

5. Körperlichkeit & Mortalität: Organspende und der Tod des Menschen

»...wenn ich einen Organspendeausweis ausfülle, dann versetze ich mich in die Situation, ich könnte nicht mehr leben...«
(Zitat aus Interview ›Jule‹)



In diesem ersten empirischen Kapitel geht es um die Auseinandersetzung mit einer kulturellen Erfahrungsdimension der postmortalen Spende, die auf den ersten Blick selbstverständlich erscheint: Tod und Sterben des menschlichen Körpers, die nicht zuletzt die rechtliche Voraussetzung für den Transfer von vitalen Körperteilen darstellen. Im Folgenden wird es also um die Ambivalenzen gehen, die mit eben jener Verbindung materiell bestehender und damit auch vergänglicher Körperlichkeit und den Notwendigkeiten der Praxis der Transplantation einhergehen. Organspende, und dies scheint im Ringen um öffentliche Akzeptanz oftmals in den Hintergrund zu treten, ist auch Teil von Sterbe- und Trauerkultur und betrifft mit dem Tod die essentiellste Grenze des menschlichen Lebens. So sind der Tod des Körpers und ein pragmatischer Blick auf seine materiellen Bestandteile zwar die Grundbedingung für eine Entnahme lebenswichtiger Organe, doch sind es zugleich eben diese Bedingungen, die in der Gesundheitskommunikation zu Organspende oft hinter bunten Bildern, Schrift in Regenbogenfarben, Held*innennarrativen oder ›Festen des Lebens‹ verschwinden und von Akteur*innen des Feldes offenkundig als ›hinderlich‹ wahrgenommen werden. Im Folgenden werden wir deshalb die ambivalenten und damit weniger werbewirksamen Bereiche der Organspende in den

Blick nehmen,¹ die sich auf drei Ebenen (Tod und Sterben des Körpers, der Zerlegung des Körpers und der Ebene der Organe selbst) verorten lassen, in denen wiederum jeweils unterschiedliche Grenzen (Leben/Tod, Mein Körper/Dein Körper, Person/Material) brüchig werden und Konfrontationsräume² geöffnet werden. Sicht- und greifbar wird das Ambivalente der Organspende innerhalb dieser ›Stationen‹ vor allem durch Strategien der Einhegung und – wie ich später zeigen werde – (fast) Abwesenheit in öffentlich-affirmativen Praktiken der Organspende. Diese ›Fast-Abwesenheit‹ von Körper, Tod, Zergliederung, inneren Organen und Körperflüssigkeiten gestaltet sich nicht etwa in Form eines gänzlichen Ausschlusses aus dem Alltagsleben, sondern vielmehr in einem fortwährenden komplexen Annäherungsspiel, einem ständigen Changieren zwischen Annäherung und Distanzierung (zum Beispiel, wenn zahlreiche Plakate an öffentlichen Orten Organspendeausweise zeigen, diese jedoch so abgebildet sind, dass das Wort »Tod« darauf nicht lesbar ist).

Doch welche Schlüsse lassen sich hieraus über die kulturpsychologischen Aspekte der Organspende als gesellschaftlicher Praxis ziehen? Um diese Fragen und damit auch den Blick auf das empirische Material greifbarer zu machen, werde ich im Folgenden drei begriffliche Grenz-Konzepte vorstellen, die uns als *sensitizing concepts*³ durch das Kapitel begleiten und helfen sollen, die am Ende stehende Reflexion einzuordnen: Das *Abjekt*, wie es von Julia Kristeva beschrieben wurde,⁴ sowie daran anschließende Überlegungen zu Zwischenlagen⁵ und Transdifferenz⁶ und das im Wesentlichen von Antje Kahl und Hubert Knoblauch geprägte Konzept der *Transmortalität*.⁷

5.1 (Körper-)Grenzen: Begriffe und Konzepte

Organspende ist eine Praxis, die in mehrfacher Hinsicht imaginierte und materielle Grenzen des Körpers betrifft und bestehende Bilder von Körper(grenzen) herausfordert. Tod, Sterben und materielle Aspekte der Körperlichkeit gehen in der Praxis der Organtransplantation prekäre Verbindungen ein: Nicht nur muss das eigene Ende mit Blick auf ein Weiterleben anderer gedacht werden, auch etabliertes Wissen (beispielsweise über die Rolle des schlagenden Herzens oder das Aussehen eines toten Körpers) und lange gewachsene Tabus werden mitunter infrage gestellt.

