zweitens darüber, dass Skepsis, Kritik und Ablehnung gegenüber der Organentnahme aus Unwissen, aus emotional geprägten und irrationalen Vorstellungen, resultieren, wofür mitunter die Medienberichterstattung verantwortlich gemacht wurde.<sup>56</sup> So konstatierte Nissen: »Ganz eindeutig weisen die Äusserungen von Laien (Journalistiken, Leserbriefe an die Zeitungsredaktionen jeder Färbung) eine stark emotionell begründete Ablehnung auf.«<sup>57</sup> Nissen ging also von derselben Einschätzung aus wie seine Kollegen, die – wie ich bereits weiter oben gezeigt habe – die Unfähigkeit der Angehörigen, rational zu entscheiden, als Argument gegen eine Befragung derselben anführten. Dementsprechend schrieben die Basler Transplanteure, dass eine Befragungspflicht abzulehnen sei, weil damit zu rechnen sei, dass ein breiter Bevölkerungsteil auch durch intensive Aufklärung nicht zu einer genügend rationalen Einstellung gebracht werden könne.<sup>58</sup> Nissen, welcher der öffentlichen Meinung eine größere Bedeutung beimaß, sah in der irrationalen

Ablehnung dagegen einen Grund dafür, dass die Widerspruchsregelung nicht durchsetzbar sei: Gerade wegen der gefühlsmäßig unterbauten Missbilligung werde jede Form von Versuchen, das große Publikum im Sinne des »Non-Ob-ligatoriums« zu beeinflussen, keinen Erfolg haben.<sup>59</sup>

Beide Argumentationsweisen führen zu anderen Schlüssen, beruhen aber auf derselben Prämisse: Als unwissend wurde angesehen, wer nicht einem medizinisch-wissenschaftlichen Paradigma entsprechend argumentierte. Diese Sichtweise diente einer verunsicherten Ärzteschaft im Rahmen einer »Grenzarbeit« zur Bestätigung ihres berufsständischen Selbstbewusstseins und lief einher mit dem Versuch, ihre Machtposition im öffentlichen Diskurs um die Transplantation zu behaupteten. Umstritten war also weder die medizinische Deutung der Organspende noch der Anspruch der Ärzte auf die Deutungsmacht in dieser Problematik, sondern allein die Frage, wie offensiv dieser Anspruch angesichts der verbreiteten Skepsis bei den Laien durchgesetzt werden sollte. Ein Teil der Kommission war der Ansicht, dass es um den Erhalt der Glaubwürdigkeit Willen unerlässlich sei, den Autoritätsanspruch zumindest vorläufig zurückzustellen.

## Aufklärung und Erziehung

Aus den ersten beiden Grundsätzen ergab sich drittens die gemeinsame Überzeugung, dass die aus Unwissenheit entspringende Skepsis gegenüber der Organspende mittels Aufklärung bekämpft werden müsse. Wichtig sei »die intensive Aufklärung der Bevölkerung in grossen Zentren, Spitälern, Firmen, durch Publikationen, Zeitungen etc.«, betonte SAMW-Präsident Werthemann.<sup>60</sup> Laut König sollte die Aufklärungsaktion die Notwendigkeit der Organentnahmen aufzeigen und dazu führen, dass eine möglichst große Zahl von Mitmenschen sich bereits zu Lebzeiten für eine Organentnahme im Todesfall bereit erklärt.<sup>61</sup>

Unter Aufklärung wurde die Vermittlung des medizinisch-wissenschaftlichen Wissens an die Laien verstanden. Das breite Publikum müsse darüber informiert werden, dass die Organspende eines Hirntoten kaum noch ethische Probleme biete, forderte Allgöwer.<sup>62</sup> Und Werthemann meinte, es wäre zweckmäßig, die Bevölkerung so weit zu erziehen, dass sie weiß, im gegebenen Fall bei Eintritt in eine bestimmte Klinik für Organtransplantationen zur Verfügung zu stehen.<sup>63</sup> Aufschlussreich ist hier der Begriff der »Erziehung«, der ein Wissens- und gleichzeitig ein Machtgefälle impliziert. Die Lösung, die hier für den Konflikt um die Organentnahme vorgeschlagen wird, ist folgende: Die Laien sollen ihr irrationales Bedürfnis nach einem Schutz des toten Körpers ablegen, sich den wissenschaftlich-medizinischen Deutungen unterordnen und ihre Funktion als potentielle Organspender akzeptieren. Aufklärung meint hier also den Versuch, die Kontrolle des Diskurses wiederzugewinnen.

Was die Erfolgsaussichten der Aufklärung betrifft, gab es unterschiedliche Einschätzungen, besonders hinsichtlich des zeitlichen Horizontes. Werthemann vermutete, dass die Aufklärung der Bevölkerung eine ganze Generation erfordern werde,<sup>64</sup> und ein Kollege erklärte, man sei sich einig, dass es noch lange gehe, bis man die Bevölkerung zur Zustimmung erzogen habe.<sup>65</sup> Andere gaben sich optimistischer: König glaubte, der Erfolg der Aufklärung werde durchschlagend sein und Reubi wies auf die guten Erfahrungen in Bern hin, wo bei sieben Fällen nur in einem die Angehörigen die Entnahme verweigert hätten. Wenn man die Bevölkerung aufkläre, so Reubi, werde die Einwilligung mit der Zeit ganz selbstverständlich.

An die Aufklärung knüpften die Mediziner große Hoffnungen; sie sollte dafür sorgen, dass die Konflikte um die Organentnahme, welche einer effizienten Organbeschaffung hinderlich sind, mit der Zeit ganz verschwinden. Obwohl auch in der letzten Kommissionssitzung mehrfach die Notwendigkeit einer Aufklärungsaktion betont wurde,<sup>66</sup> kam es in der Folge vorerst zu keinen groß angelegten und koordinierten Kampagnen. Erst Mitte der 1980er Jahre, als die Transplantation dank neuer immunsuppressiver Medikamente sicherer und erfolgreicher wurde und auf andere Organe als die Niere ausgeweitet werden konnte, wurden die ersten systematischen Werbekampagnen für die Organspende realisiert.

## Bundesgerichtsentscheid und rechtliche Entwicklung

Ab 1971 erwartete die Kommission den Bundesgerichtsentscheid über die in Zürich praktizierte Widerspruchsregelung mit zunehmender Spannung. 1972 erklärte das Bundesgericht die Widerspruchsregelung für verfassungsmäßig. Wie es später ausführte, anerkannte es zwar einen verfassungsmäßigen Persönlichkeitsschutz auch über den Tod hinaus, bemerkte aber einschränkend, dass dieser mitunter »höheren staatlichen Interessen« zu weichen habe. Die Zürcher Widerspruchsregelung, die bei fehlendem Einspruch Zustimmung annimmt, beurteilte das Bundesgericht aus zwei Gründen als »vernünftig«: Erstens müsse eine Transplantation innerhalb nützlicher Frist angeordnet werden, weshalb es zu erheblichen praktischen Schwierigkeiten führen würde, wenn zunächst langwierige Nachforschungen nach Angehörigen angestellt werden müssten. Zweitens sei ein obligatorisches Fragen der Angehörigen problematisch, da »der Mensch damit in vielen Fällen psychisch überfordert würde und deshalb oft nicht mehr in der Lage wäre, eine vernünftige Entscheidung zu treffen«.<sup>67</sup> Es fällt auf, dass das Bundesgericht sich hier sehr pragmatisch an den praktischen Erfordernissen der Transplantationsmedizin orientierte und der Argumentation folgte, derer sich die Zürcher und Basler Transplanteure in der SAMW-Kommission bedient hatten.

1975 wies das Bundesgericht auch die zivilrechtliche Klage ab, welche die Eltern des Herzspenders Gautschi 1970 gegen die Verantwortlichen der ersten Schweizer Herztransplantation eingereicht hatten.<sup>68</sup> Wie bereits drei Jahre zuvor ließ es die entscheidenden Fragen offen, ob die Interessen des Empfängers und der Ärzte Vorrang gegenüber denjenigen der Angehörigen des Spenders haben und ob eine Entnahme ohne Zustimmung der Angehörigen gerechtfertigt werden kann.<sup>69</sup> Die Undeutlichkeit der Bundesgerichtsurteile zeigt sich auch darin, dass sie sehr unterschiedlich interpretiert wurden.<sup>70</sup> Sie bildete die Grundlage für die heterogene und durch kantonale Unterschiede geprägte Rechtslage, welche für die Organtransplantation in der Schweiz bis zur Schaffung des nationalen Transplantationsgesetzes 2004 bestimmend war.<sup>71</sup>

In Folge des Bundesgerichtsentscheids von 1972 wurde die Zürcher Verordnung zum Vorbild für die anderen Kantone, die sich mit großer Mehrheit für das System der stillschweigenden Einwilligung entschieden.<sup>72</sup> Bis Ende der 1980er Jahre hatten elf Kantone die Widerspruchsregelung gesetzlich verankert (Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Graubünden, Luzern, Nidwalden, St. Gallen, Thurgau, Waadt, Wallis und Zürich).<sup>73</sup> Eine Zustimmungsregelung, die eine ausdrückliche Einwilligung verlangt und ein Schweigen als Ablehnung wertet, wurde nur in den fünf Kantonen Uri, Tessin, Genf,<sup>74</sup> Jura (1990) und Obwalden (1991) eingeführt. In sechs Kantonen fehlte bis Ende der 1990er Jahre überhaupt ein Erlass zur Organtransplantation (Glarus, Freiburg, Schaffhausen, Solothurn, Schwyz, Zug).<sup>75</sup> In den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Basel-Land und Neuenburg (erst ab 1995) galt grundsätzlich die Widerspruchsregelung; sie schrieben aber zusätzlich eine Informationspflicht vor, wonach die einspracheberechtigten Personen in geeigneter Weise auf ihre Einspruchsmöglichkeit aufmerksam zu machen sind. Deshalb wurden die Bestimmungen dieser vier Kantone häufig als Informationsregelung bezeichnet.<sup>76</sup>

## Ambivalente Bilanz

Zurück zur SAMW-Kommission: Als der Bundesgerichtsentscheid 1972 vorlag, setzte sich bald die Meinung durch, dass eine Erstellung von Richtlinien nun hinfällig sei und die Kommissionstätigkeit eingestellt werden könne. Zuvor hatte eine Mehrheit der Ärzte zwar noch die Wichtigkeit einer selbständigen und vom Gerichtsurteil unabhängigen Stellungnahme betont<sup>77</sup> und versucht, sich zu einem Kompromiss durchzuringen: Die Befragung der Angehörigen sollte zwar grundsätzlich verlangt werden. Für »Notstandssituationen« – wenn die Angehörigen nicht erreichbar sind und/oder ein Leben gerettet werden muss – sollten aber ausnahmsweise auch Entnahmen ohne Einverständnis des Spenders oder der Angehörigen zugelassen sein.<sup>78</sup> Doch blieb die aufwendige Arbeit der Kommission letztlich ohne Ergebnis: einerseits, weil man das Bun-

desgerichtsurteil im Sinne einer wegweisenden rechtlichen Bestimmung als genügend erachtete, andererseits aber auch, weil die gemeinsame Position, die man als Grundlage einer einheitlichen Interessenvertretung gegen außen angestrebt hatte, nicht gefunden werden konnte. Die Analyse der Kommissionsprotokolle hat deutlich gemacht, dass die Vorstellung eines monolithischen, geschlossenen Blocks der Ärzteschaft als sozialer Akteur nicht zutreffend ist. Anlässlich der Debatten um die Zürcher Herztransplantation einen einfachen Gegensatz zwischen Ärzten und Laien zu konstruieren, würde der komplexen diskursiven Situation nicht gerecht. Die Unsicherheiten und Spannungen hinsichtlich der Transformation von Körperteilen in medizinische »Ersatzteile« gingen nicht nur durch die nicht-medizinische Öffentlichkeit sondern auch mitten durch die Ärzteschaft. Mitunter, so deuten die teilweise sehr schwankenden und wechselhaften Positionierungen einzelner Ärzte an, liefen die Ambivalenzen mitten durch die Subjekte selber hindurch.

Das Bundesgerichtsurteil ersparte den Ärzten die schwierige Kompromissfindung und erlaubte es ihnen, die inneren Widersprüche unbereinigt zu lassen. Das Problem der Befragung der Angehörigen vor der Organentnahme bedürfe nicht unbedingt einer einheitlichen Regelung, befand ein Kommissionsmitglied in einem abschließenden Brief. Es genüge, wenn allen Verantwortlichen bekannt sei, wie die kantonalen Regeln lauteten. Die individuelle Wertung der Situation (»Dringlichkeit der Notfallsituation; Schwierigkeit, Angehörige zu erreichen«) werde immer von Ort zu Ort abweichend sein.<sup>79</sup> Ein Kollege erinnerte daran, dass man mit den Richtlinien die Ärzte vor unangenehmen Situationen schützen und es ihnen erleichtern wollte, die Transplantate ohne überflüssige Formalitäten und Zeitverlust zu erhalten. Durch den Bundesgerichtsentscheid würden sich die Richtlinien deshalb erübrigen.<sup>80</sup>

Entsprechend dieser pragmatischen Sichtweise bedeutete das vorläufige Ergebnis dieser ersten »Krise der Organspende« in der Schweiz für die Transplantationsmediziner also vor allem eines: Sie können weitermachen wie bisher; ihre weitgehende Unabhängigkeit und Eigenmächtigkeit bei der Organentnahme bleibt bewahrt und wird nicht von gesetzlichen Regeln beschnitten. Trotzdem blieb die Bilanz aus ärztlicher Sicht ambivalent: Um ihre Deutungshoheit zu behaupten, das hatte das Nachspiel der ersten Herztransplantation gezeigt, waren die Ärzte auf die Hilfe von Judikative und Legislative sowie auf das Vertrauen der Laien angewiesen. Beides war nicht selbstverständlich gegeben. Der ärztliche Spielraum sollte erst in den 1990er Jahren vom Gesetzgeber und von den journalistischen Medien wieder hinterfragt werden, worauf die SAMW 1995 medizinisch-ethische Richtlinien zur Transplantation erlassen wird – als Reaktion auf die zunehmende Skepsis und im Hinblick auf eine sich anbahnende nationale Gesetzgebung.<sup>81</sup>

Basierend auf den in diesem Kapitel gewonnen Erkenntnissen ergeben sich für den weiteren Verlauf der Arbeit folgende Anschlussfragen: Welche Rege-

lung der Organentnahme setzte sich längerfristig in der Praxis der Transplantateure, im öffentlich-medialen Diskurs und in der politischen Entscheidungsfindung durch? Gelang es den Akteuren der Transplantationsmedizin, das Vertrauen der Laien zu gewinnen und ihre Deutungshoheit über die Organspende zu bewahren? Und: Erfüllte sich die Hoffnung der Ärzte, dass die Organentnahme mit der Zeit zu einer Selbstverständlichkeit werde?

## 3.2 ORGANMANGEL

Die ausreichende Versorgung mit Organen ist für die Transplantationsmedizin von grundsätzlicher Bedeutung: Die Verfügung über die Organ-Ressourcen ist gleichzeitig Voraussetzung wie Grenze dieser Technik.<sup>82</sup> Im Gegensatz zu anderen medizinischen Verfahren ist die Transplantationsmedizin bei der Beschaffung ihrer Ressourcen nicht nur von finanziellen Investitionen und technischen Entwicklungen abhängig. Sie ist auf den Zugriff auf lebendige Körperteile angewiesen. Der Jahresbericht des Universitätsspitals Basel spricht deshalb von einer »für unser Gesundheitswesen atypischen Rationierungssituation«, in der jeder Lösungsansatz grundsätzliche Probleme aufwerfe.<sup>83</sup>

»Das Problem des Organmangels ist so alt wie die Transplantation selbst«, schrieb Thomas Schlich in seiner Studie zur »Erfindung der Organtransplantation« zwischen 1880 und 1930.<sup>84</sup> Bereits in dieser ersten, experimentellen Phase beklagten Chirurgen das Fehlen von geeigneten Transplantaten und thematisierten die ethische Problematik von Lebend- und Totenspenden.<sup>85</sup> Zur Hauptsorge der Transplantationsmedizin entwickelte sich der Organmangel in den 1980er Jahren. Spätestens ab den 1990er Jahren ist seine Thematisierung im Sprechen über die Organtransplantation beinahe allgegenwärtig; der Begriff der Organknappheit strukturierte den Diskurs über die Transplantationsmedizin und bestimmte ihre Praxis. So bezeichnet die Sozialanthropologin Alexandra Manzei die Ressourcenknappheit als systemisches Grundproblem, das Motor und Antriebskraft für nahezu alle Handlungen und Verfahrensweisen der Transplantationsmedizin sei.<sup>86</sup> Als Grundlage für den weiteren Verlauf dieser Arbeit sollen deshalb in diesem Teilkapitel zunächst die Hintergründe und Konsequenzen des Organmangels aus historischer Perspektive erörtert werden.

Zur Entstehung des Organmangels können vereinfachend zwei Erklärungsansätze unterschieden werden. Der erste fokussiert auf die Angebotsseite: Schuld an der Organknappheit ist in dieser Sichtweise ein Mangel an Organspenden. Diese Deutung wurde, wie wir sehen werden, oft von den Akteuren der Transplantationsmedizin vertreten und war auch im öffentlich-medialen Diskurs dominant.

Der zweite Ansatz gewichtet stärker die Nachfrage nach Organen: Als Grund für den Organmangel gilt in dieser Sichtweise ihr stetes Ansteigen, mit dem das Angebot an Organen nicht Schritt halten konnte. In dieser Perspektive, die in der historischen und sozialwissenschaftlichen Forschung oft betont wird, ist der Mangel gleichsam in der Dynamik einer expansionswilligen Transplantationsmedizin angelegt.<sup>87</sup> Er erscheint, wie es etwa der Soziologe Torsten Junge vorschlägt, als ein strukturelles Problem, das dem System gleichsam inhärent ist.<sup>88</sup> Der Medizinethiker Linus S. Geisler spricht in diesem Zusammenhang vom »Odium der Systemtragik«.<sup>89</sup>

Im Folgenden werde ich die Entwicklung des Organmangels in der Schweiz rekonstruieren und dabei die beiden eingangs erläuterten Erklärungsansätze überprüfen und diskutieren. Daran anschließend werde ich mich der hegemonialen Deutung des Organmangels zuwenden und ihre Bedeutung für das Dispositiv der Organspende untersuchen. Ferner werde ich einen Überblick darüber geben, mit welchen Mitteln und Strategien die Transplantationsmedizin den Organmangel zu bekämpfen versuchte. Dabei geht es auch um die Frage, wie man sich einen idealen Organspender vorstellte.

## Der Organmangel wird zum Problem

Nur wenige Jahre nachdem Ärzte 1964 in Bern die erste erfolgreiche Nierentransplantation in der Schweiz durchgeführt hatten, wurde in der Schweiz die Klage über das unzureichende Angebot von Nieren laut.<sup>90</sup> In den 1970er Jahren – so zeigen etwa die Jahresberichte der transplantierenden Krankenhäuser – wurde die unzureichende Versorgung mit Organen regelmäßig als limitierender Faktor der Transplantationstätigkeit genannt.<sup>91</sup> Ungeachtet dieser Kontinuität wurde der Mangel nie als Normalität dargestellt, sondern erschien meist als akutes Problem oder gar als neue Bedrohung.<sup>92</sup> Obgleich verschiedentlich beanstandet, traten die Sorgen um die Organknappheit meist hinter die gravierenden technisch-medizinische Probleme vor allem im Zusammenhang mit der Organabstoßung zurück, mit denen die Transplantationsmedizin zu kämpfen hatte. Dieses Verhältnis kehrte sich erst Ende der 1980er Jahre um, als sich die Schere zwischen Angebot und Nachfrage zunehmend öffnete, und sich die Wartezeiten für Transplantationskandidaten verlängerten. Diese für die Entwicklung der Transplantationsmedizin zentrale Phase werden wir nun etwas genauer betrachten.

Mitte der 1980er Jahre blickten die Protagonisten der Schweizer Transplantationsmedizin optimistisch in die Zukunft. »Die Resultate zeigen, dass das Ziel, in unserem Lande jedem Patienten, der medizinisch gesehen einer Organtransplantation bedarf, innert nützlicher Frist dieser Behandlung zuzuführen, in Zukunft bei entsprechenden Anstrengungen erreicht werden kann«, erklärten 1987 die Zürcher Transplantationsmediziner.<sup>93</sup> Auch ihre



Genfer Kollegen zeichneten in einer Sondernummer der Zeitschrift *Médecine et Hygiène* das Bild einer erfolgreichen und expandierenden Sparte, deren Fortschritt sich in einer nicht enden wollenden Steigerung der Anzahl und der Varietät der Transplantationen manifestiere.<sup>94</sup>

Der Fortschrittsoptimismus wurde durch einen weltweiten Expansions-Schub der Transplantationsmedizin genährt, der vor allem auf bedeutenden Innovationen auf dem Gebiet der Immununterdrückung beruhte. Die Organabstoßung durch das Immunsystem des Empfängers, welche die Erfolgschancen des Eingriffes stark beeinträchtigte, galt lange Zeit als bedeutendstes Problem, als »Achillesferse« der Organtransplantation.<sup>95</sup> Die Zuordnung der Organe gemäß der Histokompatibilität (die immunologische Übereinstimmung von Spender und Empfänger) konnte die in sie gesetzten Erwartungen nie ganz erfüllen.<sup>96</sup> Eine deutliche Verbesserung der Resultate brachte der Einsatz des Wirkstoffes Ciclosporin, der vom Basler Pharmakonzern Sandoz entwickelt und ab 1983 unter dem Namen Sandimmun höchst erfolgreich vermarktet wurde. Die *Weltwoche* bezeichnete das Medikament 1987 gar als »Wunder«, das in der Transplantationsmedizin weltweit eine neue Ära eingeleitet habe.<sup>97</sup>

Dank Ciclosporin und anderer technischer Fortschritte<sup>98</sup> stiegen die Transplantatsüberlebenszeiten in den 1980er Jahren deutlich.<sup>99</sup> Zudem wurde die Technik auf weitere Organe ausgedehnt.<sup>100</sup> Quantitativ nahmen die Transplantationen bis 1986 stark zu. In diesem Jahr erreichte die Nierenverpflanzung, die sich als Gradmesser am besten eignet,<sup>101</sup> mit landesweit über 250 Transplantationen einen Höhepunkt. Das Jahr werde als Jahr des großen Aufschwungs der Organtransplantation in die Annalen eingehen, prophezeite der Jahresbericht des Universitätsspitals Zürich.<sup>102</sup> Der Aufschwung beruhte auf dem Rekord-Wert von 151 hirntoten Organspendern.<sup>103</sup>

1985 gründeten Vertreter der Transplantationsmedizin die Stiftung *Swiss-transplant*. Ein Hauptzweck der »Schweizerischen Stiftung für Organspende« war es, die Organbeschaffung zu intensivieren und zu koordinieren.<sup>104</sup> »Chirurgen brauchen Nieren« und »Organspender für Verpflanzung gesucht« titelten Zeitungen anlässlich der Gründung.<sup>105</sup> 1987 lancierte *Swiss-transplant* die erste nationale Aufklärungskampagne zur Förderung der Organspende. Die Gründung der Stiftung war also Ausdruck des Willens, die zur Ausweitung der Organtransplantation notwendigen Organ-Ressourcen längerfristig sicherzustellen.

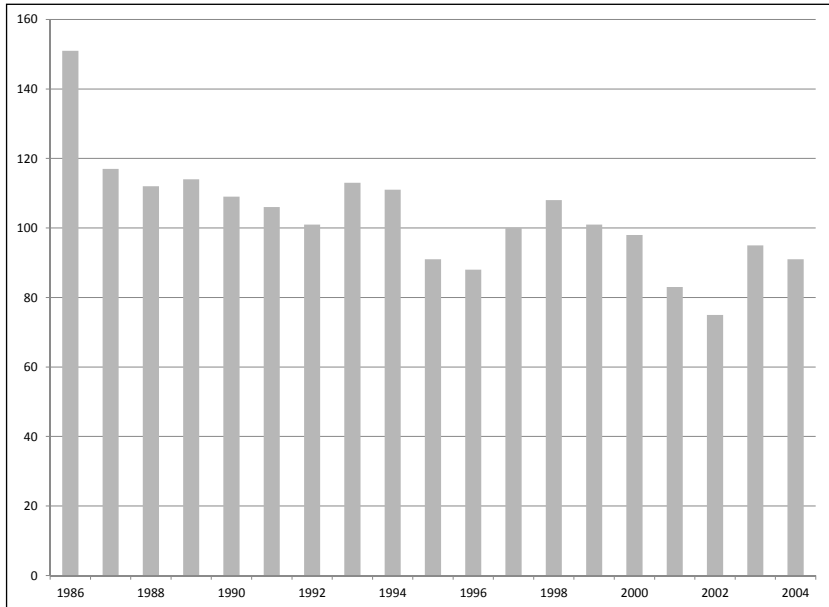


Abbildung 1: Leichennierenspender in der Schweiz von 1986 bis 2004

Die Euphorie der Transplantationsmedizin war nur von kurzer Dauer. Direkt nach dem Rekord-Jahr von 1986 brach die Zahl der postmortalen Spender ein und erlebte Mitte der 1990er Jahre einen Tiefpunkt von 88 Spendern (vgl. Abb. 1). Als Konsequenz ging auch die Transplantationsfrequenz zurück. Erst Ende der 1990er Jahre wurde die Transplantations-Bilanz von 1986 übertroffen – und nur dank einer starken Zunahme der Lebendspender (vgl. Abb. 2). Es war also einerseits tatsächlich der Rückgang der postmortalen Organspender, der ab Ende der 1980er Jahre den Organmangel verschärfte.

### Opfer des eigenen Erfolgs

Andererseits zeigt die Statistik auch ein verstärktes Anwachsen der Warteliste. Dass mehr Patienten für eine Organtransplantation angemeldet wurden, war eine Folge der beschriebenen medizinisch-technischen Fortschritte und des damit einhergehenden Expansionswillens der Transplantationsmedizin. Unter dem Titel »Erfolgsgeschichte der Transplantationschirurgie« wird in einer Bittschrift der Stiftung Swisstransplant die Verschiebung der Anmelde-Kriterien beschrieben: »Die bisher erzielten Fortschritte der Transplantationschirurgie [...] führten zu einer starken Indikationserweiterung sowohl bezüglich des Krankheitsspektrums als auch der unteren und oberen Altersgrenze«. <sup>106</sup>

Diese stetigen Indikationserweiterungen ließen die Wartelisten der potentiellen Organempfänger anwachsen.<sup>107</sup>

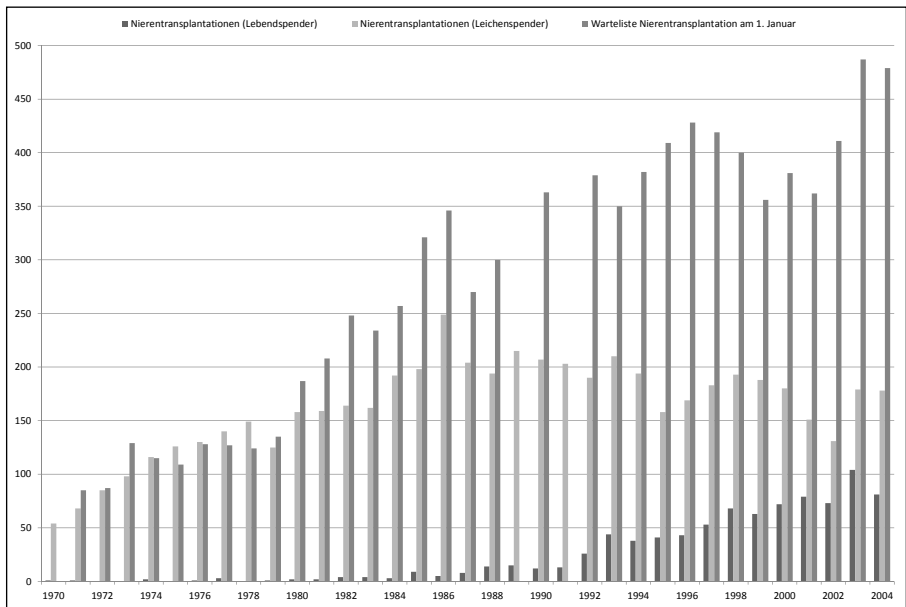


Abbildung 2: Nierentransplantationen mit Leichenspendern und Lebenspendern sowie Warteliste für Nierentransplantation in der Schweiz von 1970 bis 2004

Die Transplantationsmedizin hat sich ihr Ressourcenproblem durch ihren Erfolg gleichsam selber mitgeschaffen. Je erfolgreicher die Technik wurde, desto stärker wuchs die Nachfrage und desto größer wurde die Diskrepanz zum vorhandenen Angebot an Organen.<sup>108</sup> Das Wachstum des Systems, so Geisler, verstärkte seine Wachstumskrise.<sup>109</sup> Auch vor dem Einbruch der Organspenden wurden die Wartelisten also stetig länger, obwohl gleichzeitig immer mehr Transplantationen stattfanden (vgl. Abb. 2). In dieser Sichtweise erscheint der Organmangel tatsächlich als strukturelles, dem System gleichsam inhärentes Phänomen.

Laut Geisler werde die Transplantationsmedizin, was immer sie verspreche, nicht umfassend halten können. Die Illusion der »leeren Warteliste« werde immer eine Illusion bleiben.<sup>110</sup> Auch Schlich betrachtet eine wirkliche Sättigung der Nachfrage, selbst wenn das Angebot steige, als unwahrscheinlich.<sup>111</sup> Bei aller Plausibilität dieser Prognosen ist meines Erachtens vor einer Naturalisierung des Mangels zu warnen. Auch wenn eine Behebung der Organknappheit in naher Zukunft kaum wahrscheinlich scheint, so sind durchaus gesellschaftliche Regelungen denkbar, die das Organangebot wesentlich vergrößern würden. Letztlich hängt der Erfolg der Organbeschaffung immer auch von

gesellschaftlichen Strukturen und Entscheiden ab – etwa von den rechtlichen Rahmenbedingungen, von der Investitionsbereitschaft in Infrastruktur, Organisation und Werbung oder von der öffentlich-medialen Repräsentation. Es war hinsichtlich des quantitativen Ausmaßes des Organmangels in der Schweiz wie auch hinsichtlich dessen Deutung alles andere als unerheblich, dass die Spenderzahlen von 1986 bis 2002 tendenziell sanken und trotz vieler Bemühungen nicht wieder entscheidend angehoben werden konnten (vgl. Abb. 1).

Die Verschärfung des Organmangels, so lässt sich vorläufig bilanzieren, resultierte also sowohl aus einer Verringerung des Angebots als auch aus einer Zunahme der Nachfrage. Es war die paradox anmutende Gleichzeitigkeit dieser beiden Entwicklungen, welche die Schweizer Transplantationsmedizin Ende der 1980er Jahre empfindlich traf und das Mangel-Problem als besonders einschneidend erscheinen ließ: Die kontinuierliche Expansion des Transplantationssystems war just in dem Moment unterbrochen worden, als das Entwicklungspotential dank der Beseitigung technischer Hindernisse größer als je zuvor erschien.<sup>112</sup> Ausgerechnet nach Gründung der Stiftung Swisstransplant und zeitgleich mit der Lancierung der ersten Organspende-Kampagne brachen die Spender-Zahlen ein. In dieser Situation sah sich die Transplantationsmedizin umso deutlicher mit dem Problem des Organmangels konfrontiert. Der Präsident einer Transplantierten-Organisation konstatierte 1992: »Das dringlichste Problem, vor welchem wir Ende unseres zwanzigsten Jahrhunderts stehen, ist der Mangel an Spenderorganen.«<sup>113</sup>

## Die Deutung des Organmangels und ihre Effekte

Dominierte Ende der 1980er Jahre noch die Hoffnung auf eine baldige Besserung, so war die Zuversicht Mitte der 1990er Jahre Ernüchterung gewichen.<sup>114</sup> Hofften die Akteure der Transplantationsmedizin zu Beginn der 1970er Jahre noch, dass die Organspende für die Bevölkerung durch Aufklärung und Gewöhnung zu etwas Selbstverständlichem werde, zog die Abteilung Organtransplantation in Basel 1992 eine ernüchternde Bilanz: »Alle Bemühungen, die Zahl der Organspender zu erhöhen, haben bisher nicht genügend Wirkung gezeigt.«<sup>115</sup> Verantwortlich für den Organmangel wurde meist wie selbstverständlich der Mangel an Organspendern gemacht.<sup>116</sup> »Die fast einzige Ursache für diese unbefriedigend grossen Wartelisten beziehungsweise langen Wartezeiten ist der Mangel an guten, transplantationsgeeigneten Organen, also der Spendermangel«, schrieben etwa die Zürcher Transplantations-Ärzte 1987.<sup>117</sup> Diese Interpretation, die auf die Angebots-Seite fokussiert, dominierte die medizinische wie auch die öffentlich-mediale Debatte über die Organtransplantation. Die gestiegene Nachfrage stand dagegen seltener im Vordergrund.<sup>118</sup> Während das Organ-Angebot als historisch und kulturell bedingt galt, wurde die Nachfrage-Seite meist unhinterfragt als gegeben dargestellt.

Was bedeutete diese Deutung des Organmangels für die Praxis der Organtransplantation? Und wie organisierte der Organmangel als zentraler Signifikant die diskursive Realität der Transplantationsmedizin? Thomas Schlich macht darauf aufmerksam, dass die scheinbar wertneutrale Feststellung eines Organmangels, der behoben werden müsse, bereits eine normative Setzung und damit eine Wertentscheidung enthalte, nämlich die, dass die Organnachfrage und nicht etwa das Organangebot bestimmt, wie weit die Transplantationsmedizin ausgedehnt werden soll.<sup>119</sup> Das offenbart sich in der Zielsetzung, »in unserem Lande jedem kranken Mitbürger, der aufgrund strenger medizinischer Kriterien des Organersatzes bedarf, die Transplantation [...] zu ermöglichen«, wie sie 1987 der führende Transplantations-Arzt Felix Largiadèr formulierte.<sup>120</sup> Sie orientiert sich an der Nachfrage und verschweigt gleichzeitig die historische Kontingenz dieser »strengen medizinischen Kriterien«.

Dass diese Zielsetzung nicht einfach selbstverständlich war, zeigt ein kritischer Kommentar von 1990 in der Zeitschrift *Krankenpflege* zur Organspende-Kampagne von Swisstransplant: »Die Kampagne weckt die Hoffnung, dass jeder, der ein Organ benötigt, dieses auch erhält. Doch die Nachfrage nach Organen wird nie restlos erfüllt werden können, weil die Indikationen für ein Ersatzorgan im gleichen Masse zunehmen werden wie Organe zur Verfügung stehen.«<sup>121</sup> Die Logik des Organmangels strukturierte also die Realität der Transplantationsmedizin insofern, als dass sie den sich stets verschiebenden Orientierungspunkt für die Expansion des Transplantationssystems definierte.<sup>122</sup> Sie implizierte die Vorstellung einer permanenten Ausbreitung der medizinischen Technik.

## Skandalisierung des Organmangels

Darüber hinaus – und das ist für eine historische Betrachtung der Organbeschaffung zentral – diente die Semantik des Organmangels als strategischer Ausgangspunkt für die Einforderung von gesellschaftlicher und individueller Verantwortung.<sup>123</sup> Dieser diskursive Effekt beruht auf der zunehmenden moralischen Aufladung des Organmangels, der für das Leiden und den Tod von Patienten verantwortlich gemacht wurde.<sup>124</sup> Ab den 1980er Jahren wurden Organe transplantiert, deren Funktion nicht wie bei der Niere mit der Dialyse künstlich ersetzt werden konnte. Eine neue Leber, ein transplantiertes Herz oder eine neue Lunge bedeutete für die Patientinnen und Patienten oft die einzige Möglichkeit zur Verlängerung ihres Lebens.