Die Transplantation von Organen lässt sich entsprechend nicht ausschließlich mit angenehmen, positiven Bildern verknüpfen, sondern bringt auch beängstigende, erschreckende, traurige, gruselige oder ekelerregende Aspekte mit sich. Im Gegenzug scheinen verschiedene Akteur*innen öffentlicher Gesundheitskommunikation fortwährend gegen genau diese eher ambivalenten Seiten anzukämpfen, sie einzuhegen und im Rahmen einer eher nüchternen und ›blutleeren‹ Wissenschaftskommunikation

1 Vgl. hierzu auch Böhrrer 2021.

2 Vgl. Auerochs 2012.

3 Vgl. Blumer 1954.

4 Vgl. Kristeva 1982.

5 Vgl. Giesen 2010.

6 Vgl. Nowak 2011.

7 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017.

einzufangen. Eine wichtige Rolle spielen dabei nicht nur Konzepte und Beobachtungen, die den gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod ins Auge fassen, sondern vielmehr auf einer viel allgemeineren Ebene, der Umgang mit (gedachten, gewachsenen, vorgestellten) Grenzen und deren Verhältnis zu den stabilisierenden Strukturen, die wir als unser gesellschaftliches und kulturelles Umfeld wahrnehmen. Verhandelt wird mit der Frage nach der Möglichkeit einer Organspende also nicht nur die Bereitschaft potenzieller Spender*innen, anderen Menschen zu helfen, sondern immer wieder auch Grenzen des Körpers, des Subjektes, aber des Vorstellbaren und Sagbaren.

Im Folgenden wird es deshalb auch darum gehen, den Blick für jene kulturellen Sicherheitsmaßnahmen zu öffnen, die ergriffen werden, um den ›Horror‹ der Vermischung und des Uneindeutigen im Zaum zu halten und in angenehme, sagbare, vor allem aber ›ordnende‹ Rahmen zu überführen.

Abjektion, Transdifferenz und die Grenzen des Subjekts

In ihrem Anfang der 1980er Jahre erschienenen Essay *The Powers of Horror* entwirft die aus Bulgarien stammende Literaturtheoretikerin und Philosophin Julia Kristeva eine psychoanalytisch inspirierte Kulturtheorie, die sich dem Abjekten, also den Prozessen des systematischen (scheinbaren) Ausschlusses des kulturell Verworfenen und damit all jenem widmet, was das Subjekt und die kulturelle Ordnung bedroht.⁸ Mit Kristevas theoretischer Konzeption des Abjekten als Bedrohung kultureller Ordnungsvorstellungen lässt sich jedoch nicht nur das Moment der Bedrohung analysieren, sondern auch das kulturkonstituierende Moment der Abjektion erkunden. Denn Abjektion ist »nicht nur der erste Schritt zur Subjektwerdung, sondern auch der erste Schritt zur Konstitution einer kulturellen Ordnung und gleichzeitig der grundlegende Mechanismus zu deren Aufrechterhaltung.«⁹ Das Abjekt ist dabei nicht im eigentlichen Sinne ein Objekt (obgleich es dem Ich entgegengesetzt ist) und findet sich dort, wo der Sinn zusammenbricht.¹⁰ Das Abjekt spielt nicht nach den vertrauten Regeln, es bezeichnet eine Beziehung, die wir zum ›Auszuschließenden‹ eingehen, vielleicht sogar eingehen müssen, um uns selbst zu erhalten. Kristeva beschreibt dies als:

»Not me. Not that. But not nothing, either. A ›something‹ that I do not recognize as a thing. A weight of meaninglessness, about which there is nothing insignificant, and which crushes me. On the edge of nonexistence and hallucination, of a reality that, if I acknowledge it, annihilates me.«¹¹

Mit ihren Überlegungen zum Abjekt entwirft Kristeva nicht zuletzt ein konzeptionelles Werkzeug »zur Analyse der psychosozialen Verfasstheit der heutigen Kultur«.¹² Die psychische Konstitution des Subjektes ist untrennbar mit kultureller Ordnung verbunden. »Ist der Status des Subjekts gefährdet, ist damit gleichzeitig das Fundament der

8 Vgl. auch Auerochs 2012.

9 Pfaller und Schetsche 2021: 1.

10 Vgl. Kristeva 1982: 1

11 **Ebd.: 2.**

12 Pfaller und Schetsche 2021: 1.

modernen Gesellschaft infrage gestellt. Werden kulturell etablierte Grenzen überschritten, wird auch die psychische Integrität des Subjektes bedroht.¹³ Die Verknüpfung von Psyche und Gesellschaft stellt Kristeva auf grundlegend anthropologische Füße, wenn sie diese von Mechanismen sowohl frühkindlicher Entwicklung als auch von kulturbildenden Prozessen ableitet. Der frühkindliche Mensch wird zum Subjekt durch zunehmend differenzierte Unterscheidung des Selbst von der umgebenden Welt. Nach einer ähnlichen Logik entsteht auch Kultur aus elementaren Unterscheidungen wie sauber/schmutzig, tot/lebendig, Lebewesen/Sache etc. Essenzieller Bestandteil, sowohl der Selbstwerdung als auch der Konstitution von Kultur ist somit auch das Verwerfen dessen, was »nicht dazu gehört«, nicht dazugehören darf und damit nicht Teil des Körpers, nicht Teil kultureller Gemeinschaften sein darf. Zugleich wird das Abjekt nie vollständig ausgeschlossen. Das Spiel von Annäherung an und Distanzierung vom Abjekt ist ein Spiel der Grenzen und ihrer Aufrechterhaltung: Grenzen des Körpers, Grenzen des Subjekts, Grenzen des Vorstellbaren.¹⁴ Der Umgang mit allem, was als existenziell verstandene Grenzen wie die des Körpers in Frage stellt und damit das Subjekt und seine kulturelle Ordnung bedroht ist deshalb »als elementare Kulturleistung zu verstehen, die beständig vollzogen werden muss«.¹⁵ Das Spiel mit dem Abjekt hält also die Ordnung aufrecht, den Körper zusammen und das Subjekt »sicher«.

Die Abscheu vor Lebensmitteln, eine körperliche Reaktion beispielsweise auf saure Milch oder die dünne Haut, die sich auf deren Oberfläche bilden kann, gehört nach Kristeva zu den elementarsten Formen der Abjektion.¹⁶ Noch heftiger reagiert das Subjekt im Angesicht des unwiederbringlich Verunglückten. Leichen(-teile), Kadaver, eitrige Wunden oder Verwesung, kurzum: Tod und Verfall, Körperflüssigkeiten und Verunreinigungen lösen Prozesse der Abjektion aus und müssen eingehegt werden.

»These body fluids, this defilement, this shit are what life withstands, hardly and with difficulty, on the part of death. There, I am at the border of my condition as a living being. My body extricates itself, as being alive, from that border.«¹⁷

Wenn der Tod das Leben infiziert und dem Subjekt »without God and outside of science«,¹⁸ also ohne religiöse oder wissenschaftliche Einhegung begegnet, beginnt die Arbeit an der (Wieder-)Herstellung von Grenzen. Die Grenzen des Körpers sind dabei von besonderem Interesse. Kristeva lässt sich hier von Mary Douglas inspirieren, die in ihrer Arbeit zu Reinheit und Gefährdung auf die Verbindungen von Körper und symbolischer Ordnung hinweist. »Der Körper«, so beobachtet sie, »liefert ein Modell, das für jedes abgegrenzte System, jede Art von Ordnung stehen kann. Seine Begrenzungen können für alle möglichen Begrenzungen stehen, die bedroht oder unsicher sind.«¹⁹ Es sei ausgeschlossen, so Douglas,

13 Ebd.: 1.

14 Vgl. auch ebd.: 1f.

15 Ebd.: 2.

16 Vgl. Kristeva 1982: 2.

17 Ebd.: 3.

18 Ebd.: 4.

19 Douglas 1985: 152.

»daß wir Rituale interpretieren können, in denen Exkremente, Muttermilch, Speichel und Ähnliches eine Rolle spielen, wenn wir den Körper nicht als ein Symbol für die Gesellschaft begreifen oder übersehen, daß die Kräfte und Gefahren, die es in der Sozialstruktur geben soll, im Kleinen auch durch den Körper ausgedrückt werden.«²⁰