»Es ist schwer vorzustellen, wie Hunderte von Lebenswilligen sterben müssen, weil sie kein Organ einer verstorbenen Person erhalten konnten«, schrieb 1992 der Präsident einer Westschweizer Stiftung zur Förderung der Organspende.<sup>125</sup> Organranke Menschen, so suggerierten Presseberichte über Organmangel, sterben aufgrund des Organmangels – und nicht oder nicht nur

aufgrund von krankheitsbedingtem Organversagen.<sup>126</sup> Der Tod auf der Warteliste wurde zu einer wichtigen statistischen Kategorie, die in den Bilanzen der Transplantationsmedizin ihren festen Platz hatte.<sup>127</sup>

Im Zuge dieser Skandalisierung des Organmangels wurden Organe mehr denn je zu einer »wertvollen« Ressource.<sup>128</sup> »Wir wollen sicherstellen, dass kein Organ verloren geht«, erklärte 1994 die nationale Koordinatorin für Transplantationen.<sup>129</sup> Das bedeutete konkret, dass alle Organe von hirntoten Patienten für Transplantationen verwendet werden sollten; jedes ungenutzte Organ musste in dieser Sichtweise als Verschwendung erscheinen. »Die Organverschwendung nimmt kein Ende« klagte die *Bündner Zeitung* 1992 folgerichtig an.<sup>130</sup>

Der ökonomisch strukturierte Diskurs des Organmangels, der sich nach dem Verhältnis von Angebot und Nachfrage orientierte und das Organ als knappe Ressource konstruiert, kippte in einen moralischen Diskurs. Die Thematisierung der »Dramatik des Organmangels«<sup>131</sup> war explizit oder implizit mit einer Aufforderung zum Handeln verbunden, mit einem moralischen Appell, etwas gegen die Organverschwendung und den Tod auf der Warteliste zu unternehmen. Dieser Imperativ zur Bekämpfung des Mangels richtete sich nicht nur gegen innen, an das medizinische Personal, sondern auch gegen außen; er war an alle Menschen in ihrer Eigenschaft als potentielle Organspender adressiert.

Der Organmangel wurde als wichtiges gesellschaftliches Problem postuliert, das der Lausanner Arzt François Mosimann auf eine einfache Formel brachte: »Pas de solidarité dans notre société, pas d'organes; pas d'organes, pas de transplantations!«<sup>132</sup> Das Ziel, den Mangel zu beseitigen, so betonte Felix Largiadèr, sei von großer gesellschaftspolitischer, gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Bedeutung. Die Stiftung Swisstransplant, so Largiadèr weiter, habe es unternommen, die gesamte Ärzteschaft und die Bevölkerung in einer gemeinsamen Anstrengung zu vereinen, um dieses Ziel zu erreichen.<sup>133</sup>

Die ökonomisch fundierte aber moralisch aufgeladene Semantik des Mangels, so lässt sich als vorläufiges Fazit formulieren, hatte einen zweiseitigen Effekt: Einerseits steigerte sie den Wert und die Bedeutung von Organen und Transplantationen, und damit auch von den Akteuren, die für die Transplantationen verantwortlich waren. Sie diente der Transplantationsmedizin zudem als Ausgangspunkt, um materielle sowie personelle Ressourcen und Engagement einzufordern. Andererseits setzte sie die medizinischen Akteure sowie alle in der Schweiz lebenden Menschen als potentielle Organspender unter steigenden Druck, die geweckten Erwartungen zu erfüllen, alle Patienten, die ein neues Organ benötigen, zufriedenzustellen. Wie gingen die Transplantationsmedizin und die Gesellschaft mit diesem Druck um? Auf diese Frage werde ich später im Buch wieder zurückkommen.

## Gegenmaßnahmen

In dem Masse, wie der Organmangel als wichtigstes Problem der Transplantationsmedizin wahrgenommen wurde, stieg auch das Interesse ihrer Akteure für Lösungsstrategien und Gegenmaßnahmen. Dieses Interesse manifestierte sich in den zahlreichen wissenschaftlichen Studien, die ab Ende der 1980er Jahre weltweit zu diesem Thema publiziert wurden. Große Hoffnung wurde lange in nicht-menschliche Organe gelegt; doch erwiesen sich im untersuchten Zeitraum weder tierische, künstliche, noch aus Stammzellen gezüchtete Organe als geeignete Alternative.<sup>134</sup> Erfolgversprechender erschien eine Ausbreitung der Gruppe potentieller menschlicher Spender: In den 1990er Jahren nutzte die Transplantationsmedizin neben hirntoten vermehrt auch herztote Spender. Gleichzeitig förderte sie die Lebendspende, die sich bis zur Jahrtausendwende auf dem Gebiet der Nierenübertragung zu einem wichtigen Faktor entwickelte (vgl. Abb. 2).<sup>135</sup> Beide neuen Spenderkategorien waren aber mit einem erhöhten Potential für ethische Akzeptanzprobleme verbunden.<sup>136</sup>

In dieser Arbeit steht die postmortale Organspende bei hirntoten Spendern im Vordergrund. Ihre Effizienz wurde in den Studien zum Organmangel am Verhältnis von denkbaren, medizinisch möglichen und tatsächlichen Organspendern bemessen. Als denkbare Spender galten alle Patienten, die in der Intensivstation eines Krankenhauses einen Hirntod erleiden und die Bedingungen für eine Organspende erfüllen.<sup>137</sup> Alle Organe dieser potentiellen Spender, die nicht verpflanzt werden, wurden als verloren oder verschwendet angesehen.<sup>138</sup> Schätzungen, die sich mangels statistischer Basis auf die Werte einer US-amerikanischen Studie stützten, gingen davon aus, dass in der Schweiz im Jahr 1985 mehr als 800 Nieren, 400 Herzen und 400 Lebern ungenutzt blieben.<sup>139</sup>

Eine Studie über den Spende-Rückgang am Genfer Universitätsspital zwischen 1985 und 1990 verzeichnete eine starke Zunahme von potentiellen Spendern, die aufgrund medizinischer Ausschluss-Kriterien nicht genutzt werden konnten. Diese Verluste, die unter anderem aus einer auf der Intensivstation erfolgten Infektion resultierten, so die Studie, könnten durch eine verbesserte Betreuung der potentiellen Spender reduziert werden.<sup>140</sup> Darüber hinaus bot sich auch die Lockerung der medizinischen Ausschluss-Kriterien und die Nutzung sogenannter »suboptimaler Spender« als Maßnahme gegen die Organknappheit an.<sup>141</sup>

## Der ideale Spender

Als optimale Spender galten der Transplantationsmedizin Patienten, die im Krankenhaus einen Hirntod erleiden, so dass sie rechtzeitig an die Herz-Lungen-Maschine angeschlossen werden können.<sup>142</sup> Zudem dürfen sie nicht zu

alt und müssen gesund sein – wobei vor allem die zu spendenden Organe keine Schädigungen aufweisen dürfen.<sup>143</sup> »Als Organspender (für eine Herztransplantation) qualifizieren demzufolge nur herzgesunde, kreislaufstabile Patienten mit dissoziiertem Hirntod«, erklärte die *Schweizerische Ärztezeitung* 1989.<sup>144</sup> Die Definition des optimalen Spenders blieb keineswegs stabil, sondern änderte sich. Seit den 1960er Jahren wurden die Ausschluss-Kriterien zunehmend ausgedehnt – einerseits aufgrund der technischen Fortschritte, andererseits aber auch als Reaktion auf den Organmangel. So stieg etwa die Altersgrenze für Nierenspender von 50 Jahren 1968 auf 75 Jahre Ende der 1990er Jahre.<sup>145</sup>

Im öffentlichen Diskurs über die Organspende verdichtete sich der ideale Spender zu einer fiktiven Figur: dem jungen, gesunden, risikobereiten und männlichen Motorradfahrer.<sup>146</sup> Tatsächlich waren vor allem in der Frühphase der Transplantationsmedizin viele Organspender Opfer von Verkehrsunfällen. Die Zahl der Spender laufe beinahe parallel zu den tödlichen Verkehrsunfällen, berichtete noch 1989 der Präsident der Arbeitsgruppe Nierentransplantation der Stiftung Swisstransplant (STAN).<sup>147</sup> In der Abnahme der Verkehrsunfälle wurde denn auch mit ein Grund für den Rückgang von Organspenden gesehen.<sup>148</sup> Ebenfalls war und ist eine Mehrheit der postmortalen Spender männlich.<sup>149</sup>

Doch spätestens seit Ende der 1990er Jahre entsprach das Bild des jungen, verunglückten Verkehrsoffers nicht mehr der Realität. Ursache des Hirntods war ab 2000 nur mehr in weniger als einem Drittel aller Fälle ein durch Gewalt von außen entstandenes Hirntrauma.<sup>150</sup> Und das durchschnittliche Alter der postmortalen Spender stieg Mitte der 1990er Jahre auf rund 45 Jahre.<sup>151</sup> Trotzdem hielt sich die Vorstellung junger, verunfallter Spender hartnäckig.<sup>152</sup> Wenn die Medien und insbesondere die Empfänger die anonymen Spender gerne als jugendliche Männer imaginierten, dann wohl auch deshalb, weil sie sich von der Einverleibung ihrer jungen, gesunden und unverbrauchten Organe am ehesten Heilung und physische Wiederherstellung versprachen.<sup>153</sup> Zudem begünstigte die Phantasie des Motorradunfalls als Todesursache die Entschärfung moralisch-emotionaler Zweifel in einer doppelten Weise: Sie evozierte einerseits die Vorstellung eines selbstverschuldeten Todes aufgrund »jugendlich-männlichem Risikoverhaltens« und andererseits eines »sinnlosen« Todes, dem die Organspende, so eine häufig artikuliert Vorstellung, Sinn verleihen könne.<sup>154</sup>

## Zwei Hindernisse der Organspende

Abgesehen von den erwähnten medizinisch-technischen Aspekten identifizierten die Schweizer Studien zwei Hauptgründe für die quantitative Discrepanz zwischen den potentiellen und den tatsächlichen Spendern: die Ab-



lehnung der Spende durch die Angehörigen und die Nicht-Überweisung von potentiellen Spendern.<sup>155</sup>

In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre verzeichneten die Krankenhäuser eine Zunahme der Ablehnung der Organspende durch die Angehörigen. Die Zahl der Transplantationen habe in beängstigendem Masse abgenommen, berichtete etwa der Jahresbericht des Universitätsspitals Basel von 1988. Einer der Gründe für diese ungünstige Entwicklung liege bei der nachweislich häufigeren Verweigerung für die Organentnahme durch die Angehörigen.<sup>156</sup>

Auch in den 1990er und in den frühen 2000er Jahren blieb der Einspruch der Angehörigen ein häufig beklagtes Problem, wobei die statistischen Werte an den einzelnen Krankenhäusern variierten.<sup>157</sup> An der jährlichen Pressekonferenz im Januar 1994 erklärte die Stiftung Swisstransplant, dass die hohe Quote der Organspende-Verweigerungen der Hauptgrund für die im internationalen Vergleich niedrige Transplantationstätigkeit der Schweiz sei.<sup>158</sup> »Heute verweigern [...] zwischen 23 und 40 Prozent jeweils die Zustimmung zur Entnahme eines Organs«, schrieb die NZZ 1997. »Das sind viel zu viele.«<sup>159</sup> In der Darstellung der journalistischen Medien erschien die mangelnde Spende-Bereitschaft der Bevölkerung, die sich in der Zurückhaltung der Angehörigen sowie in der geringen Verbreitung der Organspenderausweise manifestierte, oft als Hauptgrund für den Organmangel.<sup>160</sup>

Die Lösungsansätze gegen die häufige Verweigerung der Spende zielten einerseits auf das medizinische Personal und die praktische Organisation der Organspende. Wie ich in den nachfolgenden Teilkapiteln zeigen werde, sollte durch eine professionellere Betreuung der Angehörigen und ein geschicktes Emotions-Management die Verweigerungs-Rate gesenkt werden. Andererseits stand die Spende-Bereitschaft der Bevölkerung im Fokus. Die Bemühungen, die Schweizer Bevölkerung mittels Aufklärungs-Kampagnen und Medienarbeit über die Organtransplantation zu informieren und für die Organspende zu sensibilisieren, sind Thema des vierten Kapitels.

Dass mögliche Spender auf Intensivstationen nicht oder nicht rechtzeitig erkannt und gemeldet werden, oder dass ihre Organe keine Abnehmer finden und deshalb ungenutzt bleiben, wurde oft als wichtiger Grund für die mangelnde Organversorgung angeführt. Eine prospektive Studie am Inselspital Bern für die Zeit von 1987 bis 2004 kam zum Ergebnis, dass die Zahl der tatsächlichen Spender um 67 Prozent hätte gesteigert werden können, wenn alle potentiellen Spenden identifiziert und gemeldet worden wären.<sup>161</sup> Es bleibe eine der vordringlichsten Aufgaben für die Zukunft, dieses weitgehend ungenutzte Spenderpotential effektiver auszuschöpfen durch verbesserte Koordination und Motivation aller Krankenhäuser, die mit hirntoten Patienten zu tun haben, hieß es bereits im Jahresbericht des Berner Inselspitals von 1985.<sup>162</sup>

Neben der mangelhaften Organisation wurde also auch die fehlende Motivation des medizinischen Personals für die Spender-Verluste verantwortlich

gemacht. Mehrere Meinungsumfragen untersuchten die Einstellung von Ärzteschaft, Pflegenden und Studierenden zu Organspende und Organtransplantation.<sup>163</sup> Defizite orteten die Verantwortlichen bei Swisstransplant vor allem bei der Kooperation der nicht-transplantierenden Krankenhäuser.

Die Versuche, alle medizinischen Akteure zu einem effizienten System der Organbeschaffung zu integrieren, sind im Folgenden Gegenstand dieses Kapitels. Wie wurde die postmortale Organspende organisiert? Welche Probleme und Konflikte erwiesen sich dabei als Hindernisse? Diese Fragen sollen zuerst im Bezug auf die Mikro-Ebene der Intensivstation und des Operationssaals, wo die Organentnahme vorbereitet und durchgeführt wird, und danach im Bezug auf die Makro-Ebene des gesamtschweizerischen Transplantations-Systems beantwortet werden.

### **3.3 EMOTIONALE PROBLEME UM HIRNTOD UND ORGANENTNAHME**

Wie wir gesehen haben, implizierte der Diskurs des Organmangels das Postulat, mehr Organe zu beschaffen. Doch wie funktionierte diese Beschaffung? Wie gestaltete sich die postmortale Organspende im Rahmen des transplantationsmedizinischen Dispositivs? Die Praxis der postmortalen Organspende soll in den folgenden drei Teilkapiteln genauer in den Blick genommen werden. Es handelte sich um einen vielschichtigen und kommunikationsintensiven Prozess, der sich historisch entwickelte und ausdifferenzierte. Zur Veranschaulichung soll zunächst der standardisierte Ablauf einer Organspende, wie er 1992 in zwei praktischen Leitfäden<sup>164</sup> und einer medizinischen Publikation<sup>165</sup> beschrieben wurde, in groben Zügen dargestellt werden:

Am Anfang steht die Identifikation eines Patienten mit Verdacht auf Hirntod. Anhand definierter Ausschlusskriterien stellen die Ärzte anschließend fest, ob der Patient überhaupt als Spender in Betracht kommt. Wenn möglich werden die Angehörigen in einer Vororientierung über den kritischen Zustand des Patienten und die Möglichkeit einer Organentnahme vorbereitet. Die Feststellung des Hirntods besteht aus zwei Untersuchungen im Abstand von sechs Stunden. Nach der definitiven Bestätigung des Hirntods erfolgt das Gespräch mit den Angehörigen. Haben diese die Erlaubnis zu einer Organentnahme erteilt, beginnt die Suche nach einem geeigneten Empfänger. Beim Organspender werden spezifische Abklärungen vorgenommen – unter anderem eine Gewebetypisierung zur Feststellung der immunologischen Kompatibilität mit potentiellen Empfängern. Gleichzeitig findet die Spenderkonditionierung statt: die Therapie und Pflege des Hirntoten mit dem Ziel, die Funktionsfähigkeit der Organe bestmöglich zu erhalten.

Bis mit der eigentlichen Entnahmeoperation begonnen werden kann, kann es über 24 Stunden dauern. Der Hirntote wird auf dem Operationstisch festgebunden und erhält muskelentspannende Medikamente und Narkosemittel, um Bewegungen (sogenannte Reflexe) zu verhindern. Bauch und Brust werden geöffnet, die Organe freigelegt. Noch bevor die Organe entnommen werden, beginnt ihre Konservierung: Die Organe werden mit speziellen Flüssigkeiten durchspült und gekühlt. Während der Operation müssen die vitalen Funktionen aufrechterhalten werden – je nach Bedarf mit der Verabreichung von Medikamenten, Flüssigkeiten oder Blut. Bei einer Multiorganentnahme, bei der mehrere Organe entnommen werden, reisen oft die Transplantationschirurgen an, um das von ihnen zu transplantierende Organ – in festgelegter Reihenfolge – gleich selber zu entnehmen und abzutransportieren. Der allfällige Transport zum Empfänger erfolgt auf der Straße oder in der Luft. Es muss schnell gehen: Die Organe können ohne Blutversorgung nur zwischen sechs (Herz und Lunge) und 72 (Niere) Stunden überleben. Derweil wird das Äußere des Spenders so gut wie möglich wiederhergestellt.

Der Weg eines Organs von der Identifizierung eines potentiellen Organspenders auf der Intensivstation bis zur Ankunft beim Empfänger war also komplex und zeitlich wie räumlich dispers. Vorerst werden wir uns auf den Kern der Organspende, auf die eigentliche Transformation vom menschlichen Körper zur medizinischen Ressource konzentrieren, die sich bei der postmortalen Organspende gewöhnlich in der Intensivstation eines Krankenhauses<sup>66</sup> vollzog. In dieser Abteilung verwandelten sich schwer verletzte Patienten in Organspender, deren Körper dann im Operationssaal geöffnet und fragmentiert wurden. Dazwischen wurden sie – als notwendige Voraussetzung der Organentnahme – als hirntot diagnostiziert. Während des gesamten Prozesses blieben sie an einer Herz-Lungen-Maschine angeschlossen und wurden künstlich beatmet; nur so blieben ihre Organe bis zur Entnahme durchblutet, lebendig und damit als Ersatzorgan nutzbar.

## Hintergründe und Forschungsthesen

Neben den Patienten bzw. Organspendern gab es zwei weitere Akteur-Gruppen, die in diese Geschehnisse involviert waren: das medizinische Personal und die Angehörigen der Spender. Alle drei Gruppen standen miteinander in einer bestimmten Beziehung: Das medizinische Personal betreute die Patienten/Spender.<sup>67</sup> Die Angehörigen bangten und trauerten um die Patienten/Spender und mussten über deren Organspende entscheiden, sofern diese ihren Willen nicht schriftlich festgehalten hatten. Das medizinische Personal begleitete die Angehörigen und bat sie als die eigentlichen Adressaten des Organbegehrens im Gespräch um die Organspende. Alle drei Beziehungen, so werde ich im Folgenden aufzeigen, bargen Potential für Konflikte.

»Im Spenderspital treten rund um Hirntod und Organspende grosse emotionale Probleme auf. Das Personal erlebt immer wieder grosse seelische Last, vorerst um das Leben eines meist jungen Menschen zu kämpfen, den Kampf zu verlieren, die verzweifelten Angehörigen zu begleiten und gleich noch das schwierige Gespräch über Hirntod und Organspende zu führen«, schrieb 1995 der Leiter der Intensivstation des Rätischen Kantons- und Regionalspitals an die Stiftung Swisstransplant.<sup>168</sup> Während sich Hinweise auf derartige Probleme in den Quellen aus den 1970er und 1980er Jahren nur selten finden, wurde ab den 1990er Jahren vermehrt thematisiert, dass die Organspende für die Beteiligten emotional belastend sei – nicht nur in internen Dokumenten. Es war in erster Linie das Pflegepersonal, das die emotionalen Schwierigkeiten rund um die postmortale Organspende an die Öffentlichkeit trug. 1990 kritisierte der Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) die Organspende-Kampagne von Swisstransplant, die auch von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) unterstützt wurde. In einer Stellungnahme kommentierte der SBK die Forderung, dass es wichtig sei, das Pflegepersonal zu motivieren, folgendermaßen:

»Aber es sind die Pflegenden, die sowohl mit den Problemen des Organempfängers als auch mit denjenigen des Spenders und seinen Angehörigen konfrontiert sind. Sie sind es, die den Angehörigen eines ›Hirntoten‹ bei deren Besuchen versichern müssen, dass dieser wirklich tot ist, obwohl er noch atmet und warm ist. Und sie müssen schliesslich erklären, dass man nun die Apparate abstellt und die Organentnahme erfolgt.«<sup>169</sup>

Der Aufruf zur Organspende, so die SBK, ignoriere die ethischen Probleme der Transplantationen, von denen die Pflegenden besonders betroffen seien. In einem Interview sowie an einem öffentlichen Symposium über Transplantation erzählten Pflegende, sie hätten oft das Gefühl, emotional auf der Strecke zu bleiben.<sup>170</sup> Fehle die Zeit für Teamgespräche, so steige die Frustration.<sup>171</sup> An einem anderen Symposium bemängelten Pflegende die ungenügende Vorbereitung auf die Pflege von Hirntoten und forderten eine ethische und psychologische Anlaufstelle.<sup>172</sup> Die erste Version der SAMW-Richtlinien für die Organtransplantation von 1994 erwähnte die »ausserordentlich schwere psychologische Belastung« der Pflegepersonen.<sup>173</sup> Auch Angehörige berichteten, wie wir sehen werden, von gefühlsmäßigen Irritationen im Verlauf des Organspende-Prozesses.

Weshalb wurden die Geschehnisse rund um Hirntod und Organentnahme von den beteiligten Akteuren als emotional belastend beschrieben? Diese Frage beschäftigt uns in diesem Teilkapitel. Die Literatur hält Antworten parat. Laut der Historikerin Anna Bergmann geht die Organentnahme bei einem Hirntoten mit zwei Tabuverletzungen einher, die im Bewusstsein der Betei-

ligten als »kollektives Wissen« verankert seien, und von ihnen immer wieder von neuem vollzogen und akzeptiert werden müssten. Das erste Tabu betrifft das Tötungsverbot. Es wird tangiert, wenn die Beteiligten das Hirntodkonzept nicht akzeptieren, sondern am Herztod als Zeitpunkt eines abgeschlossenen Sterbeprozesses festhalten. In diesem Fall erzeuge die Organentnahme am hirntoten Spender ein Tötungsbewusstsein und rufe Schuldgefühle hervor. Auch wenn der Hirntod als endgültiger Tod anerkannt werde, so Bergmann, so werde ein zweites Tabu überschritten, wenn der tote Körper verstümmelt werde. Es handle sich um das Tabu, das auch in der Kultur der Moderne den Toten vor der Bemächtigung anderer in seinem »unberührbaren« heiligen« Status« schütze. Dieses Tabu sei auch gesetzlich als Verbot der Leichenschändung bzw. als Verbot der »Störung der Totenruhe« verankert. Die Verstümmelung des Leichnams sei – auch wenn sie wissenschaftlich fundiert sei – mit Ekel, Angst und vor allem Schuld beladen.<sup>174</sup>

Auch der Historiker Armin Heinen spricht von einer sozialen Norm der Achtung der Leiche und einem Tabu der Leichenschändung, das vor allem dann wirksam sei, wenn die Integrität des Körpers verletzt werde. Die Organspende Hirntoter durchbreche dieses Tabu in vielfacher Weise. Heinen betont aber die historische Kontingenz dieses Tabus: Die Verwertung von toten Körpern sei keinesfalls ausgeschlossen, bedürfe aber – wie etwa bei der Organspende – einer kulturellen Neubestimmung des gesellschaftlichen Umgangs mit Leichen.<sup>175</sup>

Ein zweiter Ansatz, den ich bereits in der Einleitung referiert habe, sieht den Schlüssel zum Verständnis der Problematik der Organspende in der Diskrepanz zwischen Körper und Leib, in der »Ambivalenz zwischen Fühlen (Erfühlen der Leiblichkeit) und ›Wissen‹ (um den Hirntod, d.h. das Vorhandensein des blossen Körpers)«. Die naturwissenschaftlichen Kriterien des Hirntods seien in der subjektiven und sinnlichen Erfahrungsdimension der Leiblichkeit nicht zu begreifen.<sup>176</sup> Vor dem Hintergrund dieser Thesen soll nun die Praxis der Organspende anhand der mir vorliegenden Quellen genauer in den Blick genommen werden. Ich werde untersuchen, wie die Irritationen rund um Hirntod und Organentnahme im Sprechen der beteiligten Akteure beschrieben und begründet wurden. Dabei interessiere ich mich vor allem dafür, wie der Spender-Körper in diesem Sprechen konzipiert wurde. Ich konzentriere mich zuerst auf das medizinische Personal und dann auf die Angehörigen.

## Unvereinbare Körperbilder

Die Besonderheit der Pflege von hirntoten Organspendern besteht darin, dass sie auch über den Tod hinaus weitergeht. Auf den Kampf um das Leben der Patienten folgt unmittelbar ihre Konditionierung zur Organspende. Zwei Pfl-

gerinnen am Universitätsspital in Lausanne beschrieben diesen abrupten Perspektivenwechsel folgendermaßen: »Bei einer Hirntod-Diagnose ändert sich das Verhältnis der Pflegerinnen und Pfleger zum Patienten radikal. Die Pflege des Patienten konzentriert sich nicht mehr auf das menschliche Wesen vor einem sondern auf die Organe, die der Patient spenden will.«<sup>177</sup> Eine Schweizer Studie spricht in diesem Zusammenhang von einem widersprüchlichen Charakter der Pflege von Hirntoten: Die Person, die man gepflegt und behandelt habe, um ihr Leben zu retten und ihre Schmerzen zu lindern, werde – ohne ihr Aussehen zu verändern – zu einer Art Organreservoir, dessen Funktion mit technischen und organisatorischen Mitteln aufrecht erhalten werden müsse.<sup>178</sup>

Die Transformation vom Patienten zum Organspender geht also mit einem Wechsel der Sichtweise auf seinen Körper einher, der sowohl den Zweck der Betreuung des Körpers wie auch das zugrunde liegende Körperbild betrifft: Vor dem Hirntod ist der Körper die Manifestation eines »menschlichen Wesens«, Träger der Identität eines Individuums; seine Integrität, so das Ziel der medizinischen Betreuung, muss bewahrt werden. Nach dem Hirntod richtet sich das Interesse der Betreuung ganz auf die Organe als wertvolle medizinische Ressourcen; der Körper ist zwar weiter lebendig und menschlich, verkörpert aber nicht mehr länger eine Identität, eine Person, ein Individuum; er erscheint als depersonalisiert und fragmentiert.<sup>179</sup>

Der Perspektivenwechsel ist die Voraussetzung, einen menschlichen Körper bei der Organentnahme aufschneiden und aushöhlen zu können. Voraussetzung dieses Perspektivenwechsels wiederum ist die Gewissheit, dass mit dem Hirntod auch die Person, das Individuum zu existieren aufgehört hat. Das Konzept des Hirntods beruht auf einem dualistischen, cartesianischen Modell, das den Menschen in einen übergeordneten geistigen und einen untergeordneten materiell-körperlichen Teil aufspaltet.<sup>180</sup> Die Seele sitze im Gehirn, rechtfertigte ein Zürcher Spezialist für Herztransplantationen die Organentnahme bei Hirntoten. Wenn das Gehirn weg sei, sei auch die Persönlichkeit weg. »Es existieren nur noch Organe, aber nicht mehr der Mensch.«<sup>181</sup> Der vom medizinischen Personal geforderte Perspektivenwechsel könnte in einer körpergeschichtlichen Sichtweise gefasst werden als Umschalten von einem materialistischen, monistischen Körperbild, das den Körper mit dem Menschen identifiziert, zu einem dualistischen Körperbild, das den Körper ohne Gehirn als reine Ansammlung von Organen konzipiert.

Die dualistische Körpervorstellung hat im abendländischen Denken eine lange Tradition: Seit Descartes und Kant wurde das spezifisch Menschliche mit der Vernunft gleichgesetzt.<sup>182</sup> Diese Konzeption bietet kaum Argumente, einen von jedem Bewusstsein, Geist und Vernunft losgelösten, reinen Körper zu schützen. Dies verhält sich anders, wenn in einer monistischen Sichtweise nicht die Dominanz einer höheren Körperfunktion wie einer Seele, eines Gehirns oder eines Bewusstseins hervorgehoben, sondern im Körper überhaupt

die zentrale Referenz für das Individuum und seine Werte gesehen wird. Diese in der Moderne sehr wirkmächtige Vorstellung, die in der europäischen Aufklärung entstanden ist, konstruiert den Körper als wertvollen Besitz, den es zu pflegen, zu verbessern und zu schützen gilt.<sup>183</sup> Die Verletzung der Integrität eines lebenden Körpers muss in dieser Perspektive als problematisch erscheinen. Auch die ärztliche Pflege eines kranken Patientenkörpers basiert auf diesem Körperbild. Sie zielt darauf ab, die körperliche Integrität zu schützen oder wiederherzustellen. Im Prozess der Organspende prallen diese beiden Körperbilder unvermittelt aufeinander.

Die Hirntod-Diagnose bildet den Kipppunkt, an dem sich ein »menschliches Wesen« in ein »Organreservoir« verwandelt. Das Umschalten zwischen den beiden Sichtweisen auf den Spender-Körper wird dadurch erschwert, dass sich dieser Körper in seiner Erscheinung nicht verändert. Rein äußerlich, so die Lausanner Pflegenden, könne ein Hirntoter nicht von einem lebenden Patienten unterschieden werden.<sup>184</sup> Da sich der Hirntod auf einer phänomenalen Ebene nicht manifestiert, fehlen körperliche Zeichen, die eine neue Deutung des Status dieses Körpers nahelegen würden. Umso wichtiger waren andere Formen, den Tod zu visualisieren, vor allem die Elektroenzephalographie (EEG), bei welcher der Hirntod auf einem Monitor mit einer Null-Linie angezeigt wird.<sup>185</sup>

Hirntote Organspender seien ungewöhnliche Tote, erzählte eine Pflegerin des Berner Inselspitals. »Sie brauchen Pflege und Betreuung. Sie fühlen sich warm an. Sie atmen, d.h., sie werden mit dem Respirator behandelt. Oft beobachten wir Zuckungen, sogenannte Rückenmarksreflexe. Dies alles bewirkt, dass ich in Versuchung komme, mit dem Patienten zu sprechen.«<sup>186</sup> Eine andere Pflegende berichtete über die Betreuung von Hirntoten: »Der tote Mensch hat aber weiterhin einen Kreislauf, er schwitzt, hat Speichel und Ausscheidungen, er hat beispielsweise Bartwuchs, und wir rasieren ihn weiter.«<sup>187</sup> Die Arbeit »mit totscheinenden Lebenden und lebendig scheinenden Toten«,<sup>188</sup> bei der gewohnte Kategorien und Grenzen der medizinischen Pflege aufgehoben werden, wurde von den Betroffenen als irritierend und emotional belastend beschrieben. »Wir können es rational erklären, aber die Tatsache bleibt bestehen: Wir pflegen einen toten Körper.«<sup>189</sup>

### **»switch around«-Problem und Interessenkonflikte**

Die Schwierigkeit, vom verlorenen Kampf um das Leben des Patienten umzuschalten auf Maßnahmen zur Erhaltung und Verwertung der Organe, bezeichnet der Soziologe Günter Feuerstein als »switch around«-Problem.<sup>190</sup> Dieses ist für die Pflegenden besonders schwerwiegend, da sie die Patienten über den ganzen Prozess hinweg eng begleiten und dabei den Wandel vom Menschen zur medizinischen Ressource miterleben. Die Ärzte, so erzählte eine Pflegen-

de, hätten es leichter; die Begegnungen mit dem Patienten beschränkten sich auf wenige Minuten.<sup>191</sup> Trotzdem sind auch sie vom »switch-around«-Problem betroffen. Es könnte eine Erklärung für die oft beklagte Zurückhaltung der auf der Intensivstation tätigen Ärzte sein, ihre in den Hirntod abgleitenden Patienten als Organspender zu melden.<sup>192</sup> In diese Richtung zielt die Aussage eines Zürcher Transplantationschirurgen, der das starke Engagement seiner Kollegen für ihren Patienten als mit ein Grund für den Mangel an Spenderherzen bezeichnete: »Sie schöpfen die allerletzte auch hoffnungslose Möglichkeit aus. So dass, wenn wir dann gerufen werden, die sekundären Schädigungen so weit fortgeschritten sind, dass es für eine Transplantation zu spät ist.«<sup>193</sup>

Dass Intensivmediziner Interessenkonflikten ausgesetzt waren und die Interessen ihrer Patienten gegenüber den Ansprüchen des Transplantations-Teams verschiedentlich zu verteidigen suchten, zeigen auch Aussagen aus Oral History-Interviews mit Schweizer Ärzten zur klinischen Praxis von Hirntod und Organtransplantation in den 1960er und 1970er Jahren. Der Leiter der medizinischen Intensivstation einer Schweizer Universitätsklinik erzählt von Konflikten aufgrund seiner Bemühungen, seine sterbenden Patienten gegen auf eine Organspende zielende Interventionen abzuschirmen: »[...] wie weit darf man den Spender nur im Hinblick auf die Organerhaltung behandeln, aber nicht im Sinne des Spenders, und das würde ich ablehnen heute [sic!]. Also bis zum Hirntod oder bis zur Feststellung des Todes ist alleine der Spender im Auge zu behalten und danach, unmittelbar danach, sind alleine die Organerhaltungen zu Gunsten des potentiellen Empfängers [...] zu behandeln oder in Erwägung zu ziehen.« Ein anderer Intensivmediziner berichtet von seiner Irritation über »die direkte Einmischung« eines auf die Transplantation spezialisierten Nephrologen, der die Intensivstation nach potentiellen SpenderInnen auskundschaftete. Der betreffende Nephrologe wiederum erzählt, dass er mit dem »Schnüffeln« aufgehört habe, nachdem ihn eine Intensivpflege-Schwester als »Nierengeier« bezeichnet habe.<sup>194</sup>

Der Begriff des »Geiers« war offenbar ein verbreiteter Topos, taucht er doch auch in mehreren schriftlichen Quellen auf. Im Anfangsstadium der Organtransplantation, so gab etwa eine Intensiv-Pflegende 1990 zu Protokoll, seien »Organgeier« auf der Abteilung vorbeigekommen, um nach passenden Organen Ausschau zu halten. Zum Teil seien »wirklich« schon Transplanteure da gewesen, bevor die Patienten Hirntod waren. Das sei »heute« aber absolut vorbei.<sup>195</sup> Die divergierenden Ansprüche – die Pflege von schwerverletzten Patienten einerseits und der frühzeitige Zugriff auf Spenderorgane andererseits – führte zu Konflikten.

Auch die Pflegenden, welche im Operationssaal bei der eigentlichen Organentnahme assistierten, bewerteten diese Arbeit in Interviews mitunter als belastend. Einige Pflegende, so berichteten Beteiligte, zögen es vor, bei der Organentnahme nicht mitzuwirken – dies in erster Linie, weil die Bedingun-



gen im Operationssaal den Toten zu wenig respektierten. Manche äußerten den Wunsch, dass der körperlichen Wiederherstellung des Spenders nach der Entnahmeoperation mehr Bedeutung beigemessen würde, oder dass ein Ritual eingeführt würde, das es erlaubte, die Anerkennung für die gestorbene Person auszudrücken.<sup>196</sup> Als problematisch wurde offenbar beurteilt, dass die Behandlung des toten Spenders nicht dem gewohnten, kulturell eingeübten Umgang mit Verstorbenen entspricht.

Die Aussagen der OP-Pflegenden waren aber keineswegs eindeutig: Manche bezeichneten die Organentnahme als Operation wie jede andere, und beschrieben ihre Tätigkeit als sinnvoll, etwa indem sie sie als Verlängerung des Willens des Spenders oder als Beitrag zur Heilung des Empfängers deuteten.<sup>197</sup> Überhaupt, so betonten mehrere Pflegende, bleibe angesichts der intensiven Arbeit kaum Zeit über Leben und Tod des Spenders nachzudenken. Unangenehm werde es nur dann, wenn man zur Konfrontation mit dem toten Körper gezwungen sei: »Der schwierigste Moment für mich ist, wenn der Spender noch im Operationssaal liegt, die Apparate alle abgestellt sind, die Chirurgen weggehen und wir mit den Toten allein sind«, erzählte eine OP-Pflegende. »Oder auch vorher, wenn der Spender hereingeschoben wird, aber noch nicht mit Tüchern abgedeckt ist, da wird man quasi gezwungen, wirklich hinzusehen, den ganzen Menschen zu sehen. Deshalb ist es für mich ein Schutz, wenn alles bis auf das Operationsfeld abgedeckt ist.«<sup>198</sup>

## Die Perspektive der Angehörigen

Die Gefühle der Angehörigen seien bei der Vorbereitung für eine Organentnahme durch die allgemeinen Umstände des Todes besonders belastet, hielten die SAMW-Richtlinien zur Todesfeststellung von 1996 fest.<sup>199</sup> Der »switch-around«, der abrupte Wechsel der Perspektive auf den Spender-Körper, ist für die Angehörigen noch schwieriger vollziehbar, da sie einerseits in einem persönlichen Verhältnis zum Spender stehen, und ihnen andererseits die Praktiken der Organentnahme und die ihnen zugrunde liegenden medizinisch-wissenschaftlichen Konzepte nicht vertraut sind. Intensiv-Pflegende des Zürcher Universitätsspitals berichteten, dass der Hirntod und die Planung der Organentnahme die Angehörigen völlig überfordern würden. »Der Tod ist für die Angehörigen in dieser Phase noch gar nicht Realität.«<sup>200</sup> Dies manifestiert sich auch in einem Bericht über ein Gespräch mit den Eltern eines jugendlichen Nierenspenders. Die Vorstellung, so die Eltern, man könne von einem nahen Angehörigen, insbesondere einem Kind, so lange es beatmet würde, Abschied nehmen, sei unmöglich, weil es unter der Beatmung immer noch als lebend wahrgenommen werde. Ganz gleich, wie man zur Hirntodesfrage stünde, dominiere hier das Gefühl und nicht der Verstand.<sup>201</sup>

Abgesehen von den grundlegenden Zweifeln am Hirntod-Konzept, welche die Eltern äußern,<sup>202</sup> erwies sich laut dem Bericht vor allem die Diskrepanz zwischen dem vorgegebenen, medizinisch-wissenschaftlich Prozess der Organspende und den Erwartungen der Angehörigen als problematisch. So beklagen die befragten Eltern, dass sie nicht ungestört und ohne Zeitdruck von ihrem Kind Abschied hätten nehmen können. Durch die Nierenentnahme sei ihnen die Begleitung im Todesprozess sowie die für den Trauerprozess so wichtige Mithilfe bei der Zubereitung der Leiche verwehrt worden.<sup>203</sup>

Die Lausanner Intensivpflege-Schwestern beschrieben dieses Phänomen ebenfalls: Die absolute Stille, die gewöhnlich nach einem Todesfall herrsche und Teil eines Rituals sei, gebe es im Falle eines Hirntodes nicht. Das hindere die Familie und das Pflegepersonal daran, um den Patienten zu trauern.<sup>204</sup> Diese Problematik floss in die SAMW-Richtlinien zu den Todesfeststellungen mit Bezug auf die Organtransplantation von 2005 ein, wo sie wie folgt erklärt wird:

»Sterbeprozess und Tod sind natürliche Vorgänge; in den meisten Fällen existiert kein äusserer Anlass, den Ablauf dieser Prozesse zu beeinflussen, und es besteht kein Druck auf Angehörige oder Betreuende, weder zeitlich noch psychologisch. Die Trauer der Angehörigen kann daher in Ruhe vor sich gehen wie es der Achtung der Würde des Sterbenden oder Verstorbenen entspricht. Eine vorgesehene Organtransplantation interferiert hingegen mit diesen natürlichen Prozessen, sei es durch zeitliche Zwänge, sei es durch Handlungen, Untersuchungen und Eingriffe.«<sup>205</sup>

Der Handlungsablauf der Organgewinnung verunmöglicht demgemäß die kulturell etablierte und eingeübte Form des Sterbe- und Trauerprozesses, die hier als »natürlich« apostrophiert wird.

## Zwei Beispiele

Dass Angehörige den Prozess der Organspende mitunter als emotional belastend beschrieben, und welche Rolle dabei die Interaktion mit dem medizinischen Personal spielte, soll nun anhand zweier Beispiele verdeutlicht werden. Beide Fälle verdanken ihre Verschriftlichung der Tatsache, dass die Angehörigen die Umstände der Organentnahme nachträglich kritisierten und diesbezüglich aktiv wurden.<sup>206</sup>

Beim ersten Beispiel handelt es sich um einen Artikel des *Blick*-Journalisten Helmut-Maria Glogger in der Transplantierten-Zeitschrift *Re-naissance* von 1993. Er schildert darin den mehrtägigen Weg seiner hirntoten Ehefrau zur Organspende ein Jahr zuvor im Triemli-Spital und im Universitätsspital Zürich und gibt seinem Entsetzen Ausdruck »über die menschenverachtende Art und Weise wie mit Organspendern und deren Hinterbliebenen umgesprun-

gen wird.« Trotz seiner umfassenden Kritik am »System der Organtransplantation« betont Glogger seine prinzipielle Befürwortung der Organspende und möchte seinen Beitrag als konstruktiven Denkanstoß verstanden wissen.

Im Zentrum seiner Kritik steht das »diffus« geregelte System und das »menschenverachtende Chaos der Verantwortlichkeiten«. Glogger zeigt sich im Speziellen irritiert darüber, dass seine Frau insgesamt drei Mal für tot erklärt wurde, wobei er zwischenzeitlich wieder Hoffnung geschöpft habe. »Wie oft kann eigentlich ein Mensch sterben?« Warum, so will Glogger wissen, würden Ärzte auf Intensivstationen nicht psychologisch ausgebildet, um den Hinterbliebenen Hilfe zu bieten? Und weshalb würden Tote wie »lästige Organspender« betrachtet und nicht als »stille Persönlichkeiten«?<sup>207</sup>

Das zweite Beispiel bezieht sich auf eine Nierenentnahme im Jahr 1991. Die Eltern des jugendlichen Spenders leiteten sieben Jahre später eine Untersuchung zur Abklärung der Todesumstände ihres Kindes ein. 2001 kam es zu einem Gespräch mit einem beigezogenen Arzt, das dieser in einem vertraulichen Bericht, aus dem ich bereits weiter oben zitiert habe, schriftlich festhielt.<sup>208</sup> Der Bericht sollte aufzeigen, weshalb die Organspende für die Eltern über den eigentlichen Tod des Kindes hinaus »zu einem zusätzlichen Psycho-trauma, einem eigentlichen Horror« wurde, der ihre eigene Lebensqualität in den nachfolgenden Jahren zerstört habe.<sup>209</sup>

Ein wichtiger Grund für die nachträgliche Intervention der Eltern war ihr Verdacht, dass ihrem Kind gegen ihren Willen die Augen zum Zweck einer Hornhaut-Transplantation entnommen worden seien. Diese Befürchtungen hätten sich aber, so der berichtende Arzt, »mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit« als unbegründet erwiesen. Das wahre Problem liege anderswo: »Es ist die mangelnde Aufmerksamkeit, das fehlende Einfühlungsvermögen, und vor allem die Konzeptlosigkeit, wie mit den nächsten Angehörigen des Verstorbenen vor und nach der Organentnahme umgegangen wurde.«<sup>210</sup>

So beanstandeten die Eltern die mangelhafte Information und die schlechte Betreuung durch die verantwortlichen Ärzte, die zu falschen Erwartungen und Missverständnissen geführt hätten. Dass es ihnen entgegen dem Versprechen eines Arztes verwehrt blieb, von ihrem toten Kind in würdigem Rahmen Abschied zu nehmen, empfanden sie als »Ungeheuerlichkeit« und als »Schikane«.<sup>211</sup> Zudem sei die erste Todesmitteilung »auf vollständig uneinfühlsame Art« erfolgt, wobei die Frage nach der Einwilligung für die Organspende unmittelbar gefolgt sei. Dem Bericht zufolge fühlten sich die Eltern bei der Entscheidung überfordert und unter Druck: »Die Eltern hatten bis zu diesem Zeitpunkt zwei durchwachte, verzweifelte Nächte hinter sich und fühlten sich unendlich schwach. Nach qualvollem Ringen und unter grössten Nöten willigten sie [...] ein zur Entnahme der Nieren [...]. Danach wurden sie erneut mehrfach nach den anderen Organen gefragt. Nein, habe zuletzt der Vater laut gerufen. Danach erfolgte trotzdem nochmals die Frage nach den Augen.«<sup>212</sup>

Wie auch Glogger im oben beschriebenen Fall beklagten sich die Eltern im Speziellen über die widersprüchlichen Todesmitteilungen. Am Dienstagmorgen sei der Mutter mündlich mitgeteilt worden, ihr Sohn sei tot. In den Krankenakten sei der Eintritt des Hirntodes am Mittwochmorgen um 8.30 Uhr eingetragen. Im »Nekrorapport« beider Nieren sei der Tod am Mittwoch um 12 Uhr festgehalten. »Der Vater meint«, so heißt es im Bericht, »dieser lockere Umgang mit den Todes-Zeitpunkten hinterlasse den Eindruck von Willkür.«<sup>213</sup> Die widersprüchlichen Todeserklärungen verweisen auf die zeitliche Kontingenz der Todes-Diagnose im Prozess der Organspende. So war der rechtliche Todeszeitpunkt auch anlässlich der Ausarbeitung und Publikation der SAMW-Richtlinien von 1996 umstritten.<sup>214</sup> Der Vater interpretierte diese zeitliche Kontingenz als Ausdruck einer medizinischen Willkür. Im Moment der Hirntod-Diagnose, so deutet sich hier an, war die Macht der Medizin, ihre Deutungshoheit über Leben und Tod, in besonders konkreter Weise fassbar.

Die Aussprache zwischen dem Arzt und den Eltern endete laut dem Bericht wenig einvernehmlich. Der Arzt schildert, wie seine positiven Erfahrungen mit der Organtransplantation bei den Eltern »stumpf abprallen«. Diese betonten abschließend ihr großes Erschrecken, dass der den Hirntod sterbende Mensch wie ein recycelbarer Gegenstand angesehen und benutzt werde. Sie weisen auf die Gefahr hin, dass der Mensch nicht mehr in seiner Ganzheit gesehen werde, sondern dass seine Körperteile separiert und nach Brauchbarkeit bewertet würden. Demgegenüber hält der Arzt fest, dass das durch die Organspende vermittelte Lebensgeschenk wichtiger erscheine, als die Wahrung der Ganzheit der verstorbenen Spender bei ihrer Kremation. »Recycling hört sich furchtbar an, aber ich kann nichts Verwerfliches daran finden, dass jenen Hirntoten noch lebensfähige Nieren entnommen und Kranken dadurch ein glückliches Leben geschenkt wurde.«<sup>215</sup>

## Das Scheitern der Symbolisierung

In diesen letzten Voten scheint die Spannung auf, die der Kultur-Anthropologe Paul Rabinow als besonderes Merkmal des Westens bezeichnet: Die Spannung, die »zwischen dem Körper als einem blossen Ding der triumphierenden Wissenschaft und Technik einerseits und dem nach wie vor gegenwärtigen Gefühl andererseits besteht, dass der Körper und seine Teile stets mehr sind als bloße Sachen.«<sup>216</sup> Die erfolgreiche Transformation von Menschen in medizinische Ressourcen in der Intensivstation bedingt nicht nur eine medizinisch-chirurgische, sondern immer auch eine symbolische Arbeit: Aus einem Körper als Verkörperung einer Person (die mehr ist, als eine bloße Sache) wird ein depersonalisierter und fragmentierter Körper (eine bloße Sache) hergestellt.

Die in den Zeugnissen der an der Organspende Beteiligten geschilderten Irritationen und Konflikte verweisen darauf, dass es nur bedingt gelang, das

Erlebte bruchlos zu symbolisieren und mit Sinn zu versehen. Dies lag darin begründet, dass im Prozess der Organspende unvereinbare Vorstellungen und Konzepte von Körper und Sterben aufeinander prallten, die kaum konfliktlos zu vermitteln waren. Es wäre irreführend, darin eine Diskrepanz zwischen dem intellektuellen Verstehen auf der Ebene des Körperwissens und der sinnlich-subjektiven Erfahrung auf der Leibebebene zu erkennen. Die unterschiedlichen Modelle von Körper und Sterben betreffen alle sowohl die sinnliche wie auch die kognitive Ebene. Auch alltägliche und biomedizinische Körperbilder bestehen nicht unabhängig voneinander, sondern modellieren sich gegenseitig.<sup>217</sup>

Bergmanns These vom Tötungs-Tabu und dem Tabu der Leichenschändung, die im Rahmen der Organspende überschritten würden, bestätigt sich – zumindest im weitesten Sinne: Ein Verstehen und Akzeptieren des Hirntod-Konzepts bildete zweifellos die Voraussetzung, um die postmortale Organspende als sinnvollen Prozess zu deuten. Ebenso erwies sich der Umgang mit dem toten Körper im Zuge dieses Prozesses in dem Masse als irritierend, als er von einem gewohnten, kulturell eingeübten Umgang abwich.

Es gilt aber, in Anschluss an Heinen die historische Kontingenz und Uneindeutigkeit der kulturellen Tabus zu betonen: So bewerteten, wie wir gesehen haben und noch sehen werden, die beteiligten Akteure die Verwertung und Desintegration des toten Körpers im Prozess der Organspende oft als einleuchtend und verständlich. Der Fokus sollte also nicht auf eine – bei Bergmann als problematisch erscheinende – Tabuverletzung gerichtet werden, sondern vielmehr auf die Frage, inwiefern sich die Vorstellungen und Konzepte, auf denen die Transplantationsmedizin beruhte, etablierten und mit ihnen unvereinbare, kulturell wirkmächtige Deutungen überlagerten oder verdrängten. Oder anders gefasst: Inwieweit gelang es, Phänomene und Erfahrungen wie der Hirntod oder das Aufschneiden des Spenderkörpers erfolgreich in eine Sprache zu übersetzen, die sowohl mit der Praxis der Transplantationsmedizin als auch mit dem Sinnhorizont aller Beteiligten bruchlos kompatibel war?

Die beiden oben dargestellten Fälle zeugen vom Scheitern der symbolischen Arbeit. Es ist innerhalb des Dispositivs der Organspende nicht gelungen, etwa mit einer geschickten Betreuung der Angehörigen die Widersprüche der Körper- und Sterbe-Modelle sowie die Kluft zwischen der Praxis der Organengewinnung und den Erwartungen der Angehörigen zu schließen oder zumindest zu verringern. Die Dissonanzen wurden – etwa durch irritierende und mehrfache Todeserklärungen – gar noch betont.

Selbst dem Journalisten Glogger, der mit den wissenschaftlich-medizinischen Konzepten der Organspende bestens vertraut war, gelang angesichts der »existentiellen« Erfahrung des Hirntods seiner Frau die bruchlose symbolische Übersetzung seiner Gefühle in den medizinischen Diskurs der Organspende nur teilweise. Seine Zweifel und Irritationen kristallisierten sich in einer Kritik am System der Transplantationsmedizin und dessen Akteure. Und

die Eltern des zweiten Falles blieben, konfrontiert mit den für sie unfassbaren Ereignissen rund um die Organspende ihres Kindes, erst einmal sprachlos: »Das rasche Verlassen des Kindes ohne Abschied erfülle sie heute noch mit Scham. Diese Scham sei es auch gewesen, weshalb sie viele Jahre lang über das Thema nicht hätten sprechen können, weder zusammen, noch mit den Angehörigen. Als sie in den Fernsehsendungen die Debatten rund um das Deutsche Transplantationsgesetz gehört und den Zweifel selbst einiger Ärzte am Hirntod-Konzept vernommen hätten, sei ihr Entschluss entstanden, eine Abklärung einzuleiten.«<sup>218</sup> Das Erleben der Eltern ließ sich nicht einfach in einen medizinischen Diskurs übersetzen, der ihnen unbekannt war und der ihnen im Krankenhaus nicht vermittelt wurde. Erst als sie den öffentlichen Diskurs über die Organspende kennen lernten, war ihnen eine nachträgliche Symbolisierung ihrer Erfahrungen möglich, indem sie in diesen Diskurs eintraten – auf der Seite der Organspende-Skeptiker.

Auch die Pflegenden rangen angesichts der Erfahrung mit dem hirntoten Spender um Worte. Verschiedentlich manifestiert sich in ihren Aussagen die Schwierigkeit, das Erlebte zu symbolisieren: »Es ist ein eigenartiges Gefühl und sehr schwer auszudrücken, was es bedeutet, einen toten Menschen zu pflegen.«<sup>219</sup> Eine andere Intensiv-Pflegende kommentierte den Umstand, dass bei einer Transplantation das Weiterleben des Empfängers den Tod des Spenders voraussetzt, wie folgt: »Es ist schwierig, den Tod und das Leben so in einem Atemzug zu nennen. Es hat irgendwie etwas Irrationales. Man verdrängt das gerne.«<sup>220</sup> An solchen Stellen zeigt sich ein Riss, eine Lücke zwischen dem, was verständlich ist und sprachlich repräsentiert werden kann, und dem emotionalen Rest, der in dieser Repräsentation nicht aufgeht, der sich nicht in Sprache auflösen lässt. So erzählte eine Pflegende über ihr Unbehagen, wenn sie zuerst den hirntoten Spender und nur wenige Stunden später den Empfänger von dessen Organ betreuen muss: »Je comprends rationnellement ce qui se passe. Mais au niveau émotionnel, cette succession me pèse. Je ressens un conflit intérieur que je ne sais comment résoudre. Je n'arrive pas à expliquer mon malaise.«<sup>221</sup> Diese Unfähigkeit zur Erklärung, diese Sprachlosigkeit verweist auf das Reale im Prozess der Organspende – das Traumatische, Verstörende und Nicht-Symbolisierbare rund um den Tod sowie die Verletzung und Verwertung des Körpers, das in den Diskurs einbricht und zu neuen Symbolisierungen zwingt.

Dass die öffentliche Problematisierung der emotionalen Probleme rund um die Organspende durch die beteiligten Akteure vermehrt ab den frühen 1990er Jahren erfolgte, ist kein Zufall. Die hier analysierten Aussagen der Beteiligten gingen mit einem Wandel im öffentlichen Sprechen über die Organspende einher, in dessen Zuge – wie wir im sechsten Kapitel sehen werden – die Organspende im Allgemeinen und das Hirntod-Konzept im Speziellen aus moralischer Perspektive vermehrt kritisch hinterfragt wurden. Die Aussagen

beförderten diesen Wandel, und wurden gleichzeitig durch ihn erst ermöglicht – indem er die sprachlichen Mittel bereit stellte, um dem Unbehagen einen Ausdruck zu geben.

### **Gefahren für die Organbeschaffung**

Beide oben analysierte Fälle, in denen die Angehörigen die Umstände der Organentnahme kritisierten, wurden mit der expliziten Absicht schriftlich festgehalten, aus den begangenen Fehlern zu lernen und wirksame Maßnahmen zu treffen. Beide Erfahrungsprotokolle wurden den verantwortlichen Krankenhäusern vorgelegt. Der Bericht über den zweiten Fall wurde darüber hinaus Swisstransplant und der SAMW unterbreitet, wo er auf großes Interesse stieß. Wie der Korrespondenz zu entnehmen ist, flossen die Erkenntnisse des Berichts in die Abfassung der Hirntod-Richtlinien der SAMW ein, die 2005 publiziert wurden.<sup>222</sup>

Die emotionalen Probleme, die bei einer postmortalen Organspende im Beziehungsgeflecht von Organspender, Angehörigen und medizinischem Personal entstehen, beschäftigten die Transplantationsmedizin freilich nicht nur aus Sorge um die Gefühle der Beteiligten. Aus deren psychischer Belastung, so konstatiert ein früherer Entwurf von 2001 für die 2005 publizierten SAMW-Richtlinien zur Feststellung des Todes, würden ernst zu nehmende Widerstände gegen Organentnahmen erwachsen.<sup>223</sup> Es wurde also befürchtet, dass sich die Konflikte negativ auf die Organbeschaffung auswirken – sowohl in einer kurzfristigen wie auch in einer langfristigen Perspektive. Kurzfristig könnten emotionale Irritationen die Gefahr einer Verweigerung der Organspende durch die Angehörigen erhöhen. Überfordertes und frustriertes Personal sowie eine mangelhafte Kommunikation zwischen dem Personal und den Angehörigen, so ergaben Studien, senkten die Zustimmungsraten.<sup>224</sup> »Transplantation kann ohne motiviertes Pflegepersonal nicht erfolgreich sein«, heißt es in einem praktischen Leitfaden für das Operationspersonal von 1992.<sup>225</sup>

Längerfristig fürchtete die Transplantationsmedizin einen Imageschaden und einen Vertrauensverlust, die sich wiederum negativ auf die Spendebereitschaft niederschlagen würden. Die Eindrücke der Angehörigen, so stellt der deutsche Soziologe Torsten Junge fest, flößen in den Diskurs über die Organspende ein und von dort zurück in die medizinische Praxis.<sup>226</sup> Der Verfasser des vertraulichen Berichts von 2001 betonte in einem Brief, dass solche Fälle, die auch an anderen Schweizer Krankenhäusern passieren könnten, einen schlimmen Effekt nicht nur für die Psyche der Angehörigen, sondern auch für den Ruf der Transplantationsmedizin hätten. So hätten die Eltern des jugendlichen Nierenspenders am Kirchentag einen Stand betrieben, um die Öffentlichkeit über ihre Erlebnisse als Organspender-Angehörige zu orientieren.<sup>227</sup>

Im nächsten Teilkapitel werde ich der Frage nachgehen, wie die Transplantationsmedizin in Anbetracht dieses beträchtlichen Störungspotentials die emotionalen Irritationen und Konflikte rund um die Organentnahme zu minimieren versuchte.

### **3.4 LEGITIMIERUNG, VERTRAUENS SICHERUNG UND KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN**

Wir haben gesehen, dass die praktische Verwandlung von schwerkranken Patienten in verwertbare Organspender keine Selbstverständlichkeit war. Der Prozess der Organspende im Krankenhaus generierte emotionale Irritationen, die das medizinische Personal ebenso wie die Angehörigen betrafen und das reibungslose Funktionieren und den Erfolg der Organbeschaffung gefährdeten. Es gab eine Notwendigkeit, diese emotionalen Probleme zu entschärfen, Vertrauen in die technisch-medizinischen Verfahren der Organbeschaffung herzustellen und den Prozess der Organspende legitimatorisch abzusichern. Welcher Mittel bediente sich das transplantationsmedizinische Dispositiv, um diese Ziele zu erreichen? Wie konnte es Unsicherheiten in Sicherheit überführen?

In Anlehnung an Silke Bellangers und Aline Steinbrechers medizinhistorische Untersuchung zum Umgang mit dem Hirntod in der Schweiz lassen sich drei unterschiedliche Strategien unterscheiden: die Produktion von wissenschaftlichem Wissen, die Standardisierung und Reglementierung der medizinischen Praxis sowie die Regulierung der Subjektivität der beteiligten Akteure.<sup>228</sup> Im Folgenden sollen diese Strategien näher dargestellt werden. Das Schwergewicht liegt dabei auf dem letzten Punkt: Wie wurde versucht, die Zweifel und die Widerstände der medizinischen Akteure abzubauen und sie für ihre Tätigkeit im Rahmen der Organspende zu motivieren? Und welche Maßnahmen wurden ergriffen, um die Kommunikation mit den Angehörigen und ihre Betreuung so zu optimieren, dass diese den Prozess der Organspende nicht behinderten?

#### **Wissensproduktion**

Für die Legitimierung und Akzeptanz der Organentnahme grundlegend war es, besonders zwei miteinander zusammenhängende Gewissheiten herzustellen: Erstens musste glaubhaft sein, dass der Hirntod tatsächlich mit dem Tod des Menschen identisch ist, und dass darüber hinaus der Hirntod im Krankenhaus zweifelsfrei festgestellt werden kann. Nur so ist garantiert, dass ausschließlich Toten und nicht Sterbenden oder gar Lebenden Organe entnommen werden. Zweitens brauchte es die Sicherheit, dass nicht aufgrund



des großen Bedarfs an Organen die Betreuung von potentiellen Organspendern vernachlässigt wird. Der Patient, so forderte der deutsche Philosoph Hans Jonas bereits 1968 in einer kritischen Auseinandersetzung mit Hirntod und Organtransplantation, müsse unbedingt sicher sein, dass sein Arzt nicht sein Henker werde.<sup>229</sup>

Es steht also nicht weniger als das Leben und der Tod auf dem Spiel. Je mehr und je größere Risiken eine Institution verwalte, so stellte Ute Frevert in ihrer historischen Spurensuche zum Vertrauen fest, desto wichtiger werde Vertrauen, desto notwendiger sei aber auch »institutionalisiertes Misstrauen« in Gestalt offener Kommunikation und transparenter Kontrolle.<sup>230</sup>

Zunächst wenden wir uns der Frage zu, wie im Umgang mit dem Hirntod Sicherheit hergestellt wurde. Unsicherheiten durfte sich das medizinische Personal kaum erlauben: In der Organtransplantation brauche es mutige Menschen, die, um gute Arbeit zu leisten, unerschütterlich an das glauben müssten, was sie machen, heißt es im Editorial einer Sonderausgabe der Zeitschrift *Krankenpflege* von 1990.<sup>231</sup> Die Notwendigkeit unerschütterlichen Glaubens manifestiert sich auch in der Aussage eines Schweizer Viszeralchirurgen, der gegenüber der *Weltwoche* sein Unbehagen bei der Entnahmeoperation beschrieb. Über dieses helfe »man sich natürlich mit dem Wissen über die Sicherheit der Hirntoddiagnostik« hinweg. »Wenn wir nicht felsenfest überzeugt wären von dem, was wir machen, würde man es ja im Kopf nicht aushalten.«<sup>232</sup> Entscheidend für diese Überzeugung war also zunächst das Wissen, auf das sich die Mediziner stützen konnten.

Um als verlässliche Referenz zur Absicherung und Legitimierung der Organentnahme dienen zu können, musste das Wissen über den Hirntod und seine Feststellung in eine wissenschaftliche, objektivierte und einheitliche Form gebracht werden. Die Formalisierung der Definition und der Diagnose des Hirntods begann Ende der 1960er Jahre angesichts der öffentlichen Debatten um die Herztransplantationen und im Hinblick auf eine Expansion der Organtransplantation. Nach der weltweit ersten Hirntod-Definition der Harvard Medical School von 1968 erließ ein Jahr später auch die SAMW entsprechende Richtlinien für die Schweiz.<sup>233</sup> Diese hat die Akademie seither drei Mal revidiert und an den neusten wissenschaftlichen und technischen Stand angepasst – 1983, 1996 und zuletzt 2005. Das ließe sich wie eine Fortschrittsgeschichte der kontinuierlichen Ausdifferenzierung und Präzisierung der Hirntod-Kriterien lesen. Die Revisionen zeugen aber auch von der historischen Kontingenz dieser Kriterien; sie waren weniger eindeutig und auch unter den Ärzten umstrittener, als dies die ersten Richtlinien 1969 nahe legten.<sup>234</sup>

## Standardisierte Handlungsabläufe

Die ersten Richtlinien hatten die konkrete Handhabung und die Integration des Hirntods in den Klinik-Alltag weitgehend offen gelassen, was in der Praxis zu Unsicherheiten führte. Es seien auch Konflikte bei der Todesfeststellung nach den alten Richtlinien entstanden, heißt es in einem internen Brief der SAMW zur Revision von 1983.<sup>235</sup> Ärzte des Churer Spitals betonten in einem 1982 publizierten Aufsatz, dass die praktische Durchführung von Hirntoddiagnose und Organspende immer wieder zu Diskussionen Anlass gebe. »Wir haben deshalb einen Untersuchungsablauf und ein entsprechendes vorgedrucktes Protokoll festgelegt, um die Diagnose des Hirntodes zu stellen, zu dokumentieren und potentielle Organspender der Organentnahme zuzuführen.«<sup>236</sup> Auch andere Krankenhäuser etablierten interne Merkblätter und Richtlinien, um die Diagnose zu standardisieren und zu kontrollieren.<sup>237</sup> Die SAMW-Richtlinien von 1996 enthielten dann ein Protokoll, das, so steht es in der ersten Version, dem Arzt als Checkliste diene und – ausgefüllt – ein unentbehrliches Dokument darstelle.<sup>238</sup> Die Dokumentation war auch deshalb wichtig, da sie – als offizielles Dokument in der Patientenakte – auch im Nachhinein die Legitimität der Hirntod-Diagnose beweisen konnte.<sup>239</sup>

Das zur Verfügung stehende Wissen über den Hirntod erwies sich als zu unsicher, um den medizinischen Akteuren in der Praxis bei konkreten Fragen als sichere Entscheidungsgrundlage zu dienen. Deshalb musste das Vorgehen Schritt für Schritt standardisiert werden. Ritualisierte Handlungsabläufe gibt es laut dem Soziologen Niklas Luhmann vor allem in Organisationen, in denen ein besonderer Sicherheitsbedarf und hohe Risiken gegeben sind. Sie würden der Reduktion von Komplexität und der Vermeidung von Gefühlen wie Angst und Unsicherheit dienen. Ihre entlastende Wirkung beschreibt Luhmann wie folgt: »Sie legen das Handeln stereotyp fest und schaffen damit Sicherheit, unabhängig von den faktischen Konsequenzen, die dann nicht dem Handeln, sondern anderen Gewalten zugerechnet werden.«<sup>240</sup>

Der Techniksoziologe Günter Feuerstein sieht in der Formalisierung von Handlungsabläufen und der Normierung von Entscheidungsprozessen eine der zentralen Strategien der Transplantationsmedizin, um Vertrauen zu schaffen und Konflikte zu vermeiden. Dabei seien es weniger die inhaltlichen Qualitäten der soziotechnischen Regulierungen, sondern vielmehr ihre standardisierte Form, die in der moralisch und wissenschaftlich kaum abschließend begründbaren Praxis der Organbeschaffung Rationalität und Neutralität suggerierten und Vertrauen produzierten.<sup>241</sup>

Auch die »Algorithmisierung der Hirntoddiagnostik«<sup>242</sup> suggerierte Unanfechtbarkeit und Korrektheit und diene so der Vertrauenssicherung sowohl für das medizinische Team wie auch hinsichtlich der Angehörigen: »Ein solcher im voraus klar festgelegter und dokumentierter Untersuchungsablauf«,

so schrieben die Churer Ärzte, »regelt die Kompetenzen, erleichtert die objektive Beurteilung, vermeidet unnötige Diskussionen und überzeugt Angehörige sowie die mit der Behandlung engagierten Mitarbeiter.«<sup>243</sup>

Die Herausbildung von klinischen Arbeitsroutinen im Umgang mit Hirntod und Organentnahme war kein einheitlich gesteuerter und zielgerichteter Vorgang, sondern das Resultat permanenter Aushandlungen im Rahmen medizinischer Institutionalisierungs-Prozesse.<sup>244</sup> Lange Zeit behielten die etablierten Konventionen einen improvisierten Charakter bei und blieben störungsanfällig. Eine Evaluation der Transplantations-Abteilung des Genfer Universitätsspitals von 1990 kam zum Schluss, dass gegenwärtig keine interne Prozedur existiere, die es erlaube, klar festzulegen, wer was wann mache. Beispielsweise sei der Zeitpunkt der Todeserklärung unklar – eine Problematik, die in den beiden oben beschriebenen Fallbeispielen bei Angehörigen für Irritation gesorgt hatte.<sup>245</sup>

## Arbeitsteilung

Nicht nur der Hirntod, sondern der gesamte Prozess der Organspende wurde bis in die 1980er Jahre reglementiert – in krankenhaus-internen oder allgemeinen Merkblättern und Leitfäden sowie in den medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW, die sich als übergeordnet und für alle verbindlich verstanden.<sup>246</sup> Die Verantwortlichen versuchten so, ein konformes und fehlerfreies Handeln der beteiligten medizinischen Akteure sicher zu stellen. Dies geschah im Bewusstsein, dass »die allgemeine Zustimmung zur Organtransplantation und Organspende wesentlich von der Art ihrer Durchführung, von sachgerechter Information der Öffentlichkeit und der ihr vermittelten Sicherheit vor jeglichen Fehlern oder Missbräuchen der Transplantationstätigkeit abhängt« – wie es im von einer Berner Operationsschwester verfassten praktischen Leitfaden für das Operationspersonal bei Organtransplantationen von 1992 heißt.<sup>247</sup>

Die zwei wichtigsten Regelungen für die Organbeschaffung hatten sich schon früh etabliert: die Arbeitsteilung und die Anonymisierung. Erstere wurde bereits in den SAMW-Richtlinien von 1969 festgeschrieben, wo festgehalten ist, dass diejenigen Ärzte, welche den Hirntod feststellen, vom Transplantationsteam unabhängig sein müssen.<sup>248</sup> Auch alle weiteren SAMW-Richtlinien zur Transplantation und zur Todesfeststellung enthalten diese Forderung. 1996 verlangen sie: »Ärzte, die einem Transplantationsteam angehören, dürfen bei der Feststellung des Todes nicht mitwirken und ihre den Sterbenden betreuenden Kollegen nicht unter Zeitdruck setzen oder anderweitig zu beeinflussen suchen.«<sup>249</sup> Diese Regel der Arbeitsteilung stellte eine Reaktion auf krankenhaus-interne Konflikte dar, die sich, wie weiter oben beschrieben, im Topos des »Nierengeiers« verdichteten. Sie ist deshalb so wichtig, weil sie die

zweite der beiden weiter oben erwähnten für die Organspende grundlegenden Gewissheiten schaffen soll: Sie dient dazu, auf einer formalen Ebene den Verdacht zu entkräften, dass ein Patient aufgrund des Interesses der Transplantationsmedizin an seinen Organen frühzeitig für Tod erklärt werden könnte.<sup>250</sup>

Über die Garantierung von Interessen-Neutralität hinaus diene diese vorgeschriebene Rollenteilung aber auch der emotionalen Entlastung der Ärzte. Diese entlastende Wirkung beschreibt ein Genfer Transplantations-Chirurg in seiner Antwort auf die Frage, ob ihn das Wissen um die Herkunft der Transplantate belaste:

»Natürlich belastet uns dieses Wissen. Wir sind uns – wie gesagt – sehr wohl bewusst, dass immer jemand unter tragischen Umständen sterben muss, bevor wir versuchen können, das Leben eines unserer Patienten zu retten. Das erfüllt uns mit Trauer. Im Übrigen: Damit weder das Ärzteteam, das um das Leben eines Unfallopfers kämpft, noch jenes, das einen Kranken nur mit einer Organübertragung retten kann, in einen moralischen Clinch kommt, wird die Transplantationsabteilung jeweils erst nach dem Ableben eines Patienten anvisiert. Wir Ärzte wählen den Zeitpunkt für eine Organübertragung somit nie selber. [...] Das belastet uns zwar. Es entlastet uns aber gleichzeitig auch.«<sup>251</sup>

Die Chirurgen, die den Spender bei der Organentnahme aufschneiden, mussten dank der strikten Arbeitsteilung keine Verantwortung für dessen Schicksal tragen. Sie treten an einen anonymen, meist abgedeckten Toten heran, zu dem sie als Person – anders als das Personal der Intensivstation – keinerlei Beziehung aufbauen konnten. Während die Person des Spenders für sie weitgehend im Dunkeln bleibt, entwickeln sie eine Beziehung zum Empfänger, dem sie mit dem neuen Organ helfen. Stärker mit dem Spender konfrontiert sind die Operationspflegenden, da sie ihn vor und nach der Operation ohne Abdeckung als »ganzen Menschen« sehen.<sup>252</sup>

Dem Personal der Intensivstation wiederum blieb es in der Regel erspart, das Aufschneiden ihrer Patienten und ihre Verwandlung in eine Leiche miterleben. So zeigte sich eine Pflegende in einer Intensivstation eines nicht-transplantierenden Krankenhauses dankbar, dass die Hirntoten zur Organentnahme ins nächste Universitätsspital überführt werden: »Da fällt für uns vom Pflegerischen her eine grosse Belastung weg. Denn ich finde das schon sehr belastend.«<sup>253</sup> Zudem konnten in den Intensivstationen die Ärzte die Verantwortung bei der Todesdiagnose zumindest teilweise an externe Experten abgeben. Die SAMW-Richtlinien von 1969 sahen das Hinzuziehen eines Neurologen oder Neurochirurgen vor;<sup>254</sup> die Richtlinien von 1983 forderten eine Bestätigung der Diagnose durch einen unabhängigen Arzt;<sup>255</sup> und die Richtlinien von 1996 verlangten, dass die zweite Beurteilung durch einen unabhängigen Beutachter erfolgen muss.<sup>256</sup>

Die zeitliche wie aufgabenorientierte Arbeitsteilung entlastet also die medizinischen Akteure, indem sie den Prozess der Organentnahme und die mit ihm verbundenen Verantwortlichkeiten auf mehrere Akteure aufteilt. Sie ermöglicht es dem medizinischen Personal, sich auf einzelne, isolierte Aufgaben zu konzentrieren und den gesamten Zusammenhang der Verwandlung von Personen in medizinische Ressourcen auszublenden.<sup>257</sup> In einer diskurstheoretischen Perspektive bedeutet das: Die Arbeitsteilung entlastet, weil sie Ordnung im Reden über die Organspende schafft; sie erlaubt es, den Spender und seine Organe einem isolierten Diskursfeld mit einem entsprechenden Körperbild zuzuordnen, womit die im Prozess der Organspende angelegte Konfusion widersprüchlicher Körperdeutungen verhindert wird.