Dabei sind es insbesondere die Öffnungen des Körpers, die auf dessen Vulnerabilität aufmerksam machen und von besonderem Interesse für ritualisierte Einhegungen sind. »Manchmal«, so Douglas, »scheint es, als stünden die Körperöffnungen für die Punkte, an denen man in eine soziale Einheit gelangt oder an denen man sie verläßt [...].«²¹ Die Herstellung von Kultur entspricht nach Douglas der Herstellung von Ordnung durch Kategorisierung: »Die Sehnsucht nach eindeutigen Trennlinien und klaren Begriffen gehört zu unserem menschlichen Sein.«²² Schmutz beispielsweise ist damit nicht *per se* Schmutz im Sinne einer ontologischen Kategorie, sondern vielmehr eine Frage der Perspektive. »Wo es keine Differenzierung gibt, gibt es auch keine Verunreinigung.«²³

Kristeva greift diese Gedanken von Douglas mehrfach auf und weist darauf hin, dass Bedrohung sowie Anziehung und Faszination des Abjekts vor allem durch Vermischung kultureller Kategorien entsteht. »It is thus not lack of cleanliness or health that causes abjection but what disturbs identity, system, order. What does not respect borders, positions, rules. The in-between, the ambiguous, the composite.«²⁴ Das Abjekt ist folglich also das, was Grenzen, Positionen, Regeln nicht respektiert. Das Dazwischen, das Zweideutige, das Zusammengesetzte. Wenn also konzeptuelle Kategorien wie »tot« und »lebendig«, die grundlegende menschliche Erfahrungen organisieren in Unordnung geraten, wird uns die eigene Fragilität vor Augen geführt.²⁵ Der Tod ist das ultimative Abjekte.²⁶ Vor diesem Hintergrund erfüllen die Prozesse der Abjektion eine bestimmte Funktion: »There, abject and abjection are my safeguards. The primers of my culture.«²⁷ Das Abjekt ist eine Art kulturelle Sicherheitsmaßnahme.²⁸ So benötigt auch die Andeutung des Todes als abjekte Bedrohung einen kulturellen Rahmen, der sie bannt, sei es durch Wissenschaft, Religion, Ritual oder Unterhaltungskultur.²⁹ Wenn wir tote, sterbende oder

20 Ebd.: 152.

21 Ebd.: 15.

22 Ebd.: 211.

23 Ebd.: 208.

24 Kristeva 1982: 4.

25 Vgl. Böhler 2021; Auerochs 2012.

26 Vgl. auch Kurkowski und Heckel 2021.

27 Kristeva 1982: 2.

28 Vgl. auch Böhler 2021; Pfaller 2021a: 303.

29 Ähnlich formuliert dies Thomas Macho (1987): »Die Toten sind die Fremden schlechthin [...] Erst komplizierte Rituale und Zeremonien gestatten es, daß der Nullpunkt wieder verlassen werden kann. [...] Gerade deshalb *müssen* die betroffenen Gesellschaften irgendeinen Austausch mit den Toten organisieren. Zwischen dem sichtbar eingebrochenen Jenseits und dem Diesseits des verletzten sozialen Körpers müssen Beziehungen hergestellt, Kontakte geknüpft werden, die das Überleben gewährleisten. Ohne Etablierung des Austauschs, der *Differenz* zwischen dem Eigenen und dem Fremden, würden nämlich die Toten den sozialen Körper infizieren [...].« (S. 296f., Hervorhebung im Original).

zergliederte Körper in Horrorfilmen, also in bekannten Unterhaltungsformaten sehen, ist dies möglich, weil sie in den speziellen Rahmen eingebettet und gebändigt sind.

Kristevas Gedanken werden auch von Bernhard Giesen³⁰ aufgegriffen, wenn er das, was Kristeva als ungehorsames, nicht-zuortbares ›Dazwischen‹ charakterisiert, als ›Zwischenlagen‹ und ›Ungefähres‹ in den Blick nimmt. Für soziologische Beobachtungen ist dabei immer wieder das von Interesse, was sich unseren kulturell gezogenen Grenzen entzieht. »Der Grund, auf dem die kulturelle Ordnung ruht«, so Giesen, »ist das Ungefähre und Uneindeutige.«³¹ Das Außerordentliche, Ambivalente, Paradoxe oder Störende, die Zwischenlage, wie Giesen sie nennt, ist im eigentlichen Sinne keine Gefahr für kulturelle Ordnung, sondern vielmehr ein unverzichtbarer Bestandteil und konstitutives Element.³² Eben jene Elemente also, die uns an der postmortalen Spende von Organen vielleicht verunsichern oder schockieren mögen, bilden die Basis für die sichtbaren Alltagskulturen, in denen das Spenden von Humanprodukten eingehegt wird.