Die Kehrseite der Arbeitsteilung bestand darin, dass sie die Gesamtkoordination einer Organtransplantation erschwerte. Zudem bot die Garantie der Interessen-Neutralität wenig Gewähr, dass sich das Personal auf der Intensivstation aktiv um die Identifizierung von potentiellen Organspendern kümmert. Eine Antwort auf diese Probleme stellte die Schaffung einer neuen Funktion dar: Ab 1988 stellten die Transplantationszentren und auch das Regionalspital Lugano sogenannte lokale Transplantations-Koordinatoren ein.<sup>258</sup> Sie gehörten nicht einer bestimmten Abteilung des Spitals an, sondern repräsentierten gleichsam das Gesamtinteresse der Organtransplantation. Dementsprechend hatten sie die Aufgabe, die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure mit ihren unterschiedlichen Perspektiven zu harmonisieren. Sie engagierten sich zudem für die Propagierung der Organspende bei Medizinerinnen und Laien, waren für die Erfassung der potentiellen Organspender zuständig und waren an der Betreuung ihrer Angehörigen beteiligt.<sup>259</sup>

## Anonymität

Eine weitere elementare Regel der Transplantationsmedizin ist die Gewährleistung der gegenseitigen Anonymität von Spender und Empfänger. Sie wurde – wie weiter oben dargestellt – bereits anlässlich der ersten Herzverpflanzung 1969 in Zürich groß geschrieben und war Bestandteil der beiden SAMW-Richtlinien zur Transplantation von 1981 und 1995.<sup>260</sup> Das Anonymitäts-Gebot solle die Belastung von Spender und Empfänger mit »irrationalen, sentimentalen oder aus fast magischen Vorstellungen stammenden Emotionen« verhindern und darüber hinaus ihre Privatsphäre und Würde schützen – so die Begründung eines Arztes in einem Aufsatz von 1968.<sup>261</sup>

Die entlastende Funktion präziserte der bereits oben zitierte Genfer Chirurg wie folgt: Der Empfänger dürfe nie erfahren, wer der Spender war und wie er gestorben ist, weil ihn dieses Wissen nur unnötig belasten würde.<sup>262</sup> Und ein Zürcher Arzt erklärte, die Anonymität sei auch deshalb wichtig, weil die Empfänger sonst unter Umständen das Gefühl bekommen könnten, sie

stünden in der Schuld der Familie des Spenders.<sup>263</sup> Die Anonymisierung sollte also den Empfänger schützen, indem sie »seinen« Spender als konkrete Person zum Verschwinden bringt. Sie sollte es ihm ermöglichen, der Auseinandersetzung mit einem konkreten Todesfall und konkreten Hinterbliebenen aus dem Weg zu gehen. Die Auseinandersetzung mit der Herkunft des neuen Organs kann dann im Hinblick auf einen imaginären Ideal-Spender stattfinden.<sup>264</sup> Wichtig ist es, so zeigen Aussagen von Empfängern, dass die Spende als freiwilliges und solidarisches Geschenk vorgestellt werden kann.<sup>265</sup>

## Die Regulierung der Subjektivität der beteiligten Akteure

Die Vertrauensbildung für die Organspende konzentrierte sich bis in die 1980er Jahre auf die Homogenisierung und Objektivierung des medizinischen Wissens (vor allem über den Hirntod) sowie auf die Reglementierung und Standardisierung der Handlungsabläufe. In den 1990er Jahren rückte die sozialpsychologische Dimension in den Fokus – das als subjektiv empfundene, nicht-kooperative Verhalten der beteiligten Individuen, das den reibungslosen Ablauf der standardisierten Prozesse störte.<sup>266</sup>

Die Transplantationsmedizin reagierte damit auch auf Kritik aus den eigenen Reihen: Wie ich im vorausgehenden Teilkapitel gezeigt habe, hatte vor allem das Pflegepersonal zu Beginn der 1990er Jahre gefordert, den belastenden ethischen und psychologischen Aspekten der postmortalen Organspende mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Gleichzeitig – und das ist entscheidend – wuchs das Bewusstsein, dass emotionale Irritationen einer erfolgreichen Organbeschaffung sowohl kurz- als auch längerfristig schädlich sind. Damit stieg die Dringlichkeit, diesen Störfaktoren zu begegnen. Ich werde mich im Folgenden den in erster Linie kommunikativen Strategien zuwenden, mit denen das Denken, Empfinden und Handeln der beteiligten Akteure an den Prozess der Organspende angepasst werden sollte. Zuerst gehe ich auf die medizinischen Akteure, danach auf die Angehörigen ein.

Wie in den vorangehenden Teilkapiteln erläutert, konnte das medizinische Personal durch Passivität oder nicht-konformes Verhalten den Erfolg der Organspende gefährden. Diverse Studien, die ab Ende der 1980er Jahre in der Schweiz durchgeführt wurden, kamen zum Ergebnis, dass das medizinische Personal zur Organspende häufig ambivalent oder gar kritisch eingestellt war.<sup>267</sup> Vor allem im Pflegesektor witterten die Verantwortlichen in den Interessensvertretungen der Transplantationsmedizin Skepsis, Zurückhaltung und Widerstand.<sup>268</sup>

1990 läutete die Stiftung Swisstransplant unterstützt von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) eine zweite Phase der 1987 begonnenen Aufklärungs-Aktion ein, die speziell die Ärzte und das Pflegepersonal zu verbesserter Zusammenarbeit bewegen soll-

te.<sup>269</sup> Zusammen mit Massnahmen zur Sensibilisierung der gesamten Ärzteschaft<sup>270</sup> wurden in den 1990er Jahren die Bemühungen um die spezifische Aufklärung und Ausbildung des in Transplantationen involvierten Personals verstärkt.<sup>271</sup> Neben den EDHEP-Kursen, die weiter unten genauer thematisiert werden, setzten sich das 1997 unter der Ägide der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin ins Leben gerufene Donor Action-Projekt sowie die 2000 gegründete Foundation to Support Organ Donation (FSOD) für das »Sensibilisieren des Spitalpersonals in Fragen der Organspende in der Anästhesie-, Intensiv- und Notfallmedizin« und für die »praktische Unterstützung von interessierten Spitälern, im Besonderen bei der Ausbildung von Pflegepersonal« ein.<sup>272</sup>

Der Zweck der Aufklärungs- und Bildungsinitiative bestand darin, den medizinischen Akteuren ein einheitliches Deutungsangebot, einen gemeinsamen Interpretationsrahmen, eine kollektive Sprache zur Verfügung zu stellen, mit deren Hilfe sie den Prozess der Organspende als vernünftigen und sinnvollen symbolisieren und sich über ihn verständigen konnten. Dabei lassen sich zwei Deutungsebenen unterscheiden: eine medizinisch-naturwissenschaftliche und eine moralische. Neben der Erklärung wissenschaftlicher Konzepte wie etwa des Hirntods umfassten die Bildungsbemühungen auch die moralische Begründung der Organspende.

### »Ethik mit Fernrohr«

Diese moralische Deutung etablierte ein neuartiges, transplantationsmedizinisches Ethos, das die Verantwortung für den Empfänger herausstellt: Dem in die Organspende involvierten Personal komme eine neue Form der ärztlichen Verantwortung zu, stand im Manuskript eines Merkblatts der Spitäler von Genf und Zürich für die Organisation von Organentnahmen von 1991. Sie ende nicht mit dem Tod des Patienten, sondern beinhalte darüber hinaus die Rettung und den Schutz seiner Organe, die mehreren Patienten das Leben zurückgeben könnten. Jeder Arzt, jede Krankenschwester, trage einen Teil der Verantwortung im Vollzug der von der Organspende ausgehenden Solidaritätskette.<sup>273</sup> Angesichts der Verantwortung für den Empfänger, so die zentrale Botschaft, müssen alle anderen Interessen zugunsten einer effizienten Zusammenarbeit in den Hintergrund treten: Mehr noch als bei anderen Eingriffen, so heisst es im Nachwort eines praktischen Leitfadens für das Operationspersonal von 1992, komme es in der Transplantationsmedizin auf das Teamwork, das Zusammenspiel aller daran Beteiligten an – wovon letztlich der Patient profitiere, dessen Wohl bei allen an erster und oberster Stelle stehen müsse.<sup>274</sup>

Der Tessiner Chirurg Martinoli sprach in diesem Zusammenhang von einer »Ethik mit Fernrohr«:<sup>275</sup> Die medizinische Praxis der Organspende beim Spender wird sinnstiftend umgedeutet zur Pflege des Empfängers, die Emo-

tionalität vom Spender auf den Empfänger umgeleitet.<sup>276</sup> So erklärten zwei Lausanner Pflegende: »Das Pflegepersonal kümmert sich eigentlich um die zukünftigen Transplantationspatienten; denn sie sind die wirklichen Nutzniesser der aufwendigen Pflege eines Hirntoten.«<sup>277</sup> Auch eine andere Intensiv-Pflegende berichtete, dass ihr die therapeutische Pflege des Hirntoten »vom Sinn her« keine Mühe mache, da es rein um die Erhaltung des Organs für den Empfänger gehe.<sup>278</sup> Die Vergewärtigung des Empfängers diene dazu, die schwierige Arbeit mit einem sinnvollen Ziel zu rechtfertigen.

Dabei erwies sich die oben beschriebene Arbeitsteilung mit der Trennung der Betreuung von Spender und Empfänger als nachteilig. Sie würden gerne mehr davon wissen, wer am Schluss als Organempfänger Nutzen von der belastenden Vorarbeit gehabt habe, gaben Basler Intensiv-Pflegende 1992 an einem Symposium zu Protokoll.<sup>279</sup> Und Ärzte des Kantonsspitals Aargau schrieben im selben Jahr: »Ein Beitrag zur Ertragsseite wäre ein Feedback über die erfolgreiche Transplantation ›unserer‹ Organe. Er wäre motivierend für alle Beteiligten, für das psychisch belastete Pflegepersonal und beste Grundlage für die nächste Organspende.«<sup>280</sup> Es zeigt sich die Ambivalenz des Anonymitäts-Gebots: Einerseits gewährt es vor allem dem Empfänger und seinen Betreuern emotionalen Schutz, andererseits erschwert es den medizinischen Betreuern des Spenders und auch dessen Angehörigen, eine sinnvermittelnde Brücke zum Empfänger zu schlagen.

Die transplantationsmedizinische Verantwortlichkeits-Rhetorik,<sup>281</sup> die mit einem großen Konformitätsdruck einherging, wurde nicht von allen medizinischen Akteuren ohne Widerstände verinnerlicht. So distanzierte sich der Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) 1990, wie bereits weiter oben erwähnt, aufgrund ethischer Bedenken von der von FMH und SRK unterstützten Organspende-Kampagne von Swisstransplant. Er focht die Deutung der Organspende als ethisch unproblematischen Dienst am Empfänger an: Die Würde aller Beteiligten sei bedroht durch den hohen Bedarf an Organen, durch die beschränkte Zeit, die für Entnahme und Transplantation zur Verfügung stehe, und durch das Prestige, das oft mit Organtransplantationen verbunden sei.<sup>282</sup>

Die Deutung der Organspende war innerhalb des medizinischen Dispositivs umkämpft und mit ihr auch die Deutungshoheit. Mit seiner Intervention stellte der SBK auch das Deutungsmonopol der Transplantationsärzte in Frage, ihren Anspruch, den Sinn der Organspende festzulegen. Das umkämpfte semantische Spannungsfeld, in dem sich das Pflegepersonal bewegte, deutet sich etwa im Hinweis der Redaktion der Zeitschrift *Krankenpflege* an, dass sie mit ihrer Schwerpunktnummer zur Organtransplantation im September 1990 offenbar ein »heisses Eisen« angefasst habe: »[...] die Recherchen wurden uns nicht leicht gemacht, Interviewpartner stellten sich nur zögernd zur Verfügung, Fragen, vor allem nach der eigenen Einstellung, wurden nur vage



beantwortet, gemachte Aussagen wieder zurückgenommen«. <sup>283</sup> Im gesamten Untersuchungszeitraum blieb die Integration des Pflegepersonals in die Organisation und den kollektiven Deutungshorizont der Transplantationsmedizin ein prekäres Unterfangen, das als stete Herausforderung wahrgenommen wurde. <sup>284</sup>

## Die Befragung der Angehörigen setzt sich durch

Im Fokus der Verantwortlichen standen neben den Pflegenden aber in erster Linie die Angehörigen des Spenders. Der Kontakt mit ihnen wurde als Schwachstelle in der Kette der Handlungen rund um eine Organtransplantation wahrgenommen. <sup>285</sup> Der Tessiner Arzt Sebastiano Martinoli etwa betonte, alles hänge davon ab, wie man mit den Angehörigen umgehe. <sup>286</sup>

Die Bedeutung der Angehörigen war insofern zentral, als dass sie gewöhnlich über die Organentnahme entscheiden konnten. Während in den 1970er Jahren die Zustimmung der Angehörigen wohl nur in den Spitälern in Bern, Genf und mit Einschränkungen auch in Zürich regelmäßig eingeholt wurde, <sup>287</sup> so setzte sich das routinemäßige Fragen im Laufe der 1980er Jahre offenbar an allen Krankenhäusern durch. <sup>288</sup> Laut einer Recherche der *Basler Zeitung* an den sechs Transplantationszentren von 1989 versicherten die Ärzte in Bern und St. Gallen, immer die Zustimmung der Verwandten zu verlangen. Gemäß einer dienstlichen Anweisung sei in Lausanne der Meinung der Familie Rechnung zu tragen, sofern diese schnell in Erfahrung zu bringen sei. In Genf und Basel würden die Ärzte der Familie die Gründe für eine Entnahme erläutern und darauf verzichten, wenn sich Widerstand bemerkbar mache. Einzig Zürich gehe genau nach Gesetz vor und konsultiere die Familie des Verstorbenen nicht. <sup>289</sup> Gegenüber der *Weltwoche* hatte allerdings Felix Largiadèr, Vorsteher des Departements Chirurgie am Zürcher Universitätsspital, zwei Monate früher behauptet, dass die Organentnahme ohne ausdrückliche Erlaubnis nur in den seltensten Fällen praktiziert werde. Wenn immer möglich würden die Angehörigen um die Zustimmung gebeten. <sup>290</sup>

Die Praxis passte sich also nicht der gesetzlichen Regelung an: Viele Ärzte entschieden sich für eine Befragung der Angehörigen, obwohl diese vom Gesetz nur in wenigen Kantonen vorgeschrieben wurde. <sup>291</sup> Die Diskrepanz zwischen den rechtlichen Rahmenbedingungen und der ärztlichen Praxis ist erklärungsbedürftig: Weshalb nutzten immer weniger Ärzte und Krankenhäuser die Freiheiten der Widerspruchsregelung, für die sie sich mehrheitlich eingesetzt hatten und für die sich viele auch noch in den 1990er Jahren stark machten?

Bis in die 1980er Jahre explizierten die Mediziner ihre Motive nur selten. Später begründeten sie ihre Praxis verschiedentlich mit dem Argument, das einige Ärzte bereits um 1970 gegen die Widerspruchsregelung angeführt hatten:

Eine autoritative und paternalistische Praxis der Organentnahme ist kontraproduktiv, da sie das Vertrauen, auf das die Transplantationsmedizin angewiesen ist, unterminiert.<sup>292</sup> Die dargestellte Entwicklung der Entnahme-Praxis zeigt, dass sich diese Überzeugung im Laufe der 1980er Jahre fast bei allen Transplantations-Medizinern durchgesetzt hat. Die Widerspruchslösung werde seit Jahren nicht mehr praktiziert, erzählte ein Zürcher Transplantationschirurg 1999, weil sie dem Grundgefühl der Bevölkerung widerspreche.<sup>293</sup>

Dieses »Grundgefühl« hatte sich seit 1970 also in einer Weise entwickelt, welche die oben beschriebene Tendenz zur kritischen Hinterfragung des ärztlichen Paternalismus noch akzentuierte. So avancierten etwa in der Bioethik, die sich ab den 1970er Jahren weltweit und auch in der Schweiz zunehmend als ethisches Reflexionsorgan der Biomedizin in der Übergangszone von Medizin, Politik und Gesellschaft etablierte und institutionalisierte,<sup>294</sup> die Prinzipien der Selbstbestimmung und der Patientenautonomie zu normativen Leitideen.<sup>295</sup> Diese fanden ihren Ausdruck im praktischen Prinzip der »informierten Einwilligung« (»informed consent«), das ab den 1970er Jahren in der klinischen Medizin als Standard akzeptiert wurde. Dieses Prinzip wurde zwar auch von Medizinern vorangetrieben, ist aber nicht direkt aus der traditionellen medizinischen Standesethik hervorgegangen und galt manchen Ärzten lange Zeit als von »außen« – von Ethik und Recht – oktroyierte Einschränkung.<sup>296</sup>

Vor diesem Hintergrund wird die Haltung der Schweizer Ärzte zur Organentnahme verständlich: Sie passten ihre Praxis dem gesellschaftlichen Trend zur Patienten-Selbstbestimmung an – im wachsenden Bewusstsein, dass eine effiziente Organbeschaffung ohne das Vertrauen der medialen Öffentlichkeit längerfristig nicht möglich ist. Trotzdem setzen sich viele im Bereich der Transplantation tätigen Ärzte auch in den 1990er Jahren in der Diskussion um das nationale Transplantationsgesetz dafür ein, dass die ihnen bisher vom Gesetz zugestandenen Freiheiten nicht weiter eingeschränkt würden.

## Optimierung der Angehörigen-Betreuung

Auch die Praxis, die Angehörigen um die Einwilligung zur Organspende zu bitten, war also Teil der Bemühungen der transplantationsmedizinischen Akteure um Vertrauensbildung. Gleichzeitig erhöhte sie die Bedeutung der Angehörigenbetreuung, da skeptische, irritierte oder frustrierte Angehörige mit ihrer Verweigerung eine Organspende verhindern konnten. Ab den 1990er Jahren wurden unterschiedliche Strategien propagiert, welche die Konflikte mit Angehörigen reduzieren sollten.

Einerseits wurde bei der Organisation der Organspende neben den medizinisch-technischen Gesichtspunkten zunehmend auch die psychologische Dimension berücksichtigt. Das Vorgehen wurde den Bedürfnissen der Angehörigen angepasst, selbst wenn dies einer effizienten Organisation widersprach.

So wurde empfohlen, den Spender in einem Regionalkrankenhaus zur Organentnahme wenn möglich nicht in ein Zentrum zu verlegen, um ihn nicht von seinen Angehörigen zu entfernen – nur aus »ethisch-moralischen Gründen und im Interesse der Angehörigen«, wie Ärzte des Kantonsspitals Aarau unterstrichen, denn eine Verlegung würde eigentlich organisatorisch einfacher und die beste Problemlösung sein.<sup>297</sup> Nach der Entnahme sollte die Leiche zudem sorgfältig wiederhergestellt werden, und die Angehörigen sollten sich ohne Zeitdruck und in würdiger Umgebung vom Verstorbenen verabschieden können.<sup>298</sup> Damit wurde der Ablauf der Spende – so weit wie möglich – der kulturell etablierten Form des Trauerrituals der Angehörigen angepasst.

Andererseits wurde eine »Professionalisierung« der Angehörigen-Betreuung angestrebt. Die beiden Mitte der 1990er Jahre publizierten SAMW-Richtlinien zur Transplantation und zur Todesfeststellung wiesen ebenso wie andere Merkblätter für das medizinische Personal auf die Bedeutung des angemessenen ethischen und psychologischen Verhaltens der Ärzte und Pflegenden hin. Dabei sollte bei den Angehörigen der Eindruck vermieden werden, dass der Sterbende wie eine Sache von einer Instanz zur anderen verschoben werde.<sup>299</sup> Dafür sollte eine enge Begleitung der Angehörigen sorgen:

»Bei der Vorbereitung einer Organentnahme sind die Gefühle der Angehörigen durch die allgemeinen Umstände des Todes besonders belastet. Die den Sterbenden betreuenden Ärzte sollten deswegen einen einzigen, konstanten und kompetenten Ansprechpartner bestimmen. Dieser sollte mit den Betroffenen die unvermeidlichen Wechsel im Personal, den Sinn gewisser Untersuchungen an dem bereits als verstorben erklärten Angehörigen und die Gründe für eine allenfalls notwendig werdende Verlegung in eine andere Klinik besprechen und erklären. Diese Person sollte auch für die sonstigen Nöte und Bedürfnisse der Betroffenen zur Verfügung stehen. Die bei den Eingriffen beteiligten Ärzte müssen darüber orientiert sein. Sie sollten Gespräche mit den Angehörigen nach Möglichkeit dieser festen Bezugsperson delegieren oder in deren Anwesenheit führen. Dadurch können Missverständnisse verhütet und der Verlust von vielem guten Willen bei Angehörigen und in der Bevölkerung vermieden werden.«<sup>300</sup>

Das Betreuungs-Management wird hier – und das ist bemerkenswert – offen als Mittel zum Zweck ausgewiesen: als Beitrag zur Konfliktvermeidung und Imagepflege. Im Vordergrund steht die Intensivierung und Kanalisierung der Kommunikation zur Vermeidung von Irritationen. Der Ansprechpartner hat die schwierige Aufgabe, den Angehörigen den Prozess der Organspende zu erklären. Er soll den medizinisch-technischen Diskurs in die Alltags-Sprache der Angehörigen übersetzen bzw. versuchen, das für sie Unbegreifbare mit Sinn zu füllen. Dabei müssen die unterschiedlichen Modelle und Vorstellungen von Körper und Sterben vermittelt werden. Diese Übersetzungsleistung soll die

Kluft zwischen der Praxis der Organgewinnung und den emotionalen Erwartungen der Angehörigen schließen.

Die Kommunikation mit den Angehörigen wurde als große Herausforderung der Organbeschaffung bestimmt: »Le défi, dans les petits hôpitaux, est de gagner la guerre de la communication, soit prendre en charge les familles de donneurs, leur parler avec délicatesse au moment du deuil, leur poser ouvertement la question du don d'organes«, erklärte Martinoli.<sup>301</sup> Brennpunkt des Kommunikations-Kriegs im Spenderkrankenhaus war das Gespräch mit den Angehörigen, das einerseits die Todesmitteilung und andererseits die Frage um die Spende beinhaltete. Immer wieder wurde die Wichtigkeit dieses Gesprächs hervorgehoben und darauf hingewiesen, dass es für beide Seiten sehr belastend sei.<sup>302</sup> Die Angst des medizinischen Personals vor der schwierigen Gesprächssituation, so vermutete Martinoli, sei mit ein Grund dafür, dass nicht-transplantierende Krankenhäuser mögliche Organspender nur sehr zurückhaltend melden würden.<sup>303</sup>

Als ein Lösungsansatz für dieses Problem kann der Spenderausweis gesehen werden, der 1987 von der Stiftung Swisstransplant lanciert wurde. Der Ausweis lässt das Gespräch um die Einwilligung hinfällig werden, oder vereinfacht es zumindest stark, da er den Willen des Verstorbenen dokumentiert. Der Entscheidungskonflikt wird dabei zeitlich vorverschoben und individualisiert.<sup>304</sup> Ein Spenderausweis, so erklärten Ärzte und Pflegende, erleichtere die Situation für alle Beteiligten.<sup>305</sup> Aus denselben Gründen regten die Kampagnen für die Organspende die Bevölkerung auch an, mit den Angehörigen rechtzeitig über die Organspende zu sprechen.<sup>306</sup>

## Den Kommunikations-Krieg gewinnen

Da nur in den wenigsten Fällen ein Spenderausweis vorhanden war, setzte die Transplantationsmedizin ab den 1990er Jahren auf eine gezielte Ausbildung des medizinischen Personals mit dem Ziel, das Angehörigen-Gespräch emotional zu entschärfen und besser zu kontrollieren. 1991 wurde auf Initiative der Stiftung Eurotransplant das European Donor Hospital Education Programme (EDHEP) geschaffen. Es sollte Pflegenden, Ärzten und Transplantationskoordinatoren Sicherheit im Umgang mit trauernden Angehörigen und bei der Bitte um die Organspende vermitteln. Ab 1994 wurden auch in der Schweiz EDHEP-Kurse unter dem Patronat von Swisstransplant angeboten, wobei ein auf die spezifischen Umstände der Schweiz zugeschnittenes Bildungsprogramm erarbeitet wurde.<sup>307</sup> Gesponsert wurde das Bildungsprogramm vom Schweizer Pharmaunternehmen Sandoz.<sup>308</sup>

Die EDHEP-Seminare verfolgten zwei zusammenhängende Ziele: Einerseits dienten sie dazu, beim medizinischen Personal eine positive Einstellung zur Organtransplantation zu fördern. So fand im ersten Kursteil eine Ausein-

andersetzung mit dem Spendermangel statt. Zudem mussten sich die Teilnehmenden mit dem Hirntod-Konzept auseinandersetzen und die eigene Einstellung dazu reflektieren.<sup>309</sup> Andererseits wollte das Programm – unter anderem mittels simulierten Gesprächen – die Fähigkeit zur Kommunikation verbessern, das Empfinden für die Bedürfnisse trauernder Angehöriger entwickeln und aufzeigen, wie man eine Bitte um Organspende vorbringt. Darüber hinaus bot es Unterstützung für die Entwicklung und Einführung von krankenhaus-internen Leitfäden für den Umgang und die Betreuung trauernder Familien.<sup>310</sup>

Zentral für das in den Seminaren vermittelte Kommunikations-Management ist ein sensibler und empathischer Umgang mit den Angehörigen. Dabei sei es wichtig, wie die Verantwortlichen hervorhoben, den Angehörigen das Gefühl zu geben, dass ihre Entscheidung akzeptiert und respektiert werde – unabhängig davon, wie sie sich entschieden haben.<sup>311</sup> Eine neuere Studie sprach in diesem Zusammenhang von einer Personen-fokussierten Kommunikation – im Gegensatz zu einer Spende-fokussierten Kommunikation.<sup>312</sup> Noch weiter ging eine andere Studie: Die EDHEP-Kurse seien nur glaubwürdig, wenn es nicht primär darum gehe, die Rate der Organspenden zu steigern.<sup>313</sup>

Hier gilt es zu differenzieren: EDHEP zielte immer darauf ab, die Organspende-Rate zu erhöhen – darauf deutet nicht nur die Finanzierung durch die Pharmaindustrie hin. Das Programm wurde, wie dies Verantwortliche proklamierten, explizit ins Leben gerufen, um das Problem der steigenden Organspende-Verweigerungen durch Familienangehörige zu überwinden.<sup>314</sup> Das Trainingsprogramm basierte aber auf der Annahme, dass eine sensible und nicht um jeden Preis erfolgsorientierte Gesprächsführung bessere Organspende-Raten generiere. So war es das erklärte Ziel des EDHEP, »die Anzahl der Organspenden längerfristig zu erhöhen, dabei aber stets die Bedürfnisse und Wünsche der trauernden Angehörigen zu respektieren«.<sup>315</sup> Es ging also darum, das Ziel der effizienten Organbeschaffung mit dem Ziel der Konfliktvermeidung und Vertrauensbildung zu verbinden. Oder anders gesagt: Die Vertrauensbildung sollte überhaupt erst die Grundlage für eine optimale Ausschöpfung der knappen Organressourcen bilden.

Man könnte zugespitzt von einer paradoxen Strategie sprechen: Indem den Angehörigen suggeriert wird, dass die Ärzte es nicht unbedingt auf die Organe abgesehen haben, dass sie ihre emotionale Instabilität nicht ausnutzen wollen und dass sie demnach frei entscheiden können, erhöht sich die Chance auf eine Spende. Es ist also nicht abwegig, in der »Professionalisierung« der Angehörigenbetreuung den Versuch zu sehen, die Beeinflussung der Entscheidungsfindung der Angehörigen raffinierter und subtiler zu gestalten – in einer Zeit, in der eine offene, paternalistische Beeinflussung durch den Arzt nicht mehr als salonfähig galt.

## Das Trostprinzip

Die in der EDHEP-Ausbildung vermittelte Interaktionsstrategie basierte auf dem sogenannten »Trostprinzip«<sup>316</sup>. Das Programm, so heißt es in der Informations-Broschüre, stütze sich auf folgende Erfahrung des medizinischen Personals: »Die Frage nach der Organspende kann, wenn sie einfühlsam formuliert wird, ein Trost für die Familien sein, die einen geliebten Menschen verloren haben.«<sup>317</sup> Es gehe laut den Seminarunterlagen darum, zu erkennen, dass eine Organspende auch für die trauernden Angehörigen eine positive Bedeutung haben bzw. erlangen könne.<sup>318</sup> Während die auf das Erklären ausgerichtete Kommunikation auf eine Entemotionalisierung der Organspende durch die Kognitivierung des Geschehens abzielt, geht dieses Konzept des Emotions-Managements weiter: Die Emotionalität wird nicht in erster Linie verdrängt, sondern umgedeutet und positiv besetzt.

Als Reaktion auf negative Erfahrungsberichte von Angehörigen, denen wir im letzten Teilkapitel begegnet sind, kam die Idee auf, die Betreuung der Angehörigen auch nach der Transplantation fortzusetzen. So wurde der Vorschlag laut, den Angehörigen im Nachhinein unter Wahrung der Anonymität im Namen des Empfängers für die Spende zu danken. Die trauernden Hinterbliebenen, so schrieb ein Arzt eines Kantonsspitals, würden durch ein »offizielles« Dankeschreiben vielleicht Trost und Bestätigung der Richtigkeit in ihrem Entscheid zur Organspende erfahren, was der allgemeinen Akzeptanz der Organspende sicher dienlich wäre.<sup>319</sup> Das Dankeschreiben sollte das entlastende Deutungsmuster verstärken, das die Spende als edle und lebensrettende Hilfe für den Empfänger konzipiert. Diese Bemühungen, das Spende-Ereignis positiv zu markieren, entsprachen einerseits einem Bedürfnis der Angehörigen und zielten andererseits – wie der Arzt betonte – auf die Erhöhung der Spendebereitschaft ab.

Sebastiano Martinoli praktizierte diese Form der Nachbetreuung der Angehörigen bereits Anfangs der 1990er Jahre. Er bedankte sich nach jeder Entnahme schriftlich bei den Angehörigen und informierte sie über die Transplantation der entnommenen Organe. Zur Begründung wies er darauf hin, dass viele Angehörige es als Trost empfänden, dass der traurige Tod ihres Nächsten einem anderen Kranken helfen konnte.<sup>320</sup> Martinoli ging laut NZZ soweit, dass er die Angehörigen nach der Transplantation immer wieder über den Gesundheitszustand des Organempfängers informierte.<sup>321</sup> Eine derartige Strategie ist aber ambivalent: Die Fixierung auf das Schicksal des Empfängers kann gefährlich sein, da ein allfälliges Versagen des Transplantats und der Tod des Empfängers die Motive des Helfens und des Weiterlebens grundsätzlich unterlaufen.<sup>322</sup>

Auch die Stiftung Swisstransplant entschloss sich, unter Einhaltung der Anonymität den Brückenschlag vom Spender zum Empfänger zu forcieren.

Sie versandte standardisierte Briefe an die Spenderfamilie und bot ihr an, sie über den Ausgang der Transplantation zu informieren. Zudem ermöglichte sie den Empfängern, sich mit einem anonymen Schreiben bei den Angehörigen des Spenders zu bedanken.<sup>323</sup>

## Freiheit und Macht

Die Geschichte der Organspende, so hat dieses Teilkapitel gezeigt, ist auch eine Geschichte der fortlaufenden Versuche ihrer Legitimierung: Neben die Produktion von standardisierten und scheinbar objektiven Wissensbeständen, Handlungsroutrinen und Reglementierungen, die gleichzeitig der Vertrauenssicherung wie der emotionalen Entlastung aller Beteiligten dienten, traten in den 1990er Jahren Kommunikations-Strategien, die das Spendegeschehen für die Angehörigen einerseits übersetzen und andererseits als emotional positiv markieren sollten. Diese Entwicklung spiegelt das wachsende Bewusstsein der Transplantationsmedizin, dass auch Faktoren außerhalb der medizinisch-wissenschaftlichen Logik ernst genommen werden müssen.

Angesichts der Tendenz, die Angehörigen um ihre Einwilligung zu bitten, sie offen über das Geschehen aufzuklären, auf ihre Einsicht zu setzen und ihnen eine freie Entscheidung ohne Druck zu ermöglichen, kann man auch von einer Abkehr von paternalistischer und autoritativer Fremdbestimmung zugunsten der Prinzipien der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Rahmen des transplantationsmedizinischen Dispositivs sprechen.<sup>324</sup> Intensiv-Pflegende betonten zu Beginn der 1990er Jahre, dass sie die Entscheidung der Angehörigen nicht beeinflussen, und auch einen negativen Entschluss respektieren, ja sogar nachträglich unterstützen würden.<sup>325</sup> Dass die Angehörigen von der ihr zugestandenen Wahlfreiheit tatsächlich Gebrauch machten, davon zeugen die zahlreichen Verweigerungen, die der Transplantationsmedizin auch in den 1990er Jahren Sorge bereiteten.<sup>326</sup>

Gleichzeitig ist aber deutlich geworden, dass die Organspende in den 1990er Jahren keine machtfreie Praxis war. Die Kommunikation in der Intensivstation war eben auch – wie Martinoli es ausdrückte – ein »Krieg«. Störende Emotionen wurden im Dispositiv der Organspende zwar nicht unterdrückt, aber mittels Interaktions-Strategien reguliert und modelliert. Das Unberechenbare sollte so zu einem kalkulierbaren und lenkbaren Faktor gezähmt werden. Man könnte im Anschluss an Michel Foucault von einer produktiven Machttechnik sprechen, die ihre Subjekte durch ein Ensemble von Wissen und Praktiken erst hervorbringt – Subjekte, die an der Organspende freiwillig partizipieren und sie positiv bewerten.<sup>327</sup>

Für die Gespräche mit den Angehörigen gilt, was der Soziologe Nikolas Rose über zeitgenössische biomedizinische Beratung geschrieben hat: Die Berater respektieren zwar die ethischen Prinzipien der Wahlfreiheit und der

Nicht-Beeinflussung. In der Beratungspraxis werden diese ethischen Prinzipien aber zwangsläufig in Mikrotechnologien des Kommunikations- und Informationsmanagements übersetzt, die zwingend normativ und anleitend sind: »They [die Mikrotechnologien] transform the subjectivities of those who are counseled, offering them new languages to describe their predicament, new criteria to calculate its possibilities and perils, and entangling the ethics of the different parties involved.« Dabei, so Rose, verschwimmen die Grenzen von Zwang und Zustimmung.<sup>328</sup>

In dieser Sichtweise erweist sich das Regime der Selbstbestimmung im Dispositiv der Organspende als ambivalent. Der Bürger, der fähig ist, zu reflektieren und über seine Existenz zu bestimmen, ist laut Rose heute zur zentralen Ressource der Regulierung des Lebens geworden. In seiner Fähigkeit zur freien, moralischen Entscheidung kristallisiert sich die paradoxe gegenseitige Bedingtheit von individueller Freiheit und Macht, die für die heutigen biomedizinischen Praktiken so charakteristisch sei. Es handle sich nämlich, so Rose, um »eine Fähigkeit, von der man einerseits annimmt, dass sie jedem von uns zukommt, von der man aber andererseits zugleich behauptet, dass sie im Zuge aller möglichen Regulierungsmassnahmen erst hervorgebracht werden müsse«.<sup>329</sup>

Diese Regulierungsmaßnahmen setzen freilich nicht erst auf der Mikroebene der Intensivabteilung ein; die Organspende im Krankenhaus vollzieht sich nicht in einem isolierten semantischen Raum, sondern ist Teil eines größeren, bereits kognitiv-emotional vorstrukturierten diskursiven Feldes, in dem ihre Bedeutung permanent verhandelt wird. Alle Entscheidungen in der Praxis der Organspende finden unter diskursiv und normativ bereits stark vorgeprägten Rahmenbedingungen statt. Vor diesem Hintergrund sind die Aufklärungskampagnen der Transplantationsmedizin zu sehen, auf die ich in Kapitel 4 eingehen werde.

Zunächst wird es aber im folgenden Teilkapitel darum gehen, die Organisation der Organspende auf einer gesamtschweizerischen Ebene zu untersuchen. Im Fokus steht das Unternehmen, die verschiedenen Akteure und Institutionen zu einem effizienten System der Organbeschaffung zu integrieren. Dabei werde ich zeigen, wie die Zirkulation und der Austausch der wertvollen Organressourcen die Kooperationsbereitschaft der einzelnen Akteure und damit auch die Integrationsfähigkeit des Systems auf die Probe stellen.

### 3.5 ORGANAUSTAUSCH ZWISCHEN KOOPERATION UND KONKURRENZ

»Chaque année nous perdons de nombreux donneurs potentiels parce que nous ne sommes pas organisés et que nous cordonnons pas nos efforts.« Diese



Klage trug der Vorsteher der Transplantationsabteilung des Genfer Universitätsspitals 1991 in einem Brief an Bundesrat Flavio Cotti vor, in dem er um Hilfe bei der Finanzierung einer nationalen Koordinationszentrale bat. Die aktuelle Situation sei für ein so reiches und gut organisiertes Land skandalös. »Devrons-nous continuer de laisser mourir des patients, le plus souvent jeunes, pères ou mères de famille, parce que notre structure ne permet pas qu'ils bénéficient d'un organe?«<sup>330</sup>

Die hier drastisch geschilderten Defizite in der Koordination und Organisation der Organbeschaffung in der Schweiz wurden seit Mitte der 1980er Jahre immer häufiger beklagt. Die Schweiz stehe im Bereich der Organisation und Kooperation international schlecht da – darin waren sich Bundesrat Adolf Ogi sowie der Swisstransplant-Präsident und Genfer Staatsrat Guy-Oliver Segond zu Beginn der 1990er Jahre einig.<sup>331</sup> Dass die mangelnde Kooperation zu dieser Zeit in den Fokus rückte, hat mitunter zwei Gründe: Einerseits verkomplizierte die Ausweitung der Transplantation auf weitere Organe neben der Niere die Organisation der Organbeschaffung. Sogenannte Multiorganspenden, bei denen einem Spender mehrere Organe entnommen wurden, bedingten eine aufwendige Koordination: Alle Organe mussten meist verschiedenen Empfängern zugeordnet und zugestellt werden. Oft reisten Transplantationsteams aus den Empfänger-Krankenhäusern an, um die entsprechenden Organe gleich selber zu entnehmen. Andererseits drängte die gleichzeitige Abnahme der Spenderzahlen zur Optimierung des Beschaffungssystems.

Fasst man die Organbeschaffung in einer weiteren Perspektive auf als den gesamten Verlauf von der Spendererkennung bis hin zur Ankunft des Organs beim Empfänger, so geht sie über den in den vorhergehenden Teilkapiteln thematisierten Prozess der Organentnahme hinaus. In der expandierenden Transplantationsmedizin der 1980er und 1990er Jahre wurde nur ein Teil der Organe in demselben Krankenhaus implantiert, das zuvor den Spender detektiert hatte. Einerseits entnahmen auch Krankenhäuser Organe, die selber keine Transplantationen durchführten. Andererseits tauschten die sechs Schweizer Transplantationszentren untereinander gegenseitig Organe aus. Organe zirkulierten also nicht nur zwischen unterschiedlichen Akteuren sondern auch zwischen unterschiedlichen Institutionen – innerhalb der Schweiz sowie über die nationale Grenze hinweg. Die Zusammenarbeit der Schweizer Krankenhäuser bei der Organbeschaffung soll im Folgenden untersucht werden, wobei zunächst das Verhältnis der Transplantationszentren untereinander und danach das Verhältnis zwischen den Transplantationszentren und den nichttransplantierenden Krankenhäusern in den Blick genommen wird.

Grundlage der Zusammenarbeit der einzelnen medizinischen Institutionen bildete eine Spannung: Einerseits war das System der Organtransplantation mit zunehmender Ausdehnung und Differenzierung auf zentrale Instanzen angewiesen, die gleichsam das Interesse des gesamten Systems

verkörpern. Wie ich weiter oben gezeigt habe, bemühte sich etwa die SAMW als »Reflexionsorgan des Berufsstands«<sup>332</sup> um die Vereinheitlichung von Wissen und Verfahrensregeln der Transplantationsmedizin, das der Herstellung systemkonformen Verhaltens diene. Die Vertreter der Schweizer Transplantationsabteilungen organisierten sich seit 1969 in gemeinsamen Gremien, wie ich weiter unten genauer ausführen werde.

Andererseits war die Organisation der Schweizer Transplantationsmedizin in erster Linie eine Selbstorganisation. Es gab keine übergeordnete Instanz, die eine Zusammenarbeit gleichsam von »oben« anordnen und steuern konnte. Wie in anderen europäischen Ländern wurde die Transplantationsmedizin in der Schweiz anfänglich weitgehend unkoordiniert und ohne Lenkung durch Gesundheitspolitiker eingeführt und organisiert.<sup>333</sup> Die Kooperation setzte also stets ein kompatibles Interesse und einen gemeinsamen Willen der einzelnen Akteure und Institutionen voraus. Waren diese bei der Organisation der Beschaffung der knappen Organressourcen immer gegeben? Ein besonderes Augenmerk soll im Folgenden auf die Konflikte zwischen den einzelnen Institutionen gelegt werden. Ich werde versuchen, das komplexe Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz zu bestimmen, das für das Dispositiv der Organspende bezeichnend war. Dabei gehe ich der Frage nach, inwiefern dieses Dispositiv von einer ökonomischen Logik geprägt war.

## Systembildung und »HLA-Hypothese«

Der Systembildungsprozess unter den Transplantationszentren hatte schon früh eingesetzt. Seine Grundlage bildete die »HLA-Hypothese« – die Überzeugung, dass eine immunologische Übereinstimmung von Spender und Empfänger die Gefahr einer Abstoßung des fremden Organs verringern und die somit die Erfolgchance einer Transplantation erhöhen würde.<sup>334</sup> Neben der immunologischen wurde bei der Organtransplantation auch eine Kompatibilität der Blutgruppen vorausgesetzt.<sup>335</sup> Daraus ergab sich die Notwendigkeit der Schaffung eines großen Empfänger-Pools mittels eines Organaustauschs zwischen den transplantierenden Krankenhäusern. Denn je grösser der Empfänger-Pool, desto grösser erschien auch die Chance auf eine gute Übereinstimmung.<sup>336</sup> Der Organaustausch war organisatorisch sehr aufwendig: Er setzte die immunologische Typisierung sämtlicher Spender und Empfänger, einen permanenten Austausch von Daten und Geweben unter den Krankenhäusern sowie den Transport von Organen und Personen unter großem Zeitdruck voraus.<sup>337</sup>

Ende der 1960er Jahre bildeten sich in Europa überregionale und teilweise auch internationale Organisationen für den Austausch und die Vermittlung von Nieren wie Eurotransplant (1967), Francetransplant (1969) oder Scandiatransplant (1969). In der Schweiz gründeten Transplantationsmediziner 1969

eine Arbeitsgemeinschaft für Transplantationschirurgie, der neben den Spitälern in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich (und wenig später St. Gallen) für einige Jahre auch die Krankenhäuser in den deutschen Städten Freiburg und München angehörten.<sup>338</sup>

Bis 1977 war der Austausch der Nieren zwischen den Transplantationszentren sehr rege: Meist wurde über die Hälfte aller in der Schweiz entnommenen Nieren nicht am eigenen Zentrum verpflanzt, sondern an ein anderes Zentrum versandt. Danach sank der Anteil der ausgetauschten Nieren auf rund 40 Prozent, ab 1984 gar auf rund 20 Prozent und tiefer – um dann gegen Ende der 1990er Jahre wieder etwas anzusteigen.<sup>339</sup> Die tendenzielle Abnahme des Nieren-Austausches ab Ende der 1970er Jahre – die auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten war – stand vermutlich auch im Zusammenhang mit dem Anwachsen der Wartelisten. Dieses erhöhte die Chance, am eigenen Zentrum einen geeigneten Empfänger zu finden. In erster Linie spiegelt sie aber wohl die abnehmende Bedeutung der HLA-Kompatibilität, deren Wirksamkeit bereits ab Mitte der 1970er Jahre hinterfragt wurde.<sup>340</sup>

So konstatierte Felix Largiadèr in einem Aufsatz von 1976: »In bezug [sic!] auf die Gewebetypisierung müssen wir heute zugeben, dass die vor 6 Jahren mit grosser Hoffnung eingeführte serologische HLA-Typisierung die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt hat.« Die HLA-Kompatibilität habe praktisch keinen Einfluss auf das Transplantatüberleben, mit Ausnahme von verwandten und präsensibilisierten Patienten.<sup>341</sup> Bei letzteren handelt es sich um Empfänger, die aufgrund einer ungünstigen Gewebeverträglichkeit auf eine hohe HLA-Übereinstimmung angewiesen sind.<sup>342</sup> Im Jahresbericht des Basler Kantonsspitals von 1979 wurde denn auch die Vermutung geäußert, dass der abnehmende Organaustausch ein Ausdruck davon sei, dass beim nicht-sensibilisierten Empfänger eine hochgradige HLA-Übereinstimmung offenbar nicht unbedingt erforderlich sei.<sup>343</sup> Die Einführung des wirksamen immun-suppressiven Wirkstoffs Cyclosporin Anfang der 1980er Jahre trug weiter zur Relativierung der Bedeutung der HLA-Kompatibilität bei.<sup>344</sup>

Damit war die Grundlage der Zusammenarbeit der Transplantationszentren zunehmend in Frage gestellt. Der Organaustausch wurde von nun an vor allem mit der Möglichkeit begründet, auch für präsensibilisierte Patienten innerhalb nützlicher Frist passende Organe finden zu können, sowie mit der Erfordernis, dass zur Verfügung stehende Organe nicht mangels geeigneter Empfänger verloren gehen.<sup>345</sup>

## Umstrittener Organaustausch

1985 ging aus der Arbeitsgemeinschaft für Transplantationschirurgie die Stiftung Swisstransplant hervor, die neben anderen Aufgaben auch für die Koordination des Organaustauschs verantwortlich war. Der Austausch gab trotz

oder vielmehr gerade wegen seiner geringeren Notwendigkeit immer wieder Anlass zur Diskussion. Ab 1992 verfügte Swisstransplant über eine nationale Agentur, die den Organaustausch zentral koordinierte.<sup>346</sup> Ihr kam aber nicht die Funktion einer übergeordneten Instanz zu. Sie musste vielmehr die Interessen der einzelnen Zentren austarieren, in deren Dienst sie sich stellte: »[...] la Coordination nationale doit faire la preuve par l'acte et si elle ne travaillait pas de façon satisfaisante pour tout le monde, il serait possible de modifier le système«, stellte der Swisstransplant-Präsident 1993 klar.<sup>347</sup> Die Kooperation war also nicht selbstverständlich gegeben; der Organaustausch war nicht unumstritten. Deshalb war die Koordinationsstelle auch verpflichtet, Transparenz zu schaffen. Diese, wie der Swisstransplant-Präsident ausführte, sollte es erlauben, Irregularitäten zu erkennen, und so eine gegenseitige Überwachung der Transplantationszentren ermöglichen.<sup>348</sup>

Die Modalitäten des Austauschs, so zeigen die Swisstransplant-internen Quellen deutlich, waren das Resultat von permanenten Aushandlungsprozessen zwischen den Zentren. Trotz der ständigen Modifizierung der Austausch-kriterien lassen sich gewisse Grundsätze festhalten, die in den 1980er und 1990er Jahren bestimmend waren. So ging eine Niere in erster Priorität an präsensibilisierte Empfänger in der ganzen Schweiz, die auf eine hohe HLA-Übereinstimmung angewiesen waren. Bei Herz, Lunge und Leber – bei denen es kein alternatives Ersatzverfahren wie die Dialyse bei der Niere gibt – wurden die Organe primär blutgruppenkompatiblen »super-dringenden« Patienten in kritischem Zustand zugeteilt.<sup>349</sup>

Abgesehen von diesen Spezialfällen erfolgte die Zuteilung nicht an Patienten, sondern an Zentren. Dabei galt der Grundsatz »regionals first«: Ein Organ wurde, wenn möglich, in demjenigen Zentrum transplantiert, in dem es entnommen wurde. Dies sei organisatorisch praktischer und auch medizinisch sinnvoller, so lautete die häufige Begründung.<sup>350</sup> Nur wenn im eigenen Zentrum kein passender Empfänger vorhanden war, wurde das Organ anderen schweizerischen oder ausländischen Zentren angeboten. Für eine Nierenspende bedeutete das gewöhnlich: Die erste Niere ging an einen präsensibilisierten Patienten, die zweite Niere konnte im eigenen Zentrum transplantiert werden.<sup>351</sup>

Der Austausch blieb ein ständiger Diskussionsgegenstand – nicht nur, weil die genauen Kriterien den neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen angepasst werden mussten, sondern weil nicht alle Zentren mit der Regelung und der Praxis des Austauschs zufrieden waren. So wurde bereits im Jahresbericht des Kantonsspitals Basels von 1979 bemängelt, dass Basel nur fünf »schweizerische« Nieren erhalten habe. Die Tendenz einzelner Zentren, die Organe möglichst für Patienten der eigenen Dialysestationen zu verwenden, stehe vermutlich im Zusammenhang mit der Organknappheit.<sup>352</sup>

Mehrmals wurden an Jahresversammlungen der STAN (Swisstransplant Arbeitsgruppe Niere) die mangelnde Zusammenarbeit und die Nichteinhaltung der Austauschregeln durch einzelne Zentren gerügt.<sup>353</sup> 1986 führte die STAN ein Kontrollblatt für Leichennierentransplantationen ein. Darauf mussten auch die Gründe angegeben werden, weshalb eine Niere nicht verschickt wurde, obwohl aufgrund der Spender-Typisierung eine Versandpflicht an einen präsensibilisierten Spender bestanden hätte. Dies sollte einerseits der Transparenz dienen. Es müsse Gewissheit herrschen, dass die Regeln von allen exakt eingehalten würden, betonte der STAN-Präsident. Andererseits, so der Präsident, solle die Kontrolle auch dem »Frust-Abbau« für jene Zentren dienen, die keine oder wenige Nieren erhalten.<sup>354</sup>

Aus »Frust« beschwerte sich 1997 das Lebertransplantationsteam vom Inselspital Bern über eine »Asymmetrie« zu ihren Ungunsten: Bern, so berichtet das Sitzungsprotokoll, hatte 1996 die meisten Organspender, musste aber wegen Blutgruppeninkompatibilität mehrere Lebern abgeben, wobei Genf profitierte. Aufgrund der strikten alphabetischen Reihenfolge bei der Organverteilung auf die vier lebertransplantierenden Zentren sei Bern kaum je an die Spitze der Liste vorgestoßen, weshalb es trotz des größten Spenderaufkommens benachteiligt worden sei.<sup>355</sup> Auch die Reihenfolge, in der Organe, die vom eigenen Krankenhaus nicht gebraucht werden, den anderen Schweizer Zentren angeboten werden, war also Gegenstand kontroverser Verhandlungen. So wehrten sich 1992 Vertreter des Universitätsspitals Genf heftig gegen einen Vorschlag aus Zürich, demgemäß 75 Prozent der Herzen nach Zürich, und nur 15 Prozent nach Lausanne und 10 Prozent nach Genf vermittelt worden wären.<sup>356</sup>

## Die Zähmung des Verteilungskamps

Für die einzelnen Zentren war der Organaustausch offenbar eine zweiseitige Angelegenheit: Sie waren für die präsensibilisierten und dringenden Patienten auf ihrer Warteliste auf den Austausch angewiesen. Gleichzeitig gaben sie die selber entnommenen Organe nur ungern weiter. Diese Logik, die das Dispositiv des Organaustauschs bestimmte, ließe sich spieltheoretisch wie folgt beschreiben: Das Gesamtsystem, d.h. alle Zentren zusammen, hat längerfristig ein Interesse an Kooperation. Gleichzeitig haben die einzelnen Zentren aber stets einen kurzfristigen Anreiz, nicht zu kooperieren und die Organe für sich zu behalten. Diese Nicht-Kooperation wiederum schadet dem Gesamtsystem der Organbeschaffung und sorgt für Spannungen.

Um für einen Ausgleich zu sorgen und die Spannungen zu reduzieren, setzte sich im Laufe der 1990er Jahre für Nieren und Lebern die sogenannte Pay Back-Regelung durch: Zentren, die für prioritäre Empfänger Organe erhalten, müssen diese bei nächster Gelegenheit dem offerierenden Zentrum

»zurückerstatten«, falls dieses einen Eigenbedarf für das Organ gehabt hätte.<sup>357</sup> Mit einem funktionierenden Pay-Back-System entfällt der Anreiz zur Umgehung der Regeln; der Austausch wird zum Nullsummenspiel.<sup>358</sup> Damit sollte auch die Motivation zur Organbeschaffung gewährt bleiben. »Jedes Zentrum kann letztlich nur so viele Organe selber transplantieren, als es Organe gewinnt«, beschrieb Gilbert Thiel 1999 den Vorteil dieser Regelung. Das sei ein wesentlicher Stimulus zur schwierigen Gewinnung von Leichenorganen.<sup>359</sup>

Aus anderer Perspektive schien die Sorge berechtigt, dass die Motivation für die Organbeschaffung trotz Pay Back-System sinke, wenn die »eigenen« Organe nicht für »eigene« Patienten eingesetzt werden.<sup>360</sup> Ein Genfer Nephrologe warnte 1996, dass sich die Beziehungen zur Intensivstation verschlechterten, wenn ein Krankenhaus zwei »eigene« Nieren geben müsse. Umgekehrt habe es einen positiven Effekt, wenn der Transplantierte in der Intensivabteilung hospitalisiert werde.<sup>361</sup> Wir haben es hier einmal mehr mit dem Trostprinzip zu tun: Die entlastende Deutung der Organspende als Rettung des Empfängers funktioniert besonders gut, wenn der Empfänger als konkrete Person erfahrbar ist.

Einige Beispiele zeigen zudem, dass auch mit der Pay Back-Regel ein Potential für Spannungen vorhanden war: So gab es Unklarheiten, ob eine Rückerstattung einer Niere zu erfolgen hat, auch wenn das offerierende Zentrum diese gar nicht brauchen konnte.<sup>362</sup> In einem Brief an den STAN-Präsidenten erzählt ein Zürcher Arzt von einer solchen Niere, die mit der Auflage angeboten worden sei, das Angebot nur bei zugesichertem Pay Back zu realisieren. Diese »Form der Erpressung« nach dem Motto »dem Meistbietenden die Niere« sei glücklicherweise von allen Zentren abgelehnt worden.<sup>363</sup> Bei einem anderen in der STAN diskutierten Fall ging es um die Qualität der Organe: Das Spital in Basel habe zwei ihm angebotene Nieren als qualitativ ungenügend bewertet und deshalb ein Pay Back verweigert. Basel akzeptierte schließlich den Kompromissvorschlag, eine der beiden Nieren zurückzuerstatten.<sup>364</sup>

Obwohl der Organaustausch zwischen den transplantierenden Zentren laut Studien und Aussagen der Verantwortlichen in den 1990er Jahren insgesamt gut funktionierte,<sup>365</sup> kann von einer uneigennützigen Kooperation kaum die Rede sein. Vielmehr zeugen die Quellen von einem Konkurrenzkampf der Krankenhäuser um die raren Organressourcen, der in anhaltenden kollektiven Aushandlungen gezähmt und reguliert wurde. Die Voraussetzung für die kollektive Regulierung war eine stete gegenseitige Überwachung und Kontrolle. Das Klima zwischen den Zentren, so erinnert sich der Transplantationschirurg Felix Largiadèr in seinem historischen Rückblick, sei ab den späten 1980er Jahren vom Streit um die zur Mangelware gewordenen Organe belastet gewesen.<sup>366</sup>

Dieser »Verteilkampf um die begehrten Organe«<sup>367</sup> zeigte sich auch im Bemühen um die Spender in nichttransplantierenden Krankenhäusern. Es

handelt sich um Spenderkrankenhäuser, die selber keine Transplantationen vornahmen, aber über eine Intensivabteilung verfügten, und somit postmortale Organspenden durchführen oder zumindest hirntote Organspender identifizieren und in die Zentren überweisen konnten. Lange war üblich, dass das Einzugsgebiet der Transplantationszentren diejenigen nichttransplantierenden Krankenhäuser umfasste, von denen sie auch Transplantationspatienten zugewiesen bekamen. In den 1990er Jahren stellten die kleineren Zentren dieses »Prinzip der Regionalität« aber erfolgreich in Frage – was Largiadèr retrospektiv als »Raubzug auf die Spender der grossen Zentren« bezeichnete.<sup>368</sup> Umstritten war darüber hinaus auch das geographische Einzugsgebiet der Zentren.<sup>369</sup> Nach der Zunahme von Multiorganentnahmen äußerten einige Transplantationszentren zudem den Verdacht, dass angereiste Leberentnahme-Teams in Spenderkrankenhäusern auch gleich die Nieren entnehmen und sie damit dem zuständigen Zentrum und seinen Empfängern vorenthalten würden.<sup>370</sup>

## Hintergründe der Konkurrenz

Die Zentren und ihre Exponenten hatten offenbar das Ziel, selber möglichst viele Transplantationen durchzuführen. Worauf beruhte dieser Wille, selber möglichst viel zu transplantieren? Weshalb waren die Transplantationschirurgen nicht nur an der Verbesserung der Qualität, sondern auch an der Erhöhung der Quantität der vorgenommenen Eingriffe innerhalb der eigenen Institution interessiert? Es lassen sich verschiedene Ursachen anführen, deren Stellenwert kaum eindeutig zu bestimmen ist.

Es ist nahe liegend, dass die Ärzte den Patienten auf der krankenhaus-eigenen Warteliste, die sie auch persönlich kannten, prioritär helfen wollten. Dazu kommen – wie bei allen anderen medizinischen Eingriffen – die wirtschaftlichen Anreize für die Krankenhäuser, da die Krankenkassen die Kosten für die Transplantationen wie auch für die Organbeschaffung vergüteten.<sup>371</sup>

Bedeutender war allerdings wohl die Konkurrenzsituation der Zentren angesichts der steigenden Gefahr einer gesundheitspolitischen Konzentration der Transplantationsmedizin. Die Forderung, die einzelnen Transplantations-typen auf eines oder wenige Krankenhäuser zu beschränken, wurde in den 1990er Jahren immer wieder laut.<sup>372</sup> Sie entsprach einerseits dem gesundheitspolitischen Trend, mit der Konzentration der Spitzenmedizin Kosten zu sparen.<sup>373</sup> Andererseits wurde darauf hingewiesen, dass sich die Resultate der Transplantationen entsprechend der Häufigkeit der Eingriffe verbesserten.<sup>374</sup> Dasjenige Krankenhaus, das am meisten Organe transplantierte, hatte also die besten Aussichten auf einen Fortbestand oder Ausbau des eigenen Transplantationsprogramms. Damit stand auch die wirtschaftliche Grundlage der betroffenen Institutionen und der medizinischen Akteure mit auf dem Spiel.

Besonders der lang anhaltende Streit der Spitäler in Zürich, Genf, Lausanne, Bern und Basel um die Durchführung von Herztransplantationen deutet darauf hin, dass die Anreize über rein finanzielle Motive hinausgingen.<sup>375</sup> Eine gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Studie zu den Herztransplantations-Programmen in der Schweiz von 1994 konstatierte: Sowohl die kantonalen Gesundheitspolitiker als auch die Spitalleitungen und die Chefärzte der Kliniken hätten eher einen Anreiz auf eine aktivitätssteigernde Expansion am eigenen Zentrum als auf eine überregionale Koordination.<sup>376</sup> Dabei stünden nicht in erster Linie finanzielle Motive im Vordergrund. Die Thematik der Herztransplantation sei vielmehr prestige- und emotionsgeladen.<sup>377</sup> Auch Largiadèr erwähnt in seiner Transplantationsgeschichte, dass die Universitätskliniken die Herztransplantationen nicht nur aus fachlicher Notwendigkeit, sondern auch zur Profilierung aufgenommen hätten.<sup>378</sup>

Die verantwortlichen medizinischen Akteure führten zwar verschiedene Gründe an, warum Herz- oder auch Lebertransplantationen gerade am eigenen Krankenhaus medizinisch und finanziell sinnvoll seien.<sup>379</sup> Viele Aussagen deuten aber darauf hin, dass der Widerstand gegen die Konzentration auf der Angst beruhte, im Bereich der Transplantationsmedizin gegenüber der Konkurrenz zweitrangig zu werden: »Wenn von fünf herzchirurgischen Unikliniken vier die Herztransplantation machen, dann muss die fünfte auch mitziehen, sonst rückt sie in die Zweitrangigkeit ab«, erklärte etwa ein Berner Herzchirurg zu Beginn der 1990er Jahre.<sup>380</sup> Jahre später konstatierte ein anderer Chefchirurg des Inselspitals: »Eine Uniklinik ohne Organtransplantation ist eine Uniklinik zweiter Klasse.«<sup>381</sup>

## Organtransplantation als symbolisches Kapital

Transplantationen – und speziell Herztransplantationen – brachten offenbar in den Augen der medizinischen Verantwortlichen eine Reputation mit sich, die auf die gesamte Abteilung und das gesamte Krankenhaus ausstrahlte. Ein heute tätiger Herzchirurg erklärte die mangelnde Koordination der Herztransplantations-Programme folgendermaßen: »Das Prestige spielt eine grosse Rolle. Nicht nur für die Chirurgen, sondern auch für die Spitäler und die Kantone. Und das Herz ist das prestigereichste Organ! Es ist das Leben, ist Emotion, wir spüren es. Obwohl man auch sagen könnte, es sei bloss ein Muskel mit ein paar Klappen.«<sup>382</sup>

Die Organtransplantation brachte nicht nur einen Prestigegewinn für medizinische Institutionen, sondern auch für bestimmte medizinische Akteure mit sich: Der Aufstieg der Transplantationsmedizin, so zeigte der Medizinhistoriker Thomas Schlich auf, war mit einer Aufwertung bestimmter medizinischer Disziplinen verbunden. Neben den Immunologen gewannen vor allem die Chirurgen und im Besonderen die Transplantationschirurgen an innerme-



dizinischer, aber auch gesellschaftlicher Bedeutung.<sup>383</sup> Dies macht den Willen von Chirurgen verständlich, Organtransplantationen durchzuführen.

Der Konkurrenzkampf der Ärzte und Krankenhäuser, möglichst viele Organe zu transplantieren, kann mit dem Soziologen Pierre Bourdieu als Streben nach symbolischem Kapital erklärt werden. Um dieses knappe Gut wetteifern die Akteure im ärztlichen Feld, um in der ärztlichen Hierarchie aufzusteigen. Dieser Kampf um symbolische Macht kann als Spiel beschrieben werden, das nach den speziellen Regeln des ärztlichen Feldes gespielt wird.<sup>384</sup> Symbolisches Kapital steht für Prestige, Ehre und Anerkennung; es kann, laut Bourdieu, in andere Kapitalformen – ökonomisches, soziales oder kulturelles Kapital – umgewandelt werden.<sup>385</sup> Dabei ist es nicht relevant, ob die Durchführung von Transplantationen von einem wissenschaftlichen oder ökonomischen Standpunkt aus tatsächlich lukrativ ist. Symbolisches Kapital stellt eine sozial erzeugte Fiktion dar, da es immer nur durch die anderen verliehen werden kann. Entscheidend ist, dass die ärztlichen Akteure – die Spieler im Spiel um Macht – daran glauben, dass mit Transplantationen viel symbolisches Kapital zu gewinnen ist.<sup>386</sup>

Auch manche wissenschaftshistorische Theorien betonen im Sinne Bourdieus die Bedeutung des Konkurrenzkampfes für die Entwicklung der Wissenschaft: Um sich zu behaupten, kämpfen Forscher um Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit, die sie als ihr Kapital akkumulieren.<sup>387</sup> Im Bereich der Transplantationsmedizin fällt eine klare Unterscheidung von klinischer Praxis und Forschung schwer. Deshalb konnte eine erhöhte Transplantationsfrequenz auch erstrebenswert sein, weil sie einen Vorteil im internationalen wissenschaftlichen Wettstreit bedeutete.

Wie in anderen wissenschaftlichen und medizinischen Feldern garantieren in der Transplantationsmedizin speziell Pionierleistungen große Aufmerksamkeit. So bestanden historische Rückblicke oft aus Auflistungen der ersten erfolgreichen Transplantationen der verschiedenen Organe und Organ-Kombinationen.<sup>388</sup> Bei der ersten, letztlich gescheiterten Herztransplantation in Zürich von 1969 hat (wie bei anderen Herzübertragungen in dieser Phase) die internationale Konkurrenzsituation und die Hoffnung auf Erkenntnis- und Prestigegewinn als Motiv eine wichtige Rolle gespielt.<sup>389</sup> In der Debatte um die ersten Herztransplantationen war der Vorwurf des Konkurrenz- und Prestigedenkens denn auch sehr präsent.<sup>390</sup> Dass mit der Organtransplantation viel wissenschaftliches Prestige zu gewinnen war, zeigt nicht zuletzt der Umstand, dass vier Nobelpreise für Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin vergeben wurden.<sup>391</sup>

## Die ökonomische Logik des Organaustauschs

Eine Sichtweise, die den Wettbewerb um symbolisches Kapital und Aufmerksamkeit ins Zentrum stellt, geht davon aus, dass die Akteure utilitaristisch, im Sinne einer strategischen Nutzenmaximierung handeln.<sup>392</sup> Die Analyse der Praxis der Organspende in diesem Kapitel hat gezeigt, dass das Handeln der medizinischen Akteure keinesfalls in solchen Kosten-Nutzen-Kalkülen aufgeht. Die Diskurse, die im Dispositiv der Organspende wirksam waren, generierten handlungsanleitende Deutungen, deren Logik sich nicht auf rationale Optimierungsstrategien reduzieren lässt. Trotzdem war dieses Dispositiv mitunter auch von einer ökonomischen Logik bestimmt, von einem ökonomisch strukturierten Diskurs, der ein ökonomisches Handeln der Akteure implizierte, das sich am Postulat der Optimierung und Nutzenmaximierung orientierte.

Dies zeigt die Analyse des Organaustauschs zwischen den Transplantationszentren: Die Zirkulation der Organe gestaltete sich gleichsam als reguliertes Marktsystem, in dem Waren gemäß ihrer Qualität ausgetauscht werden. Um »gleichberechtigt am internationalen Austausch teilnehmen zu können und »gute« Organe von auswärts erhalten zu können, müssen wir auch in der Lage sein »gute« Organe zu liefern«, beschrieb ein internes Papier des Inselspitals Bern Ende der 1980er Jahre diese Logik des Äquivalenzttauschs.<sup>393</sup> Zentral für die mathematische Auswertung dieses Organaustausch-Marktes waren die »Zentrumsbilanzen«: Eine positive oder negative Bilanz eines Zentrums ergab sich aus dem Verhältnis der exportierten und importierten Organe. Deutlich wird die ökonomische Logik in der Semantik des Organaustauschs: Ein Krankenhaus, welches das »Organ-Angebot« eines anderen Krankenhauses annimmt, »verschuldet« sich, steht in der »Schuld« des anderen Krankenhauses, die es »abgelten« muss, indem es das Organ »zurückzahlt« und so den »Verlust kompensiert«.<sup>394</sup>

Das Sprechen über den Organaustausch kreiste um den Wettbewerb und dessen Fesselung und begriff die Organe gleichsam als Handelsgüter. Es war Teil eines organisatorisch-ökonomischen Diskurses, der vom Signifikant »Organmangel« organisiert wurde, und das Organ als knappe, wertvolle Ressource konzipierte. Das ökonomische Reden über den Organaustausch verweist nicht auf einen zynischen oder entwürdigenden Sprachgebrauch von Spitzenmediziner\*innen. Eher kann es verstanden werden als Symptom einer zunehmenden Ökonomisierung, einer neoliberalen Umgestaltung des Gesundheitswesens seit den 1980er Jahren, in deren Zuge der Markt auch im Dispositiv der Medizin zu einem »Ort der Wahrheit« (Foucault) wurde.<sup>395</sup>

Vor allem aber spiegelt es die spannungsvolle Situation, in der sich die Transplantationschirurgen und ihre Institutionen befanden. Sie wollten den von ihnen verkündeten »Siegesszug der Transplantationschirurgie« fortzuführen und allen Kranken, die auf ein neues Organ warteten, helfen. Diese Auf-

gabe war unlösbar, da die Spenderzahlen sanken und nicht wieder anstiegen. Die Diskrepanz zwischen den selbst auferlegten Ansprüchen und der Realität des Organmangels machte die Verteilung der Organe zu einem Problem, das für die Zentren kaum restlos befriedigend lösbar war.

Das rein ökonomische Sprechen war indessen weitgehend den Transplantationschirurgen und ihren Vorgesetzten vorbehalten. Wie wir gesehen haben, wurde die Involviertheit des Pflegepersonals in die Organtransplantation in anderen, moralischen Kategorien verhandelt: Im Vordergrund stand die Frage nach dem ethisch richtigen Verhalten, nach der Verantwortung, nach den richtigen Gefühlen. Es erstaunt nicht, dass gerade aus den Reihen der Pflegenden Kritik am Konkurrenzdenken der Chirurgen laut wurde: Eine Operationsschwester beklagte gegenüber der Zeitschrift *Krankenpflege* etwa einen versteckt geführten Konkurrenzkampf der Chirurgen, wer am meisten Transplantationen vorgenommen habe.<sup>396</sup> Und der SBK bemerkte in seiner Stellungnahme zur Organspende-Kampagne, dass das Prestige, das oft mit Organtransplantationen verbunden sei, die Würde aller Beteiligten bedrohe.<sup>397</sup>

Die Ärzte wiederum verwehrten sich gegen den Verdacht des Konkurrenz- und Prestigedenkens: Die Transplantationsärzte kannten sich gut und unterhielten freundschaftliche Beziehungen, betonte etwa der Präsident des Exekutivkomitees von Swisstransplant 1994 in einem Interview. »Es gibt keine Konkurrenz unter uns.«<sup>398</sup> Und ein Berner Herzchirurg versicherte, es gebe kein Prestigedenken zwischen den Schweizer Universitätsspitalern hinsichtlich der Transplantation.<sup>399</sup> Zumindest gegen außen sollte offenbar der Eindruck vermieden werden, dass bei der Organspende andere Motive als das Wohl der Empfänger eine Rolle spielen.