Welche Beziehungen wir zum ›Uneindeutigen‹ einnehmen, das sich den für uns scheinbar so klar gezogenen und selbstverständlichen Grenzen entzieht, und was Gesellschaften möglicherweise daraus ›formen‹, erklärt Medienwissenschaftler Lars Nowak am Beispiel der Freak Shows des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Er führt den Begriff der ›Transdifferenz‹ ein und benennt damit den Vorgang des gleichzeitigen Erkennens und Negierens der Ähnlichkeiten mit uns selbst im ›Anderen‹.³³ Freakshows produzieren lebende Tote, vermeintliche Kinder, die wie Erwachsene rauchen und trinken, überschreiten Grenzen von ›Mann‹ und ›Frau‹ oder ›Mensch‹ und ›Tier‹, wobei jene Mischwesen immer noch genug Ähnlichkeit mit den Zusehenden haben, um verwirrende, Anknüpfungspunkte anzubieten. Freaks spielen nicht nur mit der Ambivalenz und lösen widerstreitende Gefühle aus und machen auch Identifikationsangebote.³⁴ Das Grenzüberschreitende, Kategorienlose, Uneindeutige birgt deshalb gleichsam subversives Potential, wenn beispielsweise Tabus wie die öffentliche Entblößung von Körpern gebrochen werden.³⁵

Die letzte Grenze: Von der Post- zur Transmortalität

Der gesellschaftliche Blick auf den Tod des menschlichen Körpers und unseren gesellschaftlichen Umgang damit ist immer wieder auch für zeit- und gesellschaftsdiagnostische Ansätze von Interesse. Dabei scheint es naheliegend, den Tod als Grenzphänomen zu verstehen und Gesellschaften im Hinblick auf ihr Verhältnis zu dieser Grenze zu untersuchen. Gerade die postmortale Organspende dient dabei gerne als empirischer Fluchtpunkt: Der hirntote Körper und seine unklaren Todeszeichen, das physische Fortbestehen einzelner Körpermaterien nach dem Tod der Person, aber auch die Möglich-

30 Giesen 2010 und Giesen et al. 2014.

31 Giesen 2010: 15.

32 Vgl. ebd.: 9.

33 Vgl. Nowak 2011.

34 Ebd.: 110f.

35 Ebd.: 106.

keit, durch die Transplantation von Organen das Leben von Menschen substanziell zu verlängern, scheinen den Tod als Grenzphänomen herauszufordern.

Die Soziologin Céline Lafontaine (2010) sieht in den vielschichtigen sozialpsychologischen Prozessen und Praktiken im Umgang mit Tod und Sterben eine Tendenz zur Verdrängung bzw. Überwindung des Todes. Abendländische Gesellschaften stehen für Lafontaine auf einem Fundament der Angst: »die Angst vor dem Tod und die kollektiv entwickelten Strategien zu ihrer Besänftigung«. ³⁶ Diese *postmortale Gesellschaft*, wie sie sie nennt, bringt Entwicklungen hervor, die den Tod zunehmend in Frage stellen: »In dem Augenblick, in dem die biotechnologische Dekonstruktion die Philosophie verdrängt und die Demarkation zwischen Lebendigem und Artefakt auf den Kopf gestellt hat, beobachten wir, wie sich die Vorstellungen vom Tod und seinen Grenzen in neuen Formen manifestieren, die seine Unerbittlichkeit tendenziell bestreiten.« ³⁷ Organspende und Hirntod sind von besonderem Interesse für ihre Untersuchung einer Gesellschaft, in der die Grenzen des Todes sich aufzulösen scheinen: »Wurde der Tod lange als unerschütterliche Grenze begriffen, die den Übergang in eine andere Welt markiert, so erscheint er fortan als Endpunkt eines komplexen Prozesses, dessen Umrisse fließend und wechselhaft sind.« ³⁸ Lafontaine wirft einen eher kulturpessimistischen Blick auf die Entwicklungen und Neuerungen der Medizin und die »Biologisierung des Todes«. ³⁹ Die mit den Erfordernissen und Erwartungen der Transplantationsmedizin einhergehende juristische Möglichkeit, nun auch Menschen mit schlagendem Herzen für tot zu erklären, stellt für sie nicht nur juristisch, sondern auch grundlegend anthropologisch eine Kehrtwende dar und erzeugt einen bis heute immer wieder wahrnehmbaren Bruch zwischen (wissenschaftlichem) Wissen und sinnlicher (Alltags-)Wahrnehmung. ⁴⁰