### **Die schwierige Integration der nichttransplantierenden Krankenhäuser**

Auch das Verhältnis der Transplantationszentren zu den nichttransplantierenden Krankenhäuser war durch Spannungen geprägt, die sowohl in moralischen als auch ökonomischen Kategorien verhandelt wurden. Die verantwortlichen Transplantationsärzte setzten große Hoffnung in die verstärkte Integration dieser Institutionen in das System der Organbeschaffung. Schon kurze Zeit nach Beginn der Transplantationstätigkeit in der Schweiz hatten einzelne nichttransplantierende Krankenhäuser den Transplantationszentren Organe bzw. Spender geliefert.<sup>400</sup> Die Zentren bemängelten aber schon bald die zu kleine Zahl der gelieferten Organe. Es »wäre höchst wünschenswert, dass uns auswärtige Spitäler nicht nur Patienten zur Transplantation, sondern auch in vermehrtem Masse transplantierfähige Nieren zusenden«, verlautete der Jahresbericht des Zürcher Universitätsspitals von 1975.<sup>401</sup>

In Patienten, die in den Intensivabteilungen dieser Krankenhäuser einen Hirntod starben, sahen die Transplantationsärzte ein großes, ungenutztes Potential. Es bleibe eine der vordringlichsten Aufgaben für die Zukunft, dieses weitgehend ungenutzte Spenderpotential effektiver auszuschöpfen durch verbesserte Koordination und Motivation aller Spitäler, die mit hirntoten Patienten zu tun haben, heißt es im Jahresbericht des Inselspitals Bern von 1985.<sup>402</sup>

Die Appelle der Transplantationszentren und ihre Versuche, die nichttransplantierenden Krankenhäuser zu informieren und zur Mitarbeit zu motivieren, zeigten wenig Wirkung.<sup>403</sup> Leicht resigniert erklärte der Swisstransplant-Präsident und Genfer Staatsrat Guy-Olivier Segond 1993 in einem Interview: »Ich weiss nicht, ob die Regionalspitäler bei den Organentnahmen nicht mitmachen wollen, oder ob sie nicht wissen, wie sie es anfangen sollen.«<sup>404</sup> Auch zehn Jahre später hatte sich die Situation nach Einschätzung der Verantwortlichen nicht grundlegend verbessert: Rund 50 Prozent der Spenderorgane würden aufgrund der zurückhaltenden Meldepraxis der kleineren und mittleren Spitäler verloren gehen, konstatierte Sebastiano Martinoli 2003.<sup>405</sup>

## Fehlende Anreize

Die gescholtenen nichttransplantierenden Krankenhäuser reagierten auf die Vorwürfe. Vor allem Verantwortliche der Spitäler in Aarau und Chur, die sich nach eigenem Bekunden sehr um Organspenden bemühten, meldeten sich zu Wort.

In einem Brief an die SAMW thematisierte der Leiter der Intensivstation des Kantonsspitals in Chur 1994 die großen emotionalen Probleme rund um Hirntod und Organspende. Dabei kritisierte er den zunehmenden Druck auf seine Abteilung: »[...] obwohl wir im Einzelfall nie konkreten Pressionen ausgesetzt waren, bauen Transplanteure und Transplantierten-Organisationen auf uns peripheres Spenderspital einen namhaften Druck auf, der jedenfalls stärker ist, als was sie in der Präambel vorschlagen [...]«<sup>406</sup> Der Verweis auf die Präambel bezieht sich auf die Richtlinien der SAMW zur Todesfeststellung von 1996.<sup>407</sup> Dort ist festgehalten, dass Ärzte, welche für transplantationschirurgische Eingriffe Verantwortung tragen, Kollegen, die Sterbende betreuen, weder unter Zeitdruck setzen noch anderweitig zu beeinflussen suchen dürften.<sup>408</sup> Bereits 1982 hatte der Churer Arzt zusammen mit Kollegen in einem Aufsatz betont, dass Hirntoddiagnose und Organentnahme für das Krankenhaus nicht nur mit beachtlichem Aufwand und Umtrieb verbunden, sondern auch mit ethischen und emotionalen Aspekten belastet seien.<sup>409</sup>

Auch Exponenten des Kantonsspitals Aarau machten auf die unbefriedigende Situation des Spenderkrankenhauses aufmerksam. Der Einsatz sei groß und einseitig, denn der Dank bleibe aus, resümierte ein leitender Arzt 1992 an einem Organspende-Symposium in Basel. Er beanstandete die geringe Hilfs-

bereitschaft der Transplantationszentren.<sup>410</sup> Die Organspende, so stellten die nichttransplantierenden Krankenhäuser klar, sei für sie wenig attraktiv.

Dabei bedienten sie sich nicht nur moralischen, sondern auch ökonomischen Argumenten. Dies wird in einem im selben Jahr erschienenen Fachaufsatz deutlich, in dem die Aarauer Ärzte die fehlende Koordination und das Missverhältnis zwischen Aufwand und Ertrag für die Spenderkrankenhäuser beanstandeten. Die organisatorischen Anstrengungen seien groß, Dank und finanzielle Entschädigung blieben aus – die Bilanz stimme nicht. Die Anliegen der nichttransplantierenden Krankenhäuser müssten von den Transplantationszentren ernst genommen und diese als Partner akzeptiert werden.<sup>411</sup>

Die Spenderkrankenhäuser wehrten sich also gegen einseitige Vorwürfe der Transplantationszentren. Diese, so ihre Argumentation, übten zwar großen Druck aus, würden sich aber zu wenig um die Probleme der Spenderkrankenhäuser kümmern. Bisweilen drehten die Spenderkrankenhäuser den Spieß gar um, und wiesen die Schuld am Organmangel gezielt den Transplantationszentren zu: Das für den Organmangel verantwortliche Misstrauen des Publikums und »leider« auch der Mediziner gegenüber der Transplantationsmedizin werde »nicht zuletzt vom Prestigedenken der grossen Zentren geschürt«, schrieben die Aarauer Ärzte in ihrem Aufsatz.<sup>412</sup> Gleichzeitig merkten sie an, dass bei der Organspende »zumindest für uns kein Prestigegewinn zu erwarten« sei.<sup>413</sup>

Diese Bemerkung kann als ironischer Seitenhieb auf das Prestigedenken der Zentren gelesen werden. Nimmt man die Aussage aber ernst, so hieße das vor dem Hintergrund von Bourdieus Kapitaltheorie, dass die Ärzte des nichttransplantierenden Krankenhauses den Kampf ums symbolische Kapital durch Transplantationen nicht grundsätzlich hinterfragten. Vielmehr beanstandeten sie den Umstand, dass nur die transplantierenden Ärzte und Kliniken symbolisches Kapital akkumulierten, nicht aber diejenigen Akteure, die alleine mit der Organbeschaffung betraut waren.

## **Zwischen Utilitarismus und Idealismus**

Diese Überlegungen verweisen auf eine grundsätzliche Problematik der Systembildung und Kooperation in der Transplantationsmedizin: Einerseits bildete die Verfügbarkeit über Organe die Grundlage für Transplantationen und damit für den Gewinn von symbolischem Kapital. Andererseits fehlte es genau bei der Organbeschaffung an Anreizen, da in diesem Bereich wenig symbolisches Kapital zu erwerben war. Diese ungleichen Potentiale für symbolisches Kapital spiegeln die entgegengesetzte Wertung von Implantation und Explantation in der öffentlichen Wahrnehmung. Aus diesem Grund war auch die Wirkung des Drucks begrenzt, der von den Zentren auf die Intensivstationen nichttransplantierender Krankenhäuser ausgeübt wurde.

Vielversprechender wäre eine Änderung der Spielregeln im Feld der Transplantationsmedizin gewesen, welche den Akteuren der Organbeschaffung Zugang zu symbolischem Kapital eröffnet hätte. Die öffentliche und fachinterne Intervention der Aarauer Ärzte kann in diesem Sinne als Manifestation eines symbolischen Kampfes um die Definitions- und Legitimationsmacht über die Spielregeln interpretiert werden.<sup>414</sup> In den Worten Bourdieus handelte es sich um »Strategien der Häresie«, welche die etablierte Ordnung im transplantationsmedizinischen Feld in Frage stellen.<sup>415</sup>

Dass auch bei der Organbeschaffung zunehmend symbolisches Kapital zu erzielen war, zeigt das Beispiel des Spitals in Lugano. Das Spital und vor allem dessen Aushängeschild Sebastiano Martinoli etablierten sich im Laufe der 1990er Jahre dank der hohen Spenderquoten als führende Kapazitäten der Organbeschaffung. Dieser Status sicherte Martinoli und seiner Klinik große Präsenz und Aufmerksamkeit sowohl in medizinischen als auch in öffentlichen Medien.<sup>416</sup>

Trotz allem blieb die Aussicht auf Prestigegewinn kaum der entscheidende Faktor für die loyale Mitarbeit bei der Organbeschaffung. Große Hoffnungen hinsichtlich eines verbesserten Engagements der nichttransplantierenden Krankenhäuser wurden denn auch auf den Anreiz mit ökonomischem Kapital gelegt. Das Protokoll der Jahresversammlung der STAN (Swisstransplant Arbeitsgruppe Nierentransplantation) von 1996 hält fest, dass das Problem vor allem finanzieller Natur sei, und die Krankenhäuser entschädigt werden müssten.<sup>417</sup> Bis 1997 gingen die Kosten einer Organentnahme zu Lasten des Spenderkrankenhauses. Dann regelte ein Vertrag mit dem Schweizer Verband für Gemeinschaftsausgaben der Krankenkassen (SVK) die pauschalen Entschädigungen der Entnahmekliniken.<sup>418</sup>

Die mangelnden Anreize durch symbolisches oder ökonomisches Kapital verweisen schließlich wiederum auf die Wirkmächtigkeit des moralischen Diskurses: Die medizinischen Akteure, die sich in Intensivstationen und nichttransplantierenden Krankenhäuser trotz allem bei der Organbeschaffung engagierten, taten dies nicht zuletzt, weil sie dem internalisierten medizinischen Ethos folgend ihre Verantwortung für die schwerkranken Empfänger wahrnehmen wollten.

## Jenseits der Nutzenmaximierung

Ich habe in diesem Kapitel gezeigt, dass die Praxis der Organspende im Rahmen des transplantationsmedizinischen Dispositivs nicht nur von einem naturwissenschaftlich-medizinischen, sondern auch von einem moralischen wie von einem organisatorisch-ökonomischen Diskurs bestimmt war. Es ist gerade die Ambivalenz von Idealismus und Utilitarismus, von Kooperation und Konkurrenz, die für diese Praxis bezeichnend war. Die Rede von der solidarischen

Spende, von der Verantwortung für den Empfänger, bestimmte sie genau so wie die Rede von Organmangel, Organbedarf und Optimierung. In welchem Verhältnis standen diese beiden semantischen Felder? Stützten sie sich oder blockierten sie sich vielmehr gegenseitig? Und welche Effekte hatten sie im Hinblick auf die Organisation und die rechtliche Regelung der Organspende im nationalen Transplantationsgesetz zur Jahrtausendwende?

Das Verhältnis dieser beiden Diskurse und ihre Effekte werde ich in den beiden folgenden Kapiteln eingehender beleuchten. Dort werde ich das öffentlich-mediale Sprechen über die Organbeschaffung als komplexes, widersprüchliches und umkämpftes semantisches Feld analysieren. Die Machteffekte der Organspende-Diskurse, dies sei vorweggenommen, können keineswegs auf ökonomische Zwänge reduziert werden. Es ging bei der Organtransplantation um mehr als um Nutzenmaximierung und Profit: um die Verbesserung und Verlängerung von Leben. Die Rolle, welche der Signifikant »Organhandel« in diesem Diskurs spielte, seine Bedeutung für die Realität der Schweizer Transplantationsmedizin, wird noch zu bestimmen sein.

## ANMERKUNGEN

**1** | Hier ruht der Mann, dessen Herz ein Leben rettete, in: Blick, 11.7.1969.

**2** | Die Gesetzgebung sei von der rasch vorangeschrittenen chirurgischen Technik über-rumpelt worden, schrieb etwa die *Schweizer Illustrierte*. Ein neues Reglement sei notwendig, um die klaffenden Lücken in der Gesetzgebung zu schließen. Gerade weil es sich auch um ein menschlich-ethisches Problem handle, liege es im Interesse jedes Einzelnen, klar zu wissen, was erlaubt ist. Diskussion nach der ersten Herzverpflanzung in Zürich, in: Schweizer Illustrierte, 21.4.1969.

**3** | Am 2. Juni 1969 kam es im Nationalrat zu zwei Vorstößen, die sich nach der Rechts-grundlage der Zürcher Herztransplantation erkundigten. Der Bundesrat erinnerte daran, dass die Regelung der Transplantation in die Kompetenz der Kantone falle, erklärte sich aber bereit, die Rechtsfragen in Verbindung mit den Kantonen zu prüfen. Er beauftragte darauf eine Expertenkommission, das Bedürfnis einer Revision der Gesetzgebung bezüglich des Persönlichkeitsschutzes abzuklären – was aber ohne Folgen blieb. Vgl. Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, Regierungsratsbeschluss vom 22. Mai 1973, Anzug G. Eichenberger und Anzug H. Hofer, Basel 23.5.1973, Staatsarchiv Basel-Stadt SD-REG 5a 0.69-0 (2), S. 2f. sowie Organverpflanzung und Recht, in: SÄZ, 8.7.1970, S. 805.

**4** | Sie bezogen sich in ihrer Begründung meist explizit auf die Zürcher Herzverpflanzung. Vgl. etwa Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, Regierungsratsbeschluss vom 22. Mai 1973, Anzug G. Eichenberger und Anzug H. Hofer, Basel 23.5.1973, Staatsarchiv Basel-Stadt SD-REG 5a 0.69-0 (2), S. 1.

**5** | Gegen diese Bestimmungen erhoben der Rechtsanwalt Herbert Gross (der auch den Eltern des Herzspenders Gautschi bei ihrer Zivilklage als Anwalt beistand) sowie zehn von ihm vertretene Zürcher Bürgerinnen und Bürger staatsrechtliche Beschwerde. Bei der Organentnahme betrachteten die Beschwerdeführer eine ausdrückliche Zustimmung mit der Ausnahme von echten Notfällen für unerlässlich, da sonst das Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen und seiner Angehörigen verletzt werde. Vgl. BGE 98 Ia 508 (Gross). Vgl. auch Todesfeststellung, Obduktion und Organentnahme vor der Verfassungsjustiz, in: SÄZ, 11.4.1973.

**6** | Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften wurde 1943 durch die fünf medizinischen und die zwei veterinärmedizinischen Fakultäten sowie die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) gegründet. Nachdem sie sich anfänglich – weniger als Gewerkschaft der Ärzte denn als »Reflexionsorgan des Berufsstands« – in erster Linie für die Belange der medizinischen Wissenschaft einsetze, widmete sie sich ab Ende der 1960er Jahre vermehrt medizin-ethischen Fragen und erließ medizinisch-ethische Richtlinien für die Ärzteschaft. Vgl. Sprumont/Roduit 2008, S. 412f.

**7** | Laut Vorsitzendem handelte es sich bei der Todesdiagnose um das »Kernproblem der Transplantationsfragen«. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 2. Sitzung vom 11.6.1968, SAMW-Archiv, S. 11.

**8** | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 1. Sitzung vom 7.5.1968, SAMW-Archiv, S. 2. Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951f.

**9** | Vgl. SAMW, Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, in: SÄZ, 23.4.1969, S. 431f. sowie Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951. 1983, 1996 und 2005 wurden die Richtlinien revidiert.

**10** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 2.

**11** | F. Largiadèr, A. Senning, F. Enderlin, M. Allgöwer, Ueberlegungen zu Richtlinien für Transplantatentnahmen bei Verstorbenen, 18.3.1970, SAMW-Archiv, S. 2.

**12** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 4.

**13** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 1. Sitzung vom 7.5.1968, SAMW-Archiv, S. 6.

**14** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 3.

**15** | Die Protokolle und die zugehörige Korrespondenz befanden sich bei meinen Besuchen im Jahre 2009 im Generalsekretariat der SAMW in Basel in einem Ordner im Archivraum. Auch wenn die Protokolle den Eindruck erwecken, dass sie den Verlauf und die einzelnen Beiträge der jeweiligen Sitzung detailliert abbilden, so muss man einschränkend und quellenkritisch festhalten, dass es sich in den in diesem Kapitel zitierten Voten immer schon um eine nachträgliche schriftliche Fassung einer mündlichen Aussage und damit auch um eine Interpretation derselben handelt.



- 16** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 2f.
- 17** | Vgl. Sprumont/Roduit 2008, S. 402ff. Vgl. zu den SAMW-Richtlinien auch Tröhler 1999, S. 50ff. Allgemein zum Auftauchen medizinischer Richtlinien vgl. Weisz u.a. 2007.
- 18** | Dieser Umstand wurde in juristischen Kreisen kritisiert. Vgl. Sprumont/Roduit 2008, S. 412ff. sowie Dumoulin 1998, S. 57f.
- 19** | Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951.
- 20** | Vgl. Foucault 2001a, S. 25-30.
- 21** | Vgl. Gieryn 1983 sowie Gieryn 1995.
- 22** | »Boundary-work occurs as people contend for, legitimate, or challenge the cognitive authority of science – and the credibility, prestige, power, and material resources that attend such a privileged position.« Gieryn 1995, S. 405.
- 23** | Später waren neben Juristen vermehrt auch andere Laien, vor allem Ethiker und Politiker, in den SAMW-Kommissionen vertreten – auch in der Kommission, welche die 1995 erlassenen »Richtlinien für die Organtransplantation« ausarbeitete, die als Grundlage für die Ausarbeitung eines Schweizer Transplantationsgesetzes dienen sollten.
- 24** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 1. Sitzung vom 7.5.1968, SAMW-Archiv, S. 7 u.16.
- 25** | Vgl. Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1953.
- 26** | Nissen, ein weltbekannter jüdischer Chirurg, der 1933 aus dem nationalsozialistischen Deutschland emigrierte, hatte bis 1967 den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Basel inne. König, ein Berner Landarzt, war nach Aufgabe seiner ärztlichen Praxis Präsident der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und saß im SAMW-Senat sowie im Verwaltungsrat der Inselkorporation in Bern. Beide gehörten sie einer älteren Ärztegeneration an, die mit der Transplantationsmedizin kaum oder erst spät in Kontakt kam. Dass ihre Biographie auch (standes-)politisch geprägt war, könnte mit erklären, weshalb sie über eine Sensibilität für die soziale Bedeutung und Verantwortung der Medizin verfügten.
- 27** | Brief von F. Largiadèr an die SAMW, 16.3.1972, SAMW-Archiv. Largiadèr bezieht sich auf eine Replik von König auf einen Beitrag des Journalisten Carlo Grassi in den *Basler Nachrichten*, der sich gegen die obligatorische Befragung ausspricht (*Basler Nachrichten*, 10.2.1972).
- 28** | Brief von R. Nissen an A. Werthemann, 9.2.1970, SAMW-Archiv, S. 2.
- 29** | Sein einmaliger Vertreter André Montandon, Spezialist für die Nierentransplantation, votierte anfangs für die Befragung der Angehörigen, zeigte sich dann aber für die Argumente seiner Basler und Zürcher Kollegen viel empfänglicher als Reubi. Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 11. Sitzung vom 7.6.1973, SAMW-Archiv, S. 4.
- 30** | Vgl. Kein Herz wird im Schlaf geraubt, in: Der Bund, 9.7.1969 sowie Tagwacht, 10.7.1969. Vgl. auch Ärztekollegium Inselspital Bern, Merkblatt betreffend Hirntod und Organentnahme zu Transplantationszwecken, 15.10.1970, Staatsarchiv Bern Insel II 1022.

- 31** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 10.
- 32** | Brief von A. Senning und F. Largiadèr an die SAMW, betreffend die Sitzung der Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation vom 5. November 1969, 5.11.1969, SAMW-Archiv.
- 33** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 7 u. 9.
- 34** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 9.
- 35** | M. Allgöwer, Ethische Probleme der Organtransplantation, o.D., SAMW-Archiv, S. 1.
- 36** | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 15 sowie SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 5ff. Vgl. auch zwei Aufsätze des Basler Professors für Strafrecht und Kommissions-Mitglieds Hans Hinderling (Hinderling 1968 und Hinderling 1969).
- 37** | M. Allgöwer, Ethische Probleme der Organtransplantation, o.D., SAMW-Archiv, S. 4.
- 38** | Vgl. F. Brunner, F. Enderlin, G. Thiel, Stellungnahme des Basler Transplantations-teams, Bürgerspital Basel, 1.10.1971, SAMW-Archiv sowie Brief von A. Senning und F. Largiadèr an die SAMW, betreffend die Sitzung der Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation vom 5. November 1969, 5.11.1979, SAMW-Archiv, S. 4. Ähnliche Aussagen finden sich des Öfteren in den Kommissions-Protokollen.
- 39** | F. Brunner, F. Enderlin, G. Thiel, Stellungnahme des Basler Transplantationsteams, Bürgerspital Basel, 1.10.1971, SAMW-Archiv sowie Brief von A. Senning und F. Largiadèr an die SAMW, betreffend die Sitzung der Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation vom 5. November 1969, 5.11.1979, SAMW-Archiv, S. 4.
- 40** | F. König, Transplantation und Organspender, SAMW-Archiv. Es handelt sich um eine Replik auf einen Beitrag des Journalisten Carlo Grassi in den *Basler Nachrichten*, der sich für die Widerspruchslösung ausspricht (Leben retten – Leben erhalten, in: Basler Nachrichten, 10.2.1972). Beide Artikel wurden im Rahmen der Kommission kontrovers diskutiert. So lobte Largiadèr Grassis Beitrag als »Musterbeispiel für die Behandlung eines medizinischen Problems in der Laienpresse« und wertete Königs Entgegnung als wenig aussagekräftig ab (Brief von F. Largiadèr an die SAMW, 16.3.1972, SAMW-Archiv). Nissen kritisierte dagegen Grassis Text als zu oberflächlich (vgl. R. Nissen, Stellungnahme zu dem Artikel von C. Grassi über »Leben retten – Leben erhalten«, o.D., SAMW-Archiv).
- 41** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 9. Sitzung vom 24.6.1971, SAMW-Archiv, S. 6.
- 42** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 15.

- 43** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 8 sowie Brief von F. König an die SAMW, 6.2.1970, SAMW-Archiv.
- 44** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 6.
- 45** | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 8.
- 46** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 11.
- 47** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 9. Sitzung vom 24.6.1971, SAMW-Archiv, S. 5.
- 48** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 8.
- 49** | Allgöwer etwa vertrat die Ansicht, dass eine klare Widerspruchsregelung am wenigsten Unruhe stiften würde. Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 7. Vgl. auch SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 16.
- 50** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 16.
- 51** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 10.
- 52** | Brief von F. König an die SAMW, 6.2.1970, SAMW-Archiv.
- 53** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 12.
- 54** | Tagwacht, 10.7.1969.
- 55** | F. König, Transplantation und Organspender, SAMW-Archiv.
- 56** | Vgl. Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951.
- 57** | Brief von R. Nissen an A. Werthemann, 9.2.1970, SAMW-Archiv, S. 1.
- 58** | Vgl. F. Brunner, F. Enderlin, G. Thiel, Stellungnahme des Basler Transplantations-teams, Bürgerspital Basel, 1.10.1971, SAMW-Archiv, S. 2.
- 59** | Brief von R. Nissen an A. Werthemann, 9.2.1970, SAMW-Archiv, S. 1.
- 60** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 9. Sitzung vom 24.6.1971, SAMW-Archiv, S. 7.
- 61** | F. König, Entwurf der Richtlinien für die Transplantation von Organen, 25.8.1971, SAMW-Archiv, S. 2.
- 62** | M. Allgöwer, Ethische Probleme der Organtransplantation, o.D., SAMW-Archiv, S. 4.
- 63** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 7.
- 64** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 10. Sitzung vom 16.9.1971, SAMW-Archiv, S. 3.

**65** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 11.

**66** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 11. Sitzung vom 7.6.1973, SAMW-Archiv, S. 4f.

**67** | BGE 98 Ia 508 (Gross), 525. So kann dem Bundesgericht zufolge in der Aufforderung zu einer Willenserklärung ein schwerer Eingriff in die Persönlichkeitsphäre erblickt werden.

**68** | Wegen der langen Verfahrensdauer wurde dieser Fall dem Bundesgericht erst drei Jahre nach dem oben besprochenen »Fall Gross« unterbreitet. Im Gegensatz zu den beiden kantonalen Vorinstanzen stellte das Bundesgericht zwar fest, dass ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Angehörigen vorliege, da ihr Einverständnis nicht eingeholt wurde und sie gar nie von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen konnten. Da die Persönlichkeitsverletzung aber grundsätzlich nicht als schwer zu erachten sei, und die Angehörigen darüber hinaus einer Organentnahme zugestimmt hätten, wenn man sie angefragt hätte, lehnte das Gericht die Zusprechung der verlangten Genugtuungssumme von 10.000 Franken ab (vgl. BGE 101 II 177 [Gautschi]).

**69** | »Ob das Interesse des Herzempfängers und seiner Ärzte an der Durchführung der Transplantation unter den gegebenen Umständen schwerer wiege als dasjenige der Kläger an der Wahrung ihres Rechtes, über Eingriffe in den Leichnam ihres Sohnes bestimmen zu können, was nach dem Gesagten zur Rechtfertigung des Verhaltens der beklagten Ärzte ausreichen würde, braucht indessen nicht abschließend entschieden zu werden.« BGE 101 II 177 (Gautschi), 199. Vgl. auch Dumoulin 1998, S. 63f. sowie Hofer 2006, S. 38f.

**70** | Zu den unterschiedlichen Einschätzungen, ob die Bundesgerichtsurteile Organentnahmen ohne Einwilligung der Angehörigen grundsätzlich für zulässig erkläre, vgl. Kein Freipass für die Organentnahme, in: Der Bund, 19.11.1975; Hinderling 1979, S. 41f.; Helfen nach dem Tod, in: Coop-Zeitung, 20.1.1983; Der tote Körper ist kaum geschützt, in: Berner Zeitung, 1.12.1986 und Neinsagen muss möglich sein, in: Tages-Anzeiger, 6.4.1995.

**71** | Dumoulin bezeichnet die rechtliche Regelung vor dem nationalen Transplantationsgesetz als verzettelt und unvollständig (Dumoulin 1998, S. 127). Hofer spricht von einem Zustand der Rechtszersplitterung und von einer verbreiteten Rechtsunsicherheit (Hofer 2006, S. 29). In der Botschaft des Bundesrates zur Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin von 1997 ist die Rede von einer problematischen Uneinheitlichkeit der Gesetzgebung im Bereich der Transplantationsmedizin (Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997, S. 670).

**72** | Das Urteil gab den Verfechtern der Widerspruchslösung Auftrieb: Im Frühjahr 1973 versandte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine Mitteilung an alle kantonalen Krankenhäuser, in der sie die Chefärzte über den Entscheid des Bundesgerichts informierte. »Es liegt uns daran, Ihnen davon Kenntnis zu geben«, schrieb Regierungsrat Bürgi. Vgl. Brief von der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich an die

Chefärzte der kantonalen Krankenhäuser, Zürich 19.3.1973, Staatsarchiv Bern Insel II 1022.

**73** | Der Kanton Waadt räumte den Angehörigen gar kein Widerspruchsrecht ein. Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997, S. 666.

**74** | Der Kanton Genf wechselte 1996 von der Zustimmungs- zur Widerspruchsregelung. Das Reglement des neuen Gesetzes relativierte aber die Widerspruchsregelung wie folgt: Wenn der Tote zu Lebzeiten die Frage einer Organspende offen gelassen hat, müssen die Ärzte sofort nach den Angehörigen suchen. Sind diese nicht auffindbar, oder können sich nicht einigen, dürfen die Ärzte kein Organ entnehmen. Der Unterschied zur Einwilligungslösung besteht demnach einzig in der Weise, in der die Angehörigen angefragt werden: Es wird nicht um ihre Erlaubnis gebeten, sondern bloß gefragt, ob sie gegen eine Entnahme Einspruch erheben. Vgl. Organspende: Alle sollen es wissen, in: Tages-Anzeiger, 3.6.1998 sowie *Sur le don d'organes, Genève est condamné à la transparence*, in: *Le Temps*, 3.6.1998.

**75** | Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997, S. 665. Im Gegensatz zur Botschaft des Bundesrates von 1996 geht Dumoulin davon aus, dass der Kanton Zug im Gesundheits-Gesetz vom 10.1.1992 eine Widerspruchsregelung verankerte (vgl. Dumoulin 1998, S. 49f.). Die Kantone Freiburg und Solothurn schafften erst 1999 Regelungen zur Transplantationsmedizin, wobei beide die Zustimmungsregelung einführten (vgl. Hofer 2006, S. 57). Solange keine Gesetze zur Organtransplantation vorhanden waren, orientierte man sich gewöhnlich an den Regelungen der Obduktion (wie etwa bei der ersten Herzverpflanzung 1969 in Zürich). Auch waren in den neu erlassenen Gesetzen die Organentnahme und die Obduktion meist analog geregelt.

**76** | Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997, S. 667 sowie Dumoulin 1998, S. 48. In der Praxis unterschied sich die Informations- aber kaum von der Widerspruchsregelung.

**77** | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 10. Sitzung vom 16.9.1971, SAMW-Archiv, S. 2ff.

**78** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 9. Sitzung vom 24.6.1971, SAMW-Archiv, S. 3. Vgl. auch F. König, Entwurf der Richtlinien für die Transplantation von Organen, 25.8.1971, SAMW-Archiv.

**79** | Brief von R. Hess an die SAMW, 10.7.1973, SAMW-Archiv.

**80** | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 11. Sitzung vom 7.6.1973, SAMW-Archiv, S. 4.

**81** | Vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995, S. 1389ff. Die ersten medizinisch-ethischen Richtlinien zur Transplantation erließ die SAMW bereits 1981. Anlass war eine drei Jahre zuvor verabschiedete Resolution des Europarates, die weitgehend übernommen wurde. Die kurz gehaltenen Richtlinien blieben hinsichtlich der Regelung der Organentnahme recht unbestimmt: Eine Entnahme ist erlaubt, wenn nicht eine nachweisliche oder anzunehmende Opposition

des Verstorbenen bekannt ist und wenn keine besonderen staatlichen Vorschriften bestehen. Vgl. SAMW 1989, S. 19f.

**82** | Vgl. Manzei 2003, S. 182.

**83** | Departement Chirurgie der Universität Basel, Jahresbericht 1991/92, S. 25.

**84** | Schlich 1998a, S. 201.

**85** | Bereits 1914 forderte der Chirurg G. Frank Lydston in den USA eine gesetzliche Regelung der Lebendspende sowie Kampagnen, um in der Bevölkerung darum zu werben. Er propagierte auch die seltenere Spende von Toten. Vgl. Schlich 1998a, S. 201ff.

**86** | Manzei 2003, S. 132.

**87** | Vgl. etwa Moulin 1995, S. 79 sowie Manzei 2003, S. 133f.

**88** | Vgl. Junge 2001, S. 189f.

**89** | Geisler 2004, S. 5f.

**90** | Die Hauptschwierigkeit der Transplantation bestehe nach wie vor in der Transplantatbeschaffung, heißt es etwa im Jahresbericht des Universitätsspitals Zürich von 1967. Vgl. Jahresbericht Universitätsspital Zürich 1967, S. 22.

**91** | Vgl. etwa Largiadèr/Linder/Uhlschmid 1972, S. 725 sowie Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1974, S. 64.

**92** | So verkündete der Basler Jahresbericht von 1979, dass die in der ganzen Schweiz beobachtete zunehmende Knappheit an geeigneten Leichennieren nun auch in Basel eingetreten sei – obschon mehrere ältere Berichte den Organmangel bereits als bestehendes Problem erwähnt hatten (vgl. Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1979, S. 19). Für die früheren Erwähnungen vgl. Chirurgische Universitätsklinik Basel, Jahresbericht 1971, S. 82; Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1973, S. 97f.; ebd. 1974, S. 64.

**93** | Largiadèr u.a. 1987, S. 1129.

**94** | Vgl. Suter 1987 sowie Etienne u.a. 1987.

**95** | Die Überwindung der Immunitätschranke sei das bedeutungsvollste Problem der Transplantationschirurgie, heißt es im Jahresbericht des Berner Inselspitals von 1977 (vgl. Inselspital Bern, Jahresbericht 1977, S. 45). Der Zürcher Transplantations-Chirurg Felix Largiadèr schrieb 1976: »Der wichtigste Fortschritt muss vom immunologischen Sektor kommen.« (Largiadèr 1976, S. 1068) Vgl. auch Schlich 1996, S. 20, der die Immunreaktion gegen das Transplantat als »Achillesferse« der Transplantationsmedizin bezeichnet. Zur Entwicklung der Immunsuppression bis 1986 vgl. Frei/Irlé/Jeanet 1986, S. 136f.

**96** | Vgl. Largiadèr 1976, S. 1068. Die Bedeutung der Übereinstimmung der sogenannten HLA-Antigene war eine der umstrittensten Fragen in der Geschichte der Organtransplantation. Vgl. Bak-Jensen 2008, S. 37.

**97** | Noch immer fehlt es vor allem an Spendern, in: Weltwoche, 8.9.1988.

**98** | Zu den besseren Resultaten trug auch die konstante Verbesserung der chirurgischen Technik, der Methoden zur Organ-Präservierung sowie der Behandlung post-operativer Infektionen bei. Vgl. M. Jeanet, La transplantation d'organes en suisse, Informations aux médias »Don d'organes« 12.6.1990 à Berne, 6.6.1990, Swisstransplant-Archiv.

**99** | Vgl. Schlich 1998b, S. 26.

**100** | Neben Nieren wurden in der Schweiz ab 1983 auch Lebern und ab 1984 Bauchspeicheldrüsen übertragen. 1985 wurden die Herzverpflanzungen wieder aufgenommen; 1987 erfolgte die erste kombinierte Herz-Lungen-Transplantation. Lungen alleine wurden in der Schweiz erst ab 1992 transplantiert.

**101** | Die Nierentransplantation ist die älteste und quantitativ mit Abstand bedeutendste Form der Transplantation. Ihre Häufigkeit korrespondiert – klammert man die ab den 1990er Jahren zunehmenden Lebendspenden aus – weitgehend mit der Anzahl der vorhandenen Leichenspender.

**102** | Jahresbericht Universitätsspital Zürich 1986, S. 44.

**103** | Nicht alle postmortalen Spendern entnommenen Nieren wurden in der Schweiz einem Empfänger implantiert. Einige konnten aus medizinischen Gründen nicht verwendet werden, andere wurden im Rahmen des internationalen Organaustausches ins Ausland gesandt.

**104** | Zur Gründung von Swisstransplant vgl. Procès-verbal de la réunion du 4 décembre 1985 du Conseil de la Fondation Swisstransplant, Fondation suisse pour la transplantation, à l'hôtel Bern, Berne, Swisstransplant-Archiv; Fondation suisse pour la transplantation («Swisstransplant»), Acte de fondation, SAMW-Archiv sowie Swisstransplant, in: SÄZ, 26.2.1986, S. 297. Mitte der 1990er Jahre änderte Swisstransplant ihren französischen Namen von »Fondation suisse pour la transplantation d'organes« in »Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes«. Dadurch sollte dem Ziel, die Organspende zu fördern, stärker Ausdruck verlieht werden (vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 4 sowie Swisstransplant: Geschichte, Entwicklung, Projekte, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 9).

**105** | Basler Zeitung, 5.12.1985 sowie Zürichsee-Zeitung, 6.12.1985.

**106** | Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 5. Zur Indikationserweiterung in diesem Sinne kommt die Zunahme von Zweit- oder Dritt-Transplantationen sowie von Multiorgan-Transplantationen, die den Bedarf an Organen erhöhten (vgl. Waldby/Mitchell 2006, S. 178).

**107** | Der Zusammenhang wird in einem internen Swisstransplant-Papier Anfangs der 1990er Jahre folgendermaßen beschrieben: »Gleichzeitig zum Ansteigen der Transplantationen, stellt man eine permanente Verbesserung der erzielten Resultate fest, die es ermöglichen den Bereich der Indikationen ständig auszuweiten, und folglich wird die Warteliste der potentiellen Empfänger erheblich verlängert.« Rolle und Aufgabe des nationalen Koordinators für Transplantation in der Schweiz, Entwurf, o.D., Swisstransplant-Archiv.

**108** | Dass die Transplantationsmedizin ein Opfer ihres Erfolgs wurde, konstatierte 1998 auch Swisstransplant-Präsident Philippe Morel: »Die Transplantation ist ein Opfer ihres Erfolges – die Nachfrage ist riesig«, erklärte er gegenüber dem *Tages-Anzeiger*. Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlapfen, in: *Tages-Anzeiger*, 19.6.1998.

**109** | Geisler 2004, S. 5.

**110** | Geisler 2004, S. 5.

**111** | Vgl. Schlich 1998b, S. 73.

**112** | Vgl. Moulin 1995, S. 79.

**113** | Warum diese Stiftung?, in: *Re-naissance* 2, Februar 1992, S. 5. Auch ein Zürcher Arzt betonte fünf Jahre Später in der *Schweizerischen Ärztezeitung*, dass der Organmangel das prioritäre Problem der Transplantationsmedizin geworden sei (vgl. Candinas 1997, S. 1223).

**114** | Laut der *Schweizerischen Ärztezeitung* bezeichnete der Präsident von Swisstransplant die Transplantationsbilanz des Jahres 1995 als »ernüchternd«. Die Transplantationsmedizin sei dringend auf mehr Spender angewiesen. Vgl. Massiver Rückgang der Organverpflanzungen 1995, in: *SÄZ*, 31.1.1996, S. 175.

**115** | Departement Chirurgie der Universität Basel, Jahresbericht 1991/92, S. 25.

**116** | Vgl. etwa Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: *Basler Zeitung*, 21.12.1989.

**117** | Largiadèr u.a. 1987, S. 1133.

**118** | Als Ausnahme vgl. »Tausche Niere gegen Rebland«, in: *Der Schweizerische Beobachter*, 12.10.1990 sowie Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlapfen, in: *Tages-Anzeiger*, 19.6.1998.

**119** | Schlich 1998b, S. 73.

**120** | Largiadèr 1987, S. 1825. Sehr ähnlich auch in Largiadèr u.a. 1987, S. 1129.

**121** | Wo bleibt die Ethik?, in: *Krankenpflege*, Juli 1990, S. 25.

**122** | Vgl. Geisler 2004, S. 5.

**123** | Vgl. Junge 2001, S. 191.

**124** | Vgl. etwa Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 9.

**125** | Warum diese Stiftung?, in: *Re-naissance* 2, Februar 1992, S. 5.

**126** | Vgl. z.B. Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: *Le Nouveau Quotidien*, 12.9.1994: »Des dizaines de personnes meurent chaque année en Suisse faute de dons d'organes.«; Verfassungsartikel über die Transplantationsmedizin, in: *SÄZ*, 4.9.1996, S. 1419: »Angesichts des akuten Organmangels – 1995 starben deswegen 39 Personen [...].« Vgl. auch Informationsbedarf in der Transplantationsmedizin, in: *NZZ*, 26.4.1997 sowie Dramatischer Mangel an Spenderorganen, in: *Tages-Anzeiger*, 17.10.2000.

**127** | Einige Jahresberichte des Universitätsspitals Zürich führen die Anzahl der Patienten auf, die auf der Warteliste für eine Lebertransplantation gestorben sind. Vgl. etwa Jahresbericht Universitätsspital Zürich, 1987, S. 46; ebd. 1991, S. 42; ebd. 1992, S. 41. In den Jahresberichten der Stiftung Swisstransplant ist die Anzahl der auf der Warteliste verstorbenen Patienten je nach Organ angegeben. Vgl. etwa Swisstransplant Jahresbericht 2002, S. 38.



**128** | Verschiedentlich wurden Organe explizit als »wertvoll« bezeichnet. Vgl. Lichtenhahn u.a. 1992, S. 626 sowie »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988.

**129** | Der Mangel an Organspenden bringt Menschenleben in Gefahr, in: Dreiland-Zeitung, 28.4.1994. In einer Stellen-Beschreibung des nationalen Transplantations-Koordinators von Anfang der 1990er Jahre heisst es: »Angesichts dieser Situation versteht man, dass jeder Spender noch wertvoller wird und dass jedes Organ, das grosszügig zur Verfügung gestellt wird, mit grösster Sorgfalt zu behandeln ist.« (Rolle und Aufgabe des nationalen Koordinators für Transplantation in der Schweiz, Entwurf, o.D., Swisstransplant-Archiv).

**130** | Die Organverschwendung nimmt kein Ende, in: Bündner Zeitung, 6.1.1992.

**131** | Swisstransplant, Pressekonferenz vom 18.1.1996, Universitätsspital Zürich, Presstext, Swisstransplant-Archiv.

**132** | Mosimann 1987, S. 421.

**133** | Largiadèr 1987, S. 1825.

**134** | Vgl. Schlich 1998b, S. 96ff.; Nett u.a. 2003, S. 564ff. sowie verschiedene Beiträge in: Schweizerischer Nationalfonds 2007.

**135** | Die Kriterien für eine Lebendspende wurden kontinuierlich ausgeweitet: Bis 1984 wurden ausschliesslich Nieren von blutsverwandten Spendern transplantiert. Die erste Spende zwischen nur emotional Verwandten fand 1985 statt, wobei erst ab 1991 ein offizielles Programm für Ehepaare gestartet wurde. 2003 erfolgte dann die erste »ungerichtete« Spende zwischen Unbekannten. Vgl. Mosimann 1987, S. 422; Gehrig u.a. 1989, S. 1591 sowie Thiel 2011, S. 6.

**136** | Bei einer Organentnahme nach Herzstillstand ist der Zeitdruck viel grösser als bei einer Entnahme nach Hirntod, da die Organe ohne Sauerstoffzufuhr nicht lange funktionstüchtig bleiben. Daraus resultierten mehrere »ethische Probleme«: Erstens bestand die Befürchtung, dass Patienten aus Sorge um die Organe vorschnell aufgegeben werden. Zweitens galt es als problematisch, dass bei einer Kategorie der herztoten Spender bereits vor dem offiziellen Todeszeitpunkt Maßnahmen im Hinblick auf die Organentnahme eingeleitet werden. Und drittens wurde der Umstand kritisiert, dass kaum genügend Zeit bleibt, um die Angehörigen zu informieren und sie ihre um Einwilligung zu bitten. Aus diesen Gründen standen auch viele Ärzte der Nutzung von »Non Heart Beating Donors« skeptisch gegenüber (vgl. M. E. Rothlin, Herztod – Non Heart Beating Donor, Oktober 1999, SAMW-Archiv; SAMW, Subkommission zur »Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen«, Protokoll der 1. Sitzung vom 20.4.2000, 26.4.2000, SAMW-Archiv sowie SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, genehmigt vom Senat der SAMW am 24. Mai 2005, S. 22). Auch die Lebendspende galt lange Zeit als ethisch äusserst problematisch: Erstens, weil sie gegen das ärztliche Gebot verstösst, niemandem zu schaden (»Primum non nocere«), und eine Gefährdung für den gesunden Spender darstellt. Und zweitens, weil die Freiwilligkeit der Lebendspende angesichts komplexer Beziehungs- und Familiendynamiken kaum zweifelsfrei

entschieden werden kann (vgl. Ethik und medizinischer Fortschritt, in: SÄZ, 20.3.1968, S. 289; M. Allgöwer, Ethische Probleme der Organtransplantation, o.D., SAMW-Archiv, S. 2; Organspende aus der Sicht des Juristen, in: SÄZ, 14.10.1987, S. 1827 sowie Thiel 2004, S. 3). Deshalb griffen viele Schweizer Ärzte und Spitäler nur im Notfall auf eine Lebendspende zurück oder verzichteten ganz auf sie. Das Universitätsspital Zürich lehnte Lebendspenden aus ethischen Gründen bis Ende der 1980er Jahre konsequent ab (vgl. Brief von A. Senning und F. Largiadèr an die SAMW, betreffend die Sitzung der Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation vom 5. November 1969, 5.11.1969, SAMW-Archiv, S. 1; »Nierenverpflanzungen sind reine Routine geworden«, in: Zürichsee-Zeitung, 4.11.1988; »Der Handel mit Organen wäre bei uns undenkbar«, in: St. Galler Tagblatt, 23.1.1989. Vgl. auch Thiel 2011, S. 4f.).

**137** | Vgl. Feuerstein 1996, S. 99f.

**138** | Vgl. Mosimann 1987, S. 422.

**139** | Vgl. Mosimann 1987, S. 422 sowie Gehrig u.a. 1989, S. 1591.

**140** | Faltin/Jeannet/Suter 1992, S. 86f.

**141** | Vgl. die Zürcher Studie über Strategien gegen den Organmangel aus dem Jahr 2003: Nett u.a. 2003, S. 564.

**142** | Patienten, welche bereits tot ins Krankenhaus eingeliefert werden, so erklärt ein Merkblatt für die Spender-Selektion des Inselspitals Bern von 1968, seien selten gute Nierenspender, da bei ihnen die Ischämiezeit [Zeit, während der das Organ nicht mit Blut und damit mit Sauerstoff versorgt wird, S.H.] fast immer zu lange ausfalle. Inselspital Bern, Spender-Selektion für Kadavernieren-Transplantationen, 23.7.1968, Staatsarchiv Bern Insel II 1022, S. 2.

**143** | Allgemeine Kontraindikationen waren unter anderem maligne Tumore (außer Hirntumor), Systemerkrankungen, Vergiftungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Infektionen sowie im Besonderen eine HIV-Infektion (wobei zum Teil schon ein Risikoverhalten bezüglich HIV genügte). Vgl. folgende Leitfäden und Merkblätter: Inselspital Bern, Spender-Selektion für Kadavernieren-Transplantationen, 23.7.1968, Staatsarchiv Bern Insel II 1022; Dringenberg 1992, S. 15; Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 11ff.; Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, unterschiedliche Fassungen, ca. 1981-1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen.

**144** | Organspende in der Schweiz, Seperata SÄZ, März 1989, zit. in: Krankenpflege, September 1990, S. 29.

**145** | Bei den anderen Organen lagen die Altershöchstgrenzen tiefer. Vgl. folgende Leitfäden und Merkblätter: Inselspital Bern, Spender-Selektion für Kadavernieren-Transplantationen, 23.7.1968, Staatsarchiv Bern Insel II 1022; Dringenberg 1992, S. 15; Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 11ff.; Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, unterschiedliche Fassungen, ca. 1981-1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen.

**146** | Immer wieder wurde der Organspender als verunfallter Motorradfahrer imaginiert. Vgl. Seit zwanzig Jahren möglich: Leben mit fremden Herzen, in: Basler Zeitung, 3.12.1987; Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989 sowie Der Mensch – eine Ware?, in: Krankenpflege, September 1990, S. 15.

**147** | Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern, 13.6.1989, S. 4, Swisstransplant-Archiv.

**148** | Der Jahresbericht des Basler Kantonsspitals für das Jahr 1973 bemerkte, dass die unerwartete Verminderung der Nierenspender in der Schweiz zeitlich mit der Geschwindigkeitsbeschränkung im Straßenverkehr zusammenfalle. Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1973, S. 98. Vgl. auch Herz-Transplantation: Geschenktes Leben, in: Der Schweizerische Beobachter 14, 1999; Weniger Unfalltote – weniger Transplantationen, in: Der Bund, 19.1.1996 sowie Nierentransplantation im Zeichen des Organmangels, in: NZZ, 2.10.1995.

**149** | Zwischen 1996 und 2004 waren durchschnittlich rund 62 Prozent aller Leichenspender männlich. Vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2005, S. 16. Zum Verhältnis von Organspende und Geschlecht vgl. Winter 2009.

**150** | Vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2005, S. 15.

**151** | Vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2005, S. 16.

**152** | Im 1994 am »Nationalen Tag der Organspende und Transplantation« in Bern vorgetragenen Popsong »Life is everything« erscheint der Organspender als junger, draufgängerischer Motorradfahrer. Das Swisstransplant-Archiv enthält ein Dokument, auf dem die englische Originalversion sowie eine deutsche, französische und italienische Übersetzung abgedruckt sind. Vgl. Life is everything, Songtexte, Swisstransplant-Archiv. Vgl. auch Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994 sowie Herz-Transplantation: Geschenktes Leben, in: Schweizerischer Beobachter 14, 1999, der junge Verkehrstote als wichtigste Spender-Gruppe nennt.

**153** | Vgl. Baureithel/Bergmann 1999, S. 193f.

**154** | Vgl. Kapitel 4.

**155** | Vgl. Faltin u.a. 1992, S. 85ff. sowie Gross u.a. 2001, S. 74.

**156** | Departement Chirurgie der Universität Basel, Jahresbericht 1988, S. 27. Eine Studie am Universitätsspital Genf stellte von 1985 bis 1990 einen signifikanten Anstieg der Verweigerungen fest (vgl. Etienne u.a. 1991, S. 2558). Swisstransplant verzeichnete für das Jahr 1988 gesamtschweizerisch eine Zunahme der Verweigerungen (vgl. Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern, 13.6.1989, S. 4). Am CHUV in Lausanne sei es gelungen, die Verweigerungen von 57 Prozent im Jahr 1986 auf 13 Prozent im Jahr 1992 zu senken (vgl. Mosimann 1993, S. 18).

**157** | 1994 betonte der Vertreter der nationalen Koordinationszentrale an der Versammlung des Swisstransplant-Stiftungsrates, dass die Verweigerungen der Organspende ein wichtiges Problem blieben (vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 1). Am Berner Inselspital stieg das ablehnende Verhalten seitens der Familienangehörigen gegen eine

Organspende laut einer Studie erst zu Beginn der 1990er Jahre an und blieb dann von Mitte der 1990er Jahre bis 2004 recht stabil (vgl. Seiler u.a. 2006, S. 146f.). 1993 berichtete ein Basler Arzt, dass die Angehörigen in etwa einem Viertel der Fälle die Spende verweigerten (vgl. Basel ein Zentrum für Herztransplantation?, in: Basler Zeitung, 13.1.1993).

**158** | Swisstransplant, Conférence de presse annuelle du 13. Janvier 1994, Conférence du Dr. Philippe Morel, PD: »Résumé des activités de la transplantation suisse pour l'année 1993«, Swisstransplant-Archiv. Vgl. auch das entsprechende Pressecommuniqué, Swisstransplant-Archiv.

**159** | Informationsbedarf in der Transplantationsmedizin, in: NZZ, 26.4.1997.

**160** | Vgl. etwa Tausend Nieren sind immer noch zu wenig, in: Basler Zeitung, 30.1.1996 oder »Der Verzicht auf Nierentransplantationen ist überhaupt keine Frage des Könnens«, in: Aargauer Tagblatt, 14.2.1995.

**161** | Vgl. Seiler u.a. 2006, S. 146ff.

**162** | Inselspital Bern, Jahresbericht 1985, S. 60.

**163** | Vgl. Gehrig u.a. 1989; Mosimann u.a. 1990; Laederach-Hofmann/Isenschmid Gerster 1998; Gross/Marguccio/Martinoli 2000 sowie Imperatori u.a. 2001.

**164** | Dringenberg 1992 sowie Swisstransplant, Le don d'organes pour transplantation, Information et recommandations à l'intention des médecins hospitaliers, Manuskript, 1992, Swisstransplant-Archiv.

**165** | Lichtenhahn u.a. 1992.

**166** | Intensivstationen zur intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit schweren und lebensbedrohlichen Krankheiten wurden zwischen 1965 und 1970 an vielen Spitälern in der Schweiz eingerichtet. Vgl. Barandun Schäfer 2006, S. 129.

**167** | An der Vorbereitung der Organentnahme sind neben Pflegenden und Ärzten von Intensivstationen auch Anästhesisten und Anästhesie-Pflegende beteiligt, die sich um die Beatmung und Kreislaufüberwachung der Hirntoten kümmern. Neurologen sind gewöhnlich für die Hirntod-Diagnose verantwortlich. Die operative Entnahme selber wird von Chirurgen und Pflegenden aus dem Operationsdienst ausgeführt.

**168** | Brief von A. Frutiger, Rhätisches Kantons- und Regionalspital Chur an SAMW, Chur 9.8.1995, SAMW-Archiv.

**169** | SBK-Stellungnahme: Wo bleibt die Ethik?, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 25.

**170** | Vgl. »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 20 sowie Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992.

**171** | Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992.

**172** | Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: Der Bund, 26.6.1992.

**173** | SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, Erstpublikation, in: SÄZ, 2.2.1994, S. 166. In der nach der Vernehmlassung publizierten definitiven Version von 1995 fehlt der Hinweis auf die Belastung (vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995, S. 1389ff.). Möglicherweise steht diese Modifikation im Zusammenhang mit der Vernehmlassungsantwort des Universitätsspitals Zürich, in der die Streichung dieses Satzes gefordert

wird, mit der Begründung, dass die Belastung ja nicht nur die Pflegepersonen treffen würde (vgl. Brief Universitätsspital Zürich, Departement Chirurgie, Klinik für Viszeralchirurgie an SAMW, Zürich 17.5.1994, SAMW-Archiv). Die SAMW-Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf die Organtransplantation von 2005 empfahlen gar eine psychologische Unterstützung des behandelnden Teams, das emotional besonders belastet sei (vgl. SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, genehmigt vom Senat der SAMW am 24. Mai, S. 10f.).

**174** | Bergmann 2000, S. 194f. sowie Bergmann 2004, S. 288ff.

**175** | Vgl. Heinen 2010.

**176** | Vgl. Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 155ff. Vgl. auch Kalitzkus 2009, S. 46 u. 131.

**177** | Bosc/Schneiter 1993, S. 14.

**178** | Vgl. Kesselring 2002, S. 20.

**179** | Vgl. Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 24ff.

**180** | Vgl. Tanner 2005, S. 48; Manzei 2002, S. 96ff. sowie Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 78ff.

**181** | Die Aussagen stammen aus einem Interview mit Marko Turina, dem Direktor der Klinik für Herzgefäßchirurgie am Universitätsspital Zürich und laut *Sonntags-Zeitung* dem »berühmtesten Herzchirurgen der Schweiz«. »Herzen haben wir immer zu wenig, und zwar weltweit«, in: *Sonntags-Zeitung*, 29.5.1994.

**182** | Vgl. Manzei 2002, S. 96ff.

**183** | Zur Entstehung dieses Körperbildes in den medizinischen, hygienischen und politischen Diskursen der Aufklärung vgl. Outram 1989; Sarasin 2003b und Sarasin 2007a.

**184** | Bosc/Schneiter 1993, S. 14. Vgl. die Aussage von zwei Pflegerinnen in einem Interview: »[...] wenn ein Mensch an einer Hirnblutung gestorben ist, sieht man ja überhaupt nicht, dass er tot ist.« (Tod und Weiterleben sind nahe beeinander, in: *Re-nais-sance* 5, November 1992, S. 7).

**185** | Obwohl das EEG in den 1990er Jahren seinen Status als zentrales Instrument zur Diagnostizierung des Hirntods verloren hatte, wurde es weiterhin genutzt. Medizinische Akteure betonten, dass das EEG vor allem im Gespräch mit Nicht-Medizinern hilfreich und überzeugend sei. Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 209ff.

**186** | Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: *Der Bund*, 26.6.1992.

**187** | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: *Krankenpflege*, September 1990, S. 23.

**188** | Editorial, in: *Krankenpflege*, September 1990, S. 13.

**189** | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: *Krankenpflege*, September 1990, S. 22f.

**190** | Feuerstein 1996, S. 76.

**191** | Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: *Der Bund*, 26.6.1992.

**192** | Vgl. Feuerstein 1996, S. 76.

**193** | »Transplantationen sind bittere Notwendigkeit«, in: *Der Landbote*, 6.12.1997.

**194** | Zu den Oral History-Interviews vgl. Bellanger 2006, S. 109ff.

**195** | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 23. Auch in einem Konzeptpapier zur Öffentlichkeitsarbeit der Stiftung Swisstransplant aus dem Jahr 1993 werden »Geier, die auf Intensivstationen kommen« als Problem erwähnt. Vgl. Proposition d'un programme national de communication: »don d'organes«, September 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 3.

**196** | Que se passe-t-il dans le bloc opératoire?, in: Krankenpflege, September 1990, S. 63 sowie L'amour du métier, in: Krankenpflege, September 1990, S. 65.

**197** | »Wir möchten gerne mehr transplantieren«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 30ff. sowie Que se passe-t-il dans le bloc opératoire?, in: Krankenpflege, September 1990, 61ff.

**198** | »Wir möchten gerne mehr transplantieren«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 31.

**199** | SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774.

**200** | Tod und Weiterleben sind nahe beieinander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 7.

**201** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 3.

**202** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 8.

**203** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 3.

**204** | Bosc/Schneider 1993, S. 14. Sehr ähnlich äußerten sich auch Pflegende 1990 in einem Interview: Die Angehörigen könnten den Spender nicht in den Tod begleiten; für einen Abschied gebe es keine Ruhe (vgl. »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 22).

**205** | SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, genehmigt vom Senat der SAMW am 24. Mai 2005, S. 3f.

**206** | Aufgrund des Postulats der Anonymisierung der Organspender sowie der erst in den späten 1990er Jahren vermehrt hinterfragten Zurückhaltung der Transplantationsmedizin, den Prozess der Organentnahme und die Person des Spenders öffentlich zu thematisieren, wurden lange Zeit nur wenige und meist neutrale oder gar positive Schilderungen von Angehörigen publiziert. Als Ausnahme vgl. Organspende zwischen Leben und Tod, in: St. Galler Tagblatt, 6.3.1996. Zur Repräsentation von Spendern in journalistischen und populärkulturellen Medien vgl. Kapitel 5 und 6.

**207** | Ein trauriger Fall, in: Re-naissance 7, April 1993, S. 27.

**208** | Die in den Bericht eingeflossenen Schilderungen der Eltern und das Ereignis selber liegen also zeitlich so weit auseinander, dass der Bericht kaum als unmittelbare Wiedergabe ihrer Eindrücke gewertet werden kann. Vielmehr stellen die dort dargestellten Aussagen der Eltern auch das Ergebnis ihrer nachträglichen Auseinandersetzung mit der Organspende dar. Den Entschluss, eine Untersuchung einzuleiten, haben die El-

tern gemäß dem Bericht erst gefasst, als sie durch Fernsehsendungen auf die Debatten rund um das Deutsche Transplantationsgesetz und das Hirntod-Konzept aufmerksam gemacht wurden (vgl. Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 4). Da es sich um einen vertraulichen Bericht handelt, werden alle Hinweise auf die Identität der Beteiligten aus Rücksicht auf ihre Persönlichkeitsrechte vermieden.

**209** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 9.

**210** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 5.

**211** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 4.

**212** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 3.

**213** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 6.

**214** | Vgl. den Leserbrief von Dr. Adrian Frutiger und die Replik von W. Hitzig, Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW, und J. Gelzer, Generalsekretär der SAMW, in: SÄZ, 19.2.1997, S. 267. Die Frage nach dem offiziellen Todeszeitpunkt ist deshalb kompliziert, da die SAMW-Richtlinien seit 1983 bei der Feststellung des Hirntods zwei Diagnosen im Abstand von sechs Stunden fordern. Als rechtlicher Todeszeitpunkt gilt rückwirkend der Moment der ersten Diagnose, obwohl diese erst durch die zweite Diagnose bestätigt wird. Als weiterer denkbarer Zeitpunkt kommt auch der Moment in Frage, in dem bei der Explantation die Herzscheidader durchtrennt wird. Die Festlegung des genauen Todeszeitpunkts fällt also schwer, weil einerseits die Hirntod-Diagnose einen Prozess darstellt, und andererseits der Herz-Lungen-Kreislauf erst bei der Organentnahme unterbrochen wird.

**215** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 8f.

**216** | Rabinow 2004, S. 177.

**217** | Vgl. Borck 1996, S. 30f.

**218** | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 4.

**219** | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 23.

**220** | Tod und Weiterleben sind nahe beieinander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 10.

**221** | Du donneur au greffé: un passage difficile, in: Krankenpflege, September 1990, S. 69.

**222** | Vgl. folgende Korrespondenz des Verfassers des Berichts im Jahr 2001: Brief an die SAMW, 1.5.2001, SAMW-Archiv; Brief an die SAMW, 16.5.2001, SAMW-Archiv; Brief an die Eltern, 17.5.2001 sowie 3.7.2001, SAMW-Archiv; Brief der SAMW, 29.6.2001,

SAMW-Archiv. Vgl. auch: Brief der SAMW an den Präsidenten der Ethikkommission der SAMW, Basel 30.5.2001, SAMW-Archiv.

**223** | Vgl. SAMW, Richtlinien zur Feststellung des Todes, Draft, 11.9.2001, S. 11. Diese Bemerkung fehlt in der publizierten Version von 2005.

**224** | Vgl. Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992 sowie Wight 1993, S. 15.

**225** | Dringenberg 1992, S. 8.

**226** | Junge 2001, S. 195.

**227** | Brief an die SAMW, 1.5.2001, SAMW-Archiv.

**228** | Bellanger/Steinbrecher untersuchen, wie die medizinische Kultur in der Schweiz den Unsicherheiten rund um den Hirntod begegnete. Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 220f.

**229** | Jonas 1985, S. 223. Vgl. auch Feuerstein 1995, S. 278.

**230** | Frevert 2003, S. 65.

**231** | Editorial, in: Krankenpflege, September 1990, S. 13.

**232** | Wenn Tote sterben, in: Weltwoche, 3.11.1994.

**233** | Sie wurden in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert. Vgl. SAMW, Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, in: SÄZ, 23.4.1969, S. 431ff. Zur Geltungsmacht der SAMW-Richtlinien vgl. das Kapitel 3.1. Allgemein zu Hirntod und Organtransplantation gibt es zahlreiche anthropologische, soziologische und historische Untersuchungen. Vgl. etwa Manzei 1997; Youngner 1999; Schlich/Wiesemann 2001; Lindemann 2002 und 2003; Bondolfi 2003 oder Lock 2005. Zur Geschichte des Hirntods in der Schweiz haben Silke Bellanger und Aline Steinbrecher im Rahmen des Projekts »Die Geschichte einer Innovation – Das Hirntodkonzept in der Schweiz 1960-2000« geforscht, einem Teilprojekt des Nationalen Forschungsprogramms 46 »Implantate, Transplantate«. Vgl. Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002; Bellanger/Steinbrecher 2002a, 2002b, 2004, 2005, 2006 sowie Bellanger 2006.

**234** | Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2002a, S. 2007.

**235** | SAMW, interner Brief, 10.12.1982, SAMW-Archiv, zit. in: Bellanger/Steinbrecher 2002a, S. 2007.

**236** | Leutenegger/Oh/Frutiger 1982, S. 865.

**237** | Vgl. z.B. das Merkblatt betreffend Hirntod und Organentnahme zu Transplantationszwecken des Inselspitals Bern vom 15.10.1970 sowie vom 13.12.1984, Staatsarchiv Bern Insel II 1022. Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 207.

**238** | SAMW, Definition und Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, Version vom 18.11.1994, in: SÄZ, 24.5.1995, S. 868.

**239** | Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 213f.

**240** | Luhmann 1975, S. 38f.

**241** | Vgl. Feuerstein 1995, S. 275f.

**242** | Feuerstein 1995, S. 282.

**243** | Leutenegger/Oh/Frutiger 1982, S. 865.

**244** | Vgl. Bellanger 2006, S. 120f.



**245** | Groupe Projet N°65, Transplantation d'organes, Rapport intermediaire, 17.9.1990, Swisstransplant-Archiv. Teilweise seien Organe entnommen worden, obwohl niemand einen Totenschein unterschrieben habe. Die Spital-Direktion beschloss, dass der Todeszeitpunkt des Spenders durch den Zeitpunkt der Hirntod-Diagnose bestimmt sei, und nicht durch den Zeitpunkt, an dem bei der Entnahme-Operation die Aorta durchtrennt wird, und dadurch der Zusammenbruch des Herz-Lungen-Kreislaufs eingeleitet wird (vgl. Brief des Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, Direction Générale an die Mitglieder des Groupe Projet no 65, 11.2.1991, Swisstransplant-Archiv, S. 2).

**246** | Für krankenhaus-interne Merkblätter vgl. das Merkblatt betreffend Hirntod und Organentnahme zu Transplantationszwecken des Inselspitals Bern vom 15.10.1970 und vom 13.12.1984, Staatsarchiv Bern Insel II 1022 sowie Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, unterschiedliche Fassungen, ca. 1981-1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen. Für allgemeine Leitfäden vgl. Dringenberg 1992; Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant, Le don d'organes pour transplantation, Information et recommandations à l'intention des médecins hospitaliers, Manuskript, 1992, Swisstransplant-Archiv. Neben den Richtlinien zur Feststellung des Todes von 1969, 1983, 1996 und 2005 publizierte die SAMW auch Richtlinien zur Transplantation in den Jahren 1981 und 1995.

**247** | Dringenberg 1992, S. 20. Die Autorin referiert hier den Transplantationskodex, der 1987 von der Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin-West e. V. verabschiedet wurde.

**248** | Vgl. SAMW, Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, in: SÄZ, 23.4.1969, S. 432.

**249** | SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774.

**250** | Um solchen Vorstellungen entgegenzuwirken, wurde der Grundsatz auch verschiedentlich gegenüber der Öffentlichkeit betont. So versicherte ein Berner Transplantationschirurg an einem Symposium zur Organspende, dass sein Team vorgängig überhaupt nichts mit einem allfälligen Spender zu tun haben dürfe. Er verbiete seinen Mitarbeitern, die Intensivstation zu betreten, wenn ein Betroffener dort liege (Abraham Czerniak gegenüber dem Bund. Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: Der Bund, 26.6.1992).

**251** | Adrian Rohner, Direktor der Klinik für Viszeralchirurgie in Genf, in: »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988.

**252** | Vgl. »Wir möchten gerne mehr transplantieren«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 31.

**253** | Schwester Julia im Gespräch mit der Weltwoche. Wenn Tote sterben, in: Weltwoche, 3.11.1994.

**254** | SAMW, Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, in: SÄZ, 23.4.1969, S. 432.

**255** | SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel 1989, S. 22.

**256** | SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1775.

**257** | Zur psychologischen Funktion der Arbeitsteilung vgl. Baureithel/Bergmann 1999, S. 163ff.

**258** | Als erstes Krankenhaus setzte das Inselspital Bern 1988 eine lokale Transplantationskoordinatorin ein. Die Verantwortlichen werteten diese Neuerung kurz- wie längerfristig als Erfolg (vgl. Transplantation am Inselspital 1987-1990, o.D., Staatsarchiv Bern Insel II 1022 sowie Seiler u.a. 2006, S. 143). Die anderen Universitätsspitäler und das Spital St. Gallen taten es Bern später gleich, und stellten einen oder mehrere Koordinatoren ein. Als einziges Regionalspital verfügte Lugano vor 2004 über Koordinatoren (vgl. FSOD/SGI/Swisstransplant 2007).

**259** | Zur Funktion des lokalen Koordinators vgl. Etienne u.a. 1987; Universitätsklinik für Viszerale und Transplantationschirurgie Inselspital Bern, Stellenbeschreibung für den Transplantationskoordinator, 11.4.1988, Staatsarchiv Bern Insel II 1022 sowie Rolle und Aufgabe des nationalen Koordinators für Transplantation in der Schweiz, Entwurf, o.D., Swisstransplant-Archiv.

**260** | Vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel 1989, S. 19; Vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995, S. 1390.

**261** | Vgl. Herztransplantation – mehr als ein technisches Problem, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 74.

**262** | Adrien Rohner, Direktor der Klinik für Viszeralchirurgie in Genf, in: »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988.

**263** | Reto Stocker, Leiter der Abteilung Chirurgische Intensivstation am Universitätsspital Zürich, gegenüber der NZZ. »Wer helfen kann, sollte es tun«, in: NZZ, 13.12.2003.

**264** | Laut dem Soziologen Thorsten Junge ermögliche die Anonymisierung dem Empfänger, sich einen fiktiven Idealspender zu imaginieren. Dies gelte auch umgekehrt: Dass sich die Angehörigen des Spenders in ihrer Phantasie einen Wunsch-Empfänger konstruieren könnten, erleichtere den Entschluss zur Freigabe der Organe (vgl. Junge 2001, S. 215f.). Auch die mediale Berichterstattung rückte vorteilhafte Empfänger in den Vordergrund (vgl. Kapitel 4).

**265** | So erzählte ein Herzempfänger, er wolle nicht wissen, wer sein Spender war, das würde ihn belasten. Er wisse aber, dass der Spender zu Lebzeiten sein Einverständnis gegeben habe. Also sei er in der glücklichen Lage zu wissen, dass er mit seinem Einverständnis lebe. Das neue Organ betrachte er als Geschenk (»Ich hätte diese Organspende auch abgelehnt«, in: Der Bund, 9.3.1996; vgl. auch Müller-Nienstedt 1996, S. 244f. sowie Geschenktes Herz, in: St. Galler Tagblatt, 6.3.1996). Auch für die Pflegenden des Spenders kann die Anonymität des Empfängers entlastend sein: Sie seien froh, dass sie den Empfänger nicht kennen würden, betonten etwa zwei Zürcher Intensivpflegende. Sie bräuchten eine Art »Sicherheitszone« (vgl. Tod und Weiterleben sind nahe beein-

ander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 10). In den meisten Fällen tendierte das Personal auf Intensivstationen aber umgekehrt dazu, sich den Empfänger zu vergegenwärtigen, um die schwierige Arbeit mit einem sinnvollen Ziel zu rechtfertigen – wie ich weiter unten zeigen werde.

**266** | Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 220f.

**267** | Vgl. die Studien zur Einstellung zur Organspende beim in die Organspende involvierten Personal (Gross/Marguccio/Martinoli 2000; Imperatori u.a. 2001), bei der gesamten medizinischen Gemeinschaft (Gehrig u.a. 1989; Mosimann u.a. 1990) sowie bei Medizinstudierenden (Laederach-Hofmann/Isenschmid Gerster 1998).

**268** | An einer Pressekonferenz zur Organspende-Kampagne von 1990 habe FMH-Präsident Rudolf Sahli »mit Sorgenfalten« eine »psychische Reserve« gegenüber der Organspende nicht nur bei der Bevölkerung, sondern auch beim Pflegepersonal konstatiert (laut der Berichterstattung in Krankenpflege, Juli 1990, S. 24). Der ehemalige Leiter der Abteilung für Transplantationschirurgie am Inselspital Bern schrieb im Geleitwort zu einem praktischen Leitfaden für das Operationspersonal: »Im Pflegesektor bestehen, wo auch immer auf der Welt, gemischte Gefühle gegenüber Organtransplantationen. Ein grösserer Teil des Pflegepersonals ist aus sogenannten ethisch-moralischen Gründen gegen eine Organübertragung, ein anderer Teil wird sich unbegrenzt für diese Patienten einsetzen.« (Dringenberg 1992, S. 9).

**269** | Vgl. Organspende in der Schweiz, in: SÄZ, 13.6.1990, S. 1006. Vgl. auch Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 10.

**270** | Seit 1990 unterstützt die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) offiziell die Aufklärungskampagnen der Stiftung Swisstransplant. In der Folge wurde vermehrt die Verantwortung der Hausärzteschaft bei der Früherkennung und Nachbetreuung von Transplantationskandidaten, vor allem aber bei der Vermittlung von Informationen zur Organspende hervorgehoben. 1997 organisierte etwa die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich ein Symposium, um die Zürcher Ärzteschaft für diese Aufgabe zu sensibilisieren. Vgl. Grete 1997, S. 1222 sowie Candinas 1997, S. 1225.

**271** | Diese Bemühungen waren Teil einer allgemeinen Tendenz ab den 1990er Jahren, in der Ausbildung in Pflege und Intensivpflege vermehrt ethische Aspekte sowie die Betreuung der Angehörigen zu thematisieren. Vgl. Barandun Schäfer 2006, S. 135.

**272** | Swisstransplant, Jahresbericht 2003, S. 23.

**273** | Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 3f.

**274** | Dringenberg 1992, S. 8 und 103. Vgl. auch S. 22f.

**275** | Verlorene Herzen, in: Weltwoche, 4.9.2003.

**276** | Vgl. Feuerstein 1996, S. 76f.

**277** | Bosc/Schneiter 1993, S. 14.

**278** | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege September 1990, S. 22.

**279** | Transplantation: Es mangelt an Organen von Spendern, in: Basler Zeitung, 3.3.1992.

**280** | Lichtenhahn u.a. 1992, S 629.

**281** | Als weiteres Beispiel vgl. Mosimann 1987, S. 424.

**282** | Wo bleibt die Ethik?, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 25.

**283** | Inhalt, in: Krankenpflege, September 1990, S. 1.

**284** | Eine Untersuchung aus dem Jahr 2000 ergab, dass die Einstellung des in die Organbeschaffung involvierten Personals zur Organspende sich nicht signifikant von derjenigen der übrigen Bevölkerung unterscheide. Es bleibe viel Arbeit, so das Fazit, um bei diesem Personal eine vorbildliche Einstellung zu fördern. Gross/Marguccio/Martinoli 2000, S. 351ff.

**285** | Vgl. etwa Herz aus fremden Leib, in: NZZ Folio, Februar 1997.

**286** | Die Angehörigen sind überfordert, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995. Im Spital in Lugano generierten Martinoli und seine Kollegen überdurchschnittlich viele Organe. Als Geheimnis des Erfolgs wurde die »Organspende-Kultur« ausgemacht, die sie im Tessin etabliert hätten. Das sogenannte Tessiner-Modell, das besonderen Wert auf den adäquaten Umgang mit den Angehörigen und eine gute Ausbildung des Personals legte, avancierte zu einem nationalen Vorbild (vgl. Die Angehörigen sind überfordert, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995; Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002; Wie entsteht eine »Organspende-Kultur«?, in: NZZ, 19.7.2003; Mit Herz und Seele für die Organspende, in: NZZ 27.10.2003; Leserbrief, in: Les As de Coeur News 20, August 2004).

**287** | Ob in den sechs Schweizer Transplantationszentren und den weiteren Spitälern, die Organentnahmen vornahmen, jeweils eine Einwilligung eingeholt wurde oder nicht, lässt sich nicht eindeutig rekonstruieren. Die vorhandenen Hinweise in den Quellen sind nicht immer sehr aussagekräftig und teilweise widersprüchlich. Trotzdem lassen sich Rückschlüsse auf die Praxis in Zürich, Basel, Bern, Lausanne und Genf ziehen: Es werde einfach angenommen, dass die Leute informiert seien, dass heutzutage so etwas eventuell gemacht werde, erläuterte etwa Felix Largiadèr 1979 gegenüber der Presse den Umstand, dass am Universitätsspital Zürich Organe auch ohne explizite Einwilligung entnommen wurden (Ein Ausweis für Organspender in Vorarlberg, in: Luzerner Neueste Nachrichten, 14.3.1979). Die Direktion des Kantonsspitals Basel hielt 1982 in einem Brief an den Regierungsrat fest, man habe gemäß bisheriger Praxis »in der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle von einer Befragung der Angehörigen aus gut verständlichen Gründen abgesehen« (Brief der Direktion des Kantonsspitals Basel an Regierungsrat H. R. Schmid, Vorsteher des Sanitätsdepartements, Basel 10.8.1982, Staatsarchiv Basel-Stadt SD-REG 1b 6-1 (1)). Gegenüber der *Berner Zeitung* erklärte der Oberarzt der viszeralen Chirurgie am Inselspital Bern, dass weiterhin vor jeder Transplantation die Angehörigen des Spenders befragt würden (Der tote Körper ist kaum geschützt, in: *Berner Zeitung*, 1.12.1986). Am Universitätsspital in Lausanne, so versicherte der Chirurg

François Mosimann 1987, habe man in der Regel den Willen der Angehörigen respektiert (Mosimann 1987, S. 424). In Genf galt bis 1997 die Zustimmungsregelung.

**288** | In einem Bericht des Inselspitals Bern über die Grundlagen der Organtransplantation aus dem Jahr 1987 steht, dass »in der heutigen Praxis in der Schweiz« das Einverständnis der Angehörigen eingeholt werde, falls kein Organspendeausweis vorhanden sei (Universitätsklinik für Viszerale und Transplantationschirurgie, Inselspital Bern, Grundlagen der Organtransplantation, Mai 1987, Staatsarchiv Bern Insel II 1022). Auch im Protokoll einer Sitzung des Stiftungsrats der Stiftung Swisstransplant von 1989 ist in einem Bericht über Nieren-Transplantationen festgehalten, dass die Zustimmung in der Regel eingeholt werde, was natürlich Probleme aufwerfe (Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 13.6.1989, Swisstransplant-Archiv). Bereits an ihren Pressekonferenzen in den Jahren 1985 und 1987 stellte die Stiftung Swisstransplant die Befragung der Angehörigen als übliche Praxis dar, wie die entsprechenden Presseberichte zeigen (vgl. Organspender für Verpflanzungen gesucht, in: Zürichsee-Zeitung, 6.12.1985 sowie Organspenden als Selbstverständlichkeit?, in: Basler Zeitung, 15.10.1987).

**289** | Wem gehört die Leber?, in: Basler Zeitung, Das Journal, 22.9.1989, S. 65. Im Kanton St. Gallen hat die Chefärzte-Konferenz 1990 in einer Weisung die Anwendung der Zustimmungsregelung explizit angeordnet (vgl. »Leider geht die Zahl der Organspenden zurück«, in: St. Galler Tagblatt, 8.9.1995).

**290** | Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989. Im *Tages-Anzeiger* war 1998 zu lesen, dass das Universitätsspital Zürich seit 1993 auf das Recht zur Organentnahme ohne Zusage der Angehörigen verzichte (vgl. Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlappen, in: *Tages-Anzeiger*, 19.6.1998).

**291** | Vgl. Kapitel 2.1.

**292** | Vgl. z.B. Mosimann 1987, S. 424; Wer sich nicht wehrt, wird »Organspender«, in: *Tages-Anzeiger*, 5.4.1995; Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlappen, in: *Tages-Anzeiger*, 19.6.1998.

**293** | Daniel Candinas gegenüber dem *Tages-Anzeiger*. Recht auf Leben und einen würdigen Tod, in: *Tages-Anzeiger*, 25.1.1999.

**294** | Zur Geschichte und zu den Konzepten der Bioethik vgl. Ach/Runtenberg 2002 sowie Baker 1993. In der Schweiz setzte die SAMW 1979 eine zentrale Ethikkommission ein, die sich mit biomedizinischen Fragen auseinandersetzte und medizinisch-ethische Richtlinien (unter anderem auch zur Organtransplantation) erließ. Es handelt sich dabei um eine ethische Selbstreflexion und -kontrolle der Ärzteschaft im Sinne einer traditionellen Standesethik, wie sie von Seiten einer außer-medizinischen, professionalisierten Bioethik auch kritisiert wurde (vgl. Tröhler 1999, S. 50ff. sowie Ach/Runtenberg 2002, S. 15ff. u. 32). Staatliche und kantonale (bio)medizinische Ethikkommissionen entstanden in der Schweiz erst um die Jahrtausendwende. Bereits 1989 wurde die Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik gegründet – eine institutionell unabhängige und interdisziplinäre Fachvereinigung.

**295** | Zur Leitidee der Selbstbestimmung in bioethischen und biomedizinischen Diskursen vgl. Wehling 2008 sowie Ach/Runtenberg 2002, S. 54ff.

**296** | Vgl. Giese 2002, S. 16. Zur Geschichte des »informed consent« vgl. auch Faden/Beauchamp 1986.

**297** | Vgl. Lichtenhahn u.a. 1992, S. 625. Vgl. auch Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 17.

**298** | Vgl. Direktion des Inselspitals Bern, Weisung betreffend Obduktion und Organverpflanzung, Bern 8.10.1986, Staatsarchiv Bern Insel II 1022, S. 2 sowie SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, genehmigt vom Senat der SAMW am 24. Mai 2005, S. 11.

**299** | Vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995, S. 1391.

**300** | SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774.

**301** | Sebastiano Martinoli am Informationstag der Stiftung Swisstransplant, zit. in: Chenaux 2000, S. 98.

**302** | Das Gespräch sei eine sehr schwierige Situation, erzählte etwa Reto Stocker, leitender Arzt an der Abteilung chirurgische Intensivmedizin des Universitätsspitals Zürich. »Dadurch, dass man Angehörigen die Todesnachricht bringt, tut man ihnen schon erheblich weh. Und ich habe das Gefühl, dass sich mit der Frage nach der Erlaubnis zur Organentnahme dieser Schmerz noch vergrössert.« Stocker im Gespräch mit der NZZ. Neues Leben dank neuer Lunge, in: NZZ am Sonntag, 17.8.2003. Vgl. auch Mosimann 1987, S. 425 sowie Scheidegger 1993, S. 11.

**303** | Sebastiano Martinoli im Gespräch mit der NZZ. Neues Leben dank neuer Lunge, in: NZZ am Sonntag, 17.8.2003.

**304** | Vgl. Feuerstein 1996, S. 91.

**305** | Vgl. auch Tod und Weiterleben sind nahe beeinander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 7 sowie »Schon früher übers Thema nachdenken«, in: Tages-Anzeiger, 17.10.2000.

**306** | Vgl. Kapitel 4.

**307** | Zur Einführung in der Schweiz vgl. Wight 1993, S. 15; Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 7 sowie Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 2. juin 1995, Swisstransplant-Archiv, S. 9. Allgemein zum EDHEP vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 218.

**308** | Vgl. Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv. Der Vertreter der Firma Sandoz im Stiftungsrat von Swisstransplant hatte 1994 betont, dass es wünschenswert wäre, wenn die Anfragen um die Organspende von Professionellen durchgeführt würden (vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 7). Zur Rolle der Pharmaindustrie bei der Förderung der Organspende vgl. Kapitel 4.2.

- 309** | Vgl. Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant, Jahresbericht 2003, S. 21.
- 310** | Vgl. Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv.
- 311** | Vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2003, S. 21 sowie Kiss u.a. 2005, S. 506.
- 312** | Kiss u.a. 2007, S. 130.
- 313** | Kiss u.a. 2005, S. 506.
- 314** | Vgl. Margreiter/Mc Master 1993, S. 10 sowie Wight 1993, S. 15.
- 315** | Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv.
- 316** | Wight 1993, S. 15.
- 317** | Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv. Dass die Zustimmung zur Spende zu einem großen Trost für Angehörige werden könne, schrieb auch die Berner Krankenschwester in ihrem praktischen Leitfaden zur Organtransplantation. Dieser Trost erwachse aus dem Wunsch, einem notleidenden Menschen zu helfen, dabei im Sinne des Verstorbenen zu handeln und in dem Geschehen doch noch einen Sinn zu finden (Dringenberg 1992, S. 17f. Vgl. auch Wight 1993, S. 15 sowie Mosimann 1987, S. 425).
- 318** | EDHEP, Organspende, Seminarunterlagen zum Umgang mit Trauernden, S. 8-12, zit. in: Bellanger/Steinbrecher 2002b, S. 2061.
- 319** | Brief vom Thurgauischen Kantonsspital Frauenfeld an Petra Seeburger, Transplantationskoordinatorin am Universitätsspital Zürich, Frauenfeld 8.10.1994, Swisstransplant-Archiv. Vgl. auch Protokoll der ersten Sitzung der Arbeitsgruppe Transplantationskoordination von Swisstransplant (STATKO) am 15. November 1994 in Genf, Swisstransplant-Archiv.
- 320** | Martinoli 1993, S. 16.
- 321** | Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002.
- 322** | Die Nachricht über das Versagen des Organs könnte zu einer psychischen Belastung der Angehörigen führen: Einerseits stirbt mit dem Empfänger auch ein Teil des Spenders, andererseits trägt das Organ das Stigma des Versagens und ist mitschuldig am Tod des Empfängers. Voraussetzung ist freilich, dass die Angehörigen tatsächlich wahrheitsgemäß über den Gesundheitszustand des Empfängers informiert werden. Vgl. Feuerstein 1996, S. 117f.
- 323** | Vgl. Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002 sowie »Wer helfen kann, sollte es tun«, in: NZZ, 13.12.2003.
- 324** | Eine kritische Auseinandersetzung mit der neuen »normativen Leitidee« der Selbstbestimmung in biopolitischen Handlungs- und Diskursfeldern findet sich bei Wehling 2008.
- 325** | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 20 sowie Du donneur au greffé: un passage difficile, in: Krankenpflege, September 1990, S. 70.
- 326** | Vgl. Kapitel 3.2.

**327** | Vgl. Foucault 1983.

**328** | Rose 2007, S. 29.

**329** | Rose 2009, S. 174f.

**330** | Brief von Philippe Morel, Universitätsspital Genf, an Bundesrat Flavio Cotti, Innenministerium, Genf 16.12.1991, Swisstransplant-Archiv.

**331** | Vgl. Adolf Ogi empfängt Re-naissance, in: Re-naissance 3, Mai 1992, S. 10 sowie Worte eines Transplantat-Empfängers, in: Re-naissance 6, Januar 1993, S. 10.

**332** | Sprumont/Roduit 2008, S. 412f.

**333** | Vgl. Bak-Jensen 2008, S. 25. Die politische Zuständigkeit lag bei den Kantonen; der Bund hatte keinerlei Entscheidungsbefugnisse: »Der Bundesrat verfüge weder über die gesetzlichen Grundlagen noch über Mittel, um auf die Situation in der Transplantationschirurgie einzuwirken oder hierzu Vorschläge zu machen«, schrieb der Bundesrat in seiner Beantwortung des Postulats Güntert, Nationalrat, vom 22.3.1990 (zit. in Schneider 1994, S. 18).

**334** | Moulin 1991, S. 213f. Als Beleg für die Wirkmächtigkeit der HLA-Hypothese in der Schweiz vgl. Jeannet u.a. 1969/70; Jeannet 1979 sowie Brunner/Jeannet 1984. »HLA« ist die Abkürzung für Human Leukocyte Antigen. Die genetische Information des gesamten HLA-Systems bewirkt die Ausprägung bestimmter Eiweißstrukturen auf der Zelloberfläche, aufgrund derer das Immunsystem eigenes von fremdem Gewebe unterscheiden kann. Die Typisierung der HLA-Merkmale wurde zur Bestimmung der Kompatibilität von Geweben genutzt (vgl. Schlich 1998b, S. 35ff.).

**335** | Die Blutgruppenregeln entsprachen den Bestimmungen für Bluttransfusionen mit Ausnahme des für Transplantationen bedeutungslosen Rhesussystems (vgl. z.B. Thiel 1970, S. 1553). Seit 2005 werden in der Schweiz auch Nieren über die Blutgruppenschränken hinweg verpflanzt, allerdings nur bei Lebendspenden (vgl. Blutgruppe egal, in: NZZ am Sonntag, 2.3.2008).

**336** | Gilbert Thiel von der Abteilung für Organtransplantation am Bürgerspital Basel ging 1970 von einer wünschenswerten Zahl von mindestens 500 Empfängern auf der Warteliste aus: »Die Wahrscheinlichkeit, dass für eine Leichenniere ein gut kompatibler Empfänger gefunden werden kann, steigt mit der Zahl wartender Nierenempfänger. Berechnungen, die auf den ABO-Blutgruppen und auf den HLA-Antigenen basieren, zeigen, dass ein Leichenorgan eine 95 %ige Chance für eine Transplantation auf einen serologisch kompatiblen Empfänger hat, wenn mindestens 500 prospektive Empfänger zur Auswahl stehen.« Thiel 1970, S. 1554f.

**337** | Vgl. Bak-Jensen 2008, S. 29 sowie Feuerstein 1995, S. 143f. So mussten alle Transplantationszentren in der Schweiz eine einheitliche Typisierungstechnik anwenden. Für die Koordination der Typisierung war das Typisierungslaboratorium am Universitätsspital Genf zuständig. Zudem mussten die Zentren anfangs nicht nur über die Typisierungsergebnisse sondern auch über Seren aller Empfänger verfügen. Nur so konnte direkt bei der Organspende die Kreuzprobe zwischen Spenderlymphozyten und Empfängerserum noch vor dem Versenden der Niere durchgeführt werden. Vgl. Thiel 1970, S. 1555 sowie Largiadèr/Linder/Uhlschmid 1972, S. 722ff.



**338** | SÄZ, 5.11.1969, S. 1186 sowie Universitätsspital Zürich, Jahresbericht 1969, S. 23f.

**339** | Die Austausch-Werte für die Jahre 1970 bis 1986 basieren auf den jährlichen Statistiken des Typisierungslaboratoriums am Universitätsspital Genf (vgl. Zentralarchiv Universitätsspital Genf a und b). Für die nachfolgenden Jahre bis 1999 verfüge ich über keine entsprechenden statistische Werte – mit folgenden Ausnahmen: 1992 betrug der Austausch 15,3 Prozent (vgl. Anhang des Protokolls der Jahresversammlung der STAN vom 18.6.1993 in Bern, St. Gallen 9.7.1993, Swisstransplant-Archiv), 1993 22,4 Prozent (vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 17. juin 1994, Genf 15.5.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 1) sowie 1994 27 Prozent (vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 20. septembre 1995, Genf 27.10.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 2). Im Jahr 2000 betrug der Austausch-Anteil 41 Prozent, 2001 44 Prozent, 2002 40 Prozent und 2003 31 Prozent (vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2004, S. 26). Dies zeigt, dass der Nieren-Austausch gegen Ende der 1990er Jahre wieder zugenommen hat.

**340** | Vgl. Bak-Jensen 2008.

**341** | Largiadèr 1976, S. 1065.

**342** | Es handelt sich um Patienten, die präformierte Antikörper im Blut haben und deshalb gegen die allermeisten der in einer durchschnittlichen Spenderpopulation vorkommenden Antigen-Merkmale immunisiert sind. Sie sind auf HLA-identische oder sehr kompatible Organe angewiesen. Vgl. Frei/Irlé/Jeannet 1986, S. 134 sowie Schlich 1998b, S. 75f.

**343** | Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1979, S. 19.

**344** | Vgl. Moulin 1991, S. 223; Feuerstein 1995, S. 146 sowie Bak-Jensen 2008.

**345** | Vgl. etwa Jeannet 1987, S. 1843 sowie Largiadèr 1976, S. 1065.

**346** | Die nationale Koordination nahm am 3. August 1992 im Genfer Kantonsspital ihren Betrieb auf. Sie sollte die Kommunikation mit den nichttransplantierenden Spitälern und den ausländischen Transplantationsorganisationen sowie die Organisation des Organaustauschs zwischen den Zentren verbessern, die von den Verantwortlichen oft heftig kritisiert wurde (vgl. Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 9 sowie Die Organverschwendung nimmt kein Ende, in: Bündner Zeitung, 6.1.1992). Bis 1992 wurde der Organ-Austausch ohne zentrale Vermittlung direkt zwischen den Spitälern durch Mitglieder der jeweiligen Transplantationsteams koordiniert, was für die Beteiligten einen großen Aufwand bedeutete (vgl. Groupe Project N°65, Transplantation d'organes, Rapport intermediaire, 17.9.1990, Swisstransplant-Archiv, S. 4; Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992 sowie Lichtenhahn u.a. 1992, S. 628). »In der heutigen Situation erfolgt in der Schweiz die Organisation von Organentnahmen und Organaustausch im wesentlichen vielmehr auf der Basis von gegenseitiger Absprache und Improvisation, als auf der Basis einer strukturierten und eingespielten Organisation«, wurde

die Situation in einem internen Papier beschrieben (Rolle und Aufgabe des nationalen Koordinators für Transplantation in der Schweiz, Entwurf, o.D., Swisstransplant-Archiv).

**347** | Swisstransplant, Procès verbal de la réunion de la fondation swisstransplant, 6. avril 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 5.

**348** | Swisstransplant, Procès verbal de la réunion de la fondation swisstransplant, 6. avril 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 5.

**349** | Vgl. Schlumpf u.a. 1996. Organe für »super-dringende« Patienten wurden auch mit anderen europäischen Organisationen getauscht. Bei der Bauchspeicheldrüse erfolgte die Zuteilung an andere Zentren aufgrund der Histokompatibilität (vgl. Swisstransplant, Austauschregeln Pankreas-Transplantation, Zürich 3.11.1993, Swisstransplant-Archiv).

**350** | So kann die Ischämiezeit (die Dauer, während der ein Organ nicht durchblutet ist) ohne Transport kürzer gehalten werden. Vgl. etwa Dumoulin 1998, S. 124.

**351** | Vgl. Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, Autoren: D. Sege und J. Tuma, o. D., Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 9.

**352** | Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1979, S. 19.

**353** | Vgl. Protokoll der Jahresversammlung des STAN vom Mittwoch, 27.6.1990 im Inselspital Bern, Swisstransplant-Archiv, S. 2 sowie Protokoll der Jahresversammlung der STAN vom 18.6.1993 in Bern, St. Gallen 9.7.1993, Swisstransplant-Archiv, S. 1.

**354** | Vgl. Brief von G. Thiel, Kantonsspital Basel, an die Mitglieder der STAN, Basel 17.6.1986, Archiv Kantonsspital St. Gallen sowie Neue Leichennieren Austauschregeln für Swiss-Transplant, Basel 17.6.1986, Archiv Kantonsspital St. Gallen.

**355** | Vgl. Protokoll der Sitzung der STAL (Swisstransplant Arbeitsgruppe Lebertransplantation) vom 11.4.1997 in Bern, Swisstransplant-Archiv, S. 1.

**356** | Vgl. Brief von M. Faidutti, Universitätsspital Genf, an A. Laske, Universitätsspital Zürich, Genf 7.10.1992, Swisstransplant-Archiv; Brief von A. Laske, Universitätsspital Zürich, an Ph. Morel, Universitätsspital Genf, Zürich 13.1.1993, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant Arbeitsgruppe Herztransplantation (STAH), Jahresbericht 1992, Swisstransplant-Archiv.

**357** | Für Nieren bestand ab 1993 eine partielle Pay Back-Verpflichtung (bei Doppeltransplantationen), ab 1996 eine generelle Pay Back-Verpflichtung (vgl. Swisstransplant, Prioritäten und Pay-Back-Regelung für den Organaustausch, St. Gallen 18.10.1993, Swisstransplant-Archiv; Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 5 sowie Beschlussprotokoll der Jahresversammlung der STAN, Bern 25. August 1997, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 2). Betreffend der Pay Back-Regelung für Lebern vgl. Swisstransplant Arbeitsgruppe Lebertransplantation (STAL), Austauschregeln für Lebertransplantate, Zürich 6.7.1992.

**358** | Vgl. Feuerstein 1996, S. 102f.

**359** | Vgl. G. Thiel, Beitritt der Schweiz zu Eurotransplant: die Contra-Position, Basel o. D., Archiv des Kantonsspitals St. Gallen, S. 4.

- 360** | Vgl. Bak-Jensen 2008, S. 39ff.
- 361** | Vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 5.
- 362** | Vgl. Brief von Christine Zimmermann, Nationale Transplantationskoordinatorin, an F. Frey, Inselspital Bern, Genf 11.5.1997, Archiv Kantonsspital St. Gallen.
- 363** | Brief von R. Schlumpf, Universitätsspital Zürich, an F. Frey, Inselspital Bern, 21.7.1997, Archiv Kantonsspital St. Gallen.
- 364** | Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 9. septembre 1999, Genf 27.9.1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 3.
- 365** | So heißt es auch in der Botschaft des Bundesrats zum nationalen Transplantationsgesetz, dass die Zuteilungspraxis nach Aussage der Beteiligten sehr gut funktioniere. Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 115. Vgl. auch Schlumpf u.a. 1996, S. 408f. sowie Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 9. septembre 1999, Genf 27.9.1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 3.
- 366** | Largiadèr 2010, S. 273.
- 367** | Largiadèr 2010, S. 253.
- 368** | Vgl. Largiadèr 2010, S. 253f. u. 266. Vgl. ebenfalls den Brief von M. Faidutti, Universitätsspital Genf, an A. Laske, Universitätsspital Zürich, Genf 7.10.1992, Swisstransplant-Archiv; Brief von A. Laske, Universitätsspital Zürich, an Ph. Morel, Universitätsspital Genf, Zürich 13.1.1993, Swisstransplant-Archiv sowie Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 20. septembre 1995, Genf 27.10.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 5.
- 369** | In den Protokollen der STAN finden sich immer wieder Hinweise, dass die genaue geographische Aufteilung der Einzugsgebiete umstritten war. Vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 17. juin 1994, Genf 15.5.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 4; Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 20. septembre 1995, Genf 27.10.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 5; Beschlussprotokoll der Jahresversammlung der STAN, Bern 11. November 1998, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 2; Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 9. septembre 1999, Genf 27.9.1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 2.
- 370** | Eine Studie, die darauf die Zuteilung von Nieren in der Schweiz untersuchte, entdeckte jedoch nur wenig Unregelmäßigkeiten und kam zum Schluss, dass die Zuteilung sehr befriedigen erfolge. Vgl. Landmann 1994.
- 371** | Während die Nierentransplantation schon früh eine Pflichtleistung der Krankenkassen wurde, so wurden die Transplantationen anderer Organe anfangs nicht oder nicht vollständig von den Kassen übernommen. Vgl. Largiadèr 2010, S. 86 u. 198. Vgl. auch Kosten für Herztransplantationen, in: NZZ, 28.8.1986; Herzverpflanzung kassenpflichtig, in: Der Bund, 10.12.1988; An Geld fehlt es nicht, in: Coop-Zeitung, 8.6.1989; Sutter 1993, S. 17; Lebertransplantation am Unispital: Krankenkasse muss zahlen, in: Tages-Anzeiger, 8.9.1994; Lebertransplantation auf Krankenschein, in: NZZ, 15.9.1994.

**372** | Vgl. Dumoulin 1998, S. 116ff. sowie Schneider 1994.

**373** | Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wurde ab den 1980er Jahren in den westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten zunehmend als ein großes Problem angesehen. Vgl. Stollberg 2001, S. 52f.

**374** | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 3f. sowie Schneider 1994, S. 28f. Unter anderem aus diesem Grund schrieb der Schweizer Verband für Gemeinschaftsausgaben der Krankenkassen (SVK) eine Mindestanzahl von Transplantationen pro Zentrum vor (vgl. Lebertransplantation am Unispital: Krankenkasse muss zahlen, in: Tages-Anzeiger, 8.9.1994 sowie Lebertransplantation auf Krankenschein, in: NZZ, 15.9.1994).

**375** | Zürich nahm 1985 die Herztransplantationen wieder auf. Lausanne und Genf folgten wenig später, Bern 1994 und Basel erst 1999. Ab diesem Zeitpunkt wurden an fünf Spitälern in der Schweiz Herzen verpflanzt, wobei die Anzahl der jährlichen Eingriffe pro Zentrum meist sehr gering blieb. Nachdem Genf 2003 und Basel 2006 die Herztransplantationen einstellten, sind es später noch drei Zentren, die diese Eingriffe durchführen. Vgl. Reho u.a. 2005 sowie Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2010.

**376** | Schneider 1994, S. 18f.

**377** | Die diesbezügliche Präferenz der kantonalen Gesundheitspolitiker kann demokratietheoretisch mit der Sorge um das Ansehen bei den kantonalen Wählern erklärt werden (vgl. Stollberg 2001, S. 53 sowie Schneider 1994, S. 18). 1999 erklärten die Krankenkassen in einer Stellungnahme, dass die Anzahl der Transplantationskliniken »aus Prestige Gründen weit über den Bedarf« hinausgingen (Das beste Pferd aus Zürich und kein Herz für Basel, in: Weltwoche, 9.3.2000).

**378** | Largiadèr 2010, S. 155.

**379** | Vgl. etwa die Argumentation des Leiters des Lebertransplantations-Programms am Inselspital Bern 1992 an einem Symposium (Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: Der Bund, 26.6.1992) sowie des Direktors der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie am Inselspital Bern 1994 im Interview (»Hier entnommene Herzen auch hier verpflanzen«, in: Berner Zeitung, 10.5.1994).

**380** | Ulrich Althaus vom Inselspital Bern, zit. in Schneider 1994, S. 53. Ähnlich argumentierten 1993 auch die Leiter der Basler Transplantationsabteilung, Jonas Landmann und Gilbert Thiel: Basel drohe in Bezug auf die Transplantation zweitrangig zu werden, weil es das einzige Universitätsspital habe, das außer Nieren kein solides Organ transplantiere (vgl. Basel ein Zentrum für Herztransplantation?, in: Basler Zeitung, 13.1.1993).

**381** | Markus Büchler gegenüber der Weltwoche. Das beste Pferd aus Zürich und kein Herz für Basel, in: Weltwoche, 9.3.2000.

**382** | Der Herzchirurg René Prêtre im Interview: »Lässt sich im Gesundheitswesen sparen, Herr Prêtre?«, in: Tages-Anzeiger, 31.12.2010. Zur symbolischen Bedeutung des Herzens im Zusammenhang mit Transplantationen vgl. Wiebel-Fanderl 2001.

**383** | Vgl. Schlich 1995a, S. 20ff.; Schlich 1996, S. 16 u. 29 sowie Schlich 1998a, S. 349.

**384** | Unter »Feld« versteht Bourdieu unterschiedliche Bereiche des sozialen Lebens, die bestimmten Codes, Strukturierungen, Rangordnungen – oder eben Spielregeln – unterworfen sind, und auf denen die sozialen Kämpfe um die bestmöglichen Positionen im Feld stattfinden. Vgl. Bourdieu 1993b sowie Bourdieu 1997.

**385** | Diese anderen Kapitalformen können wiederum in symbolisches Kapital transferiert werden. Zum symbolischen Kapital vgl. Bourdieu 1987, S. 205ff. u. 245ff. sowie Bourdieu 1998, S. 108ff.

**386** | Zu Bourdieus Kapital-Theorie vgl. Bourdieu 1992. Zur Anwendung von Bourdieus Theorie auf die ärztliche Praxis vgl. Begenau u.a. 2005, S. 33ff.

**387** | Eine Darstellung dieser sich an ökonomischen Modellen orientierenden Theorien findet sich bei Callon 1995, S. 36ff.

**388** | Eine solche Auflistung von Pionierleistungen – einerseits für die Schweiz und andererseits international – stand jeweils am Ende der Jahresberichte von Swisstransplant unter dem Titel »Geschichte der Transplantationsmedizin«.

**389** | Zu diesem Schluss kommt Eckert 2003, S. 1f. sowie 120ff.

**390** | Ein Arzt schrieb beispielsweise, das ärztliche Tun, das sich mit dem Mantel der Propaganda und Sensation umgebe, lasse darauf schließen, dass solche Ärzte einem fatalen Größenwahn erlegen seien. »Aber Sensationsrummel dient weder dem Patienten noch der Orientierung des Publikums [...], sondern lediglich der Befriedigung persönlichen Ehrgeizes und Ruhmes.« Stimmen zu den Herztransplantationen, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 75. Ähnliche Äußerungen finden sich auch in: Herztransplantation – mehr als ein technisches Problem, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 74; Herz zur Show, in: SÄZ, 13.3.1968, S. 277 sowie Herzverpflanzungen – Suche nach gültigen Maßstäben, in: NZZ, 18.6.1968. Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1949f.

**391** | Bereits 1912 erhielt Alex Carrel den Nobelpreis in Anerkennung seiner Arbeit über die Gefäßnaht und die Transplantation von Blutgefäßen und Organen. Joseph Murray erhielt den Ehrenpreis 1990 zusammen mit E. Donnall Thomas für die Einführung der Methode der Übertragung von Gewebe und Organen als klinische Behandlungspraxis in der Humanmedizin. Zwei Nobelpreise wurden im Bereich der Immunologie verliehen: 1960 an Peter Brian Medawar für die Entdeckung der erworbenen immunologischen Toleranz sowie 1980 an Jean Dausset für die Erforschung des HLA-Systems.

**392** | Zu einer diesbezüglichen Kritik an Bourdieus Theorie vgl. Moebius 2006, S. 65 sowie Sarasin 2003a, S. 17f.

**393** | Organigramm der Transplantationschirurgie am Inselspital Bern, o. D., Staatsarchiv Bern Insel II 1022.

**394** | Vgl. Swisstransplant, Prioritäten und Pay-Back-Regelung für den Organaustausch, St. Gallen 18.10.1993, Swisstransplant-Archiv sowie Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 5.

- 395** | Foucault 2004b, S. 54. Zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens vgl. Borck 1996, S. 19f.
- 396** | »Wir möchten gerne mehr transplantieren«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 29.
- 397** | Wo bleibt die Ethik?, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 25.
- 398** | Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994.
- 399** | »Hier entnommene Herzen auch hier verpflanzen«, in: Berner Zeitung, 10.5.1994.
- 400** | 1969 äußerte das Universitätsspital Zürich die Absicht, den Mangel an Spendern durch Zuziehung weiterer Spitäler zur Organspende beheben zu wollen. 1970 stellten dann erstmals auch andere Spitäler der näheren Umgebung Nieren von Frischverstorbenen für die Transplantation zur Verfügung (vgl. Universitätsspital Zürich, Jahresbericht 1969, S. 23f. sowie 1970, S. 24). Am meisten Organe beschafften in den 1970er, 1980er und 1990er Jahren die Spitäler in Aarau, Chur, Luzern und Lugano.
- 401** | Universitätsspital Zürich, Jahresbericht 1975, S. 63. Dieselbe Aussage findet sich bereits in einem Bericht von Zürcher Ärzten über die Organtransplantation in Zürich von 1972 sowie später in einem Bericht von 1987 (vgl. Largiadèr/Linder/Uhlschmid 1972, S. 725 sowie Largiadèr u.a. 1987, S. 1133).
- 402** | Inselspital Bern, Jahresbericht 1985, S. 60. Eine ähnliche Aussage findet sich in Largiadèr 1987, S. 1825.
- 403** | »Der Appell zur landesweiten Identifizierung potentieller Spender muss also erneut mit aller Dringlichkeit ausgesprochen werden.« So lautet der letzte Satz einer Studie, welche die Nichtbeteiligung der peripheren Spitäler bei der Rekrutierung von Organspendern problematisierte (Landmann 1994, S. 1586). Laut einem Protokoll der Jahresversammlung der STAN (Swisstransplant Arbeitsgruppe Nierentransplantation) von 1996 verfolgte Swisstransplant zu dieser Zeit eine Informationsstrategie in drei Schritten: Zuerst sollen die peripheren Spitäler Informationsmaterial erhalten. Danach werden Vertreter der Spitäler vom nächstgelegenen Transplantationszentrum zum Informationstag eingeladen. Diese Vertreter sollen dann als Verbindungspersonen fungieren (vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 2).
- 404** | Worte eines Transplantat-Empfängers, in: Re-naissance 6, Januar 1993, S. 11.
- 405** | Neues Leben dank neuer Lunge, in: NZZ am Sonntag, 17.8.2003. 2002 stammten von 75 in der Schweiz identifizierten Spendern nur 14 aus nichttransplantierenden Spitälern (davon 7 aus Lugano). 2003 waren es 23 von 95 Spendern (davon acht aus Lugano) (vgl. Swisstransplant, Jahresberichte 2002 und 2003).
- 406** | Brief von A. Frutiger, Rätisches Kantons- und Regionalspital Chur an SAMW, Chur 9.8.1995, SAMW-Archiv.
- 407** | Genau genommen bezieht sich der Absender auf den Vernehmlassungs-Text der Richtlinien, der 1994 publiziert wurde. Der betreffende Passus blieb aber in der definitiven Version unverändert bestehen. Vgl. SAMW, Definition und Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, Version vom 18.11.1994,

in: SÄZ, 24.5.1995, S. 869 sowie SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774.

**408** | Vgl. Brief von A. Frutiger, Rätisches Kantons- und Regionalspital Chur an SAMW, Chur 9.8.1995, SAMW-Archiv.

**409** | Leutenegger/Oh/Frutiger 1982, S. 865.

**410** | Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992.

**411** | Vgl. Lichtenhahn u.a. 1992, S. 623ff.

**412** | Lichtenhahn u.a. 1992, S. 623.

**413** | Lichtenhahn u.a. 1992, S. 630.

**414** | In den symbolischen Kämpfen in den einzelnen Feldern geht es laut Bourdieu nicht nur darum, vom symbolischen Kapital zu profitieren, sondern auch darum, die Definitions- und Legitimationsmacht über die Spielregeln, an denen sich die Kämpfe ausrichten haben, festzulegen. Es »geht in den Kämpfen darum, wer definiert, was im jeweiligen sozialen Feld erstrebenswert ist, [...] wie gedacht, wahrgenommen und gehandelt werden darf.« Moebius 2006, S. 56f.

**415** | Vgl. Bourdieu 1993a, S. 107ff.

**416** | 2003 wurde Martinoli etwa von der NZZ unter dem Titel »Mit Herz und Seele für die Organspende« portraitiert (NZZ, 27.10.2003). Vgl. auch Martinoli 1993; Die Angehörigen sind überfordert, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995; Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002; Wie entsteht eine »Organspende-Kultur?«, in: NZZ, 19.7.2003; Verlorene Herzen, in: Weltwoche, 4.9.2003; Beim Organspenden sind die Tessiner Spitze, in: Tages-Anzeiger, 28.4.2004.

**417** | Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 3.

**418** | Vgl. Weiterhin Mangel an Transplantationsorganen, in: NZZ, 7.2.1997. Eine Studie zum Organmangel in der Schweiz von 2006 kam zum Schluss, dass trotz dieser pauschalen Entschädigungen die ökonomischen Anreize für die Spitäler zu gering blieben: »Obwohl gewisse finanzielle Leistungen, die durch eine Organentnahme für die Institution entstehen, durch die Kostenträger (SVK) mit einer Pauschale abgegolten werden, wird wohl der [...] Negativtrend in der Schweiz nicht abgefangen werden können. Der zunehmende Kostendruck, die Arbeitszeitbeschränkungen bei Ärzten und Pflege, aber auch dadurch verursachte verständliche Motivationsprobleme bei den Verantwortungsträgern und die weiterhin zunehmende Konkurrenzierung der Ressourcen und Kapazitäten innerhalb eines Spitals durch diese nicht planbaren und als Notfall zu organisierenden Organspenden (mit dem Elektiv- oder Notfallprogramm) unterstützten diesen Negativtrend weiter.« (Seiler u.a. 2006, S. 148).