Kahl und Knoblauch wollen den Begriff der Postmortalität durch den Begriff der Transmortalität ersetzen und dadurch andere Akzente in der Analyse des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Tod setzen. ⁴¹ Sie interessieren sich weniger für normative Bewertungen medizin-technischer Veränderungen oder Anerkennungsprozesse für verschiedene Formen der Todesfeststellung, als für die »rohe Materialität«. ⁴² »Es geht nicht nur darum, ob und wie sich der Tod in der heutigen Gesellschaft verändert, es geht viel konkreter darum, wie sich der Umgang mit dem toten Körper verändert.« ⁴³ Es gibt dabei nicht nur *eine* Art toter Körper, sondern viele verschiedene, die je unterschiedlich behandelt werden. ⁴⁴ Aus der Erforschung dieses sich wandelnden und an Situationen und Körper angepassten Umgangs mit Leichen und Körperteilen haben die Autor*innen das Konzept der Transmortalität entwickelt. Auch hier ist der wesentliche Dreh- und Angelpunkt die Beobachtung, dass der Tod keine scharfe Grenze (mehr) ist bzw. vormals ggf. scharf zwischen Leben und Tod gezogene und etablierte Grenzen

36 Lafontaine 2010: 53.

37 Ebd: 54f.

38 Ebd: 57.

39 Ebd: 58.

40 Vgl. ebd: 64.

41 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017.

42 Vgl. ebd: 8.

43 Ebd: 9.

44 Vgl. hierzu auch Mol 2002.

zunehmend aufgeweicht werden. Tote Körper können auf neue Arten gesellschaftlich weiterwirken.⁴⁵ Auch dieser Begriff dreht sich in der empirischen Beobachtung ganz wesentlich um die Organspende, Patient*innen mit Hirnschädigungen und das ›Weiterleben‹ einzelner Körperteile sowie vergleichend herangezogen die Praxis der Sektion.⁴⁶ In Abgrenzung zu Lafontaine soll das Augenmerk weniger auf einer Desymbolisierung oder Dekonstruktion des Todes, sondern eben auf jenen Grenzüberschreitungen liegen, die Ambivalenzen und Irritationen hervorrufen.⁴⁷ Im Anschluss an Lindemann⁴⁸ wird zudem darauf verwiesen, dass es im Zuge medizintechnischer Neuerungen zu einer Verschiebung von Grenzregimen des Todes und damit auch des Sozialen kommt.⁴⁹ Es gehe dabei jedoch nicht um eine Neubestimmung von Grenzen: »Transmortalität ist vielmehr mit den Transgressionen dieser Grenzen verbunden.«⁵⁰ Im eigentlichen Sinne geht es also nicht um ein Überwinden des Todes, sondern um eine Forschung an der Veränderung von Ordnungsverhältnissen⁵¹ – Ordnungsverhältnisse, die durch intensivmedizinische Interventionen in ›Unordnung‹ zu geraten scheinen.

Das Konzept der Transmortalität sieht daher eine Einschränkung vor: »Transmortalität bezeichnet also die durch medizinisch-technische Praktiken erzeugten Möglichkeiten, mit dem als nicht mehr lebendig, aber auch nicht als so ›tot‹ wie der Leichnam der Sektion behandelten menschlichen Körper und seinen Teilen umzugehen. Das besondere Merkmal der Transmortalität ist sicherlich, dass die Grenze zwischen Leben und Tod nicht mehr einfach gefasst werden kann – und zwar sowohl im medizinischen System als auch in der breiten Bevölkerung.«⁵² Zwar geraten auch Reproduktionsmedizin, Kryonik oder Diamantisierung⁵³ in den Blick, doch liegt der Fokus eben auf jener neotechnischen Komponente, den Praktiken der Intensivmedizin und ihrem transmortalen Wirken. Diese unterscheidet sie letztlich von von Techniken der Mumifizierung und Reliquienkulten,⁵⁴ aber auch jeder Form der Grabstätte. Obgleich es sich bei den als ›transmortal‹ analysierten Techniken um hochgradig spezialisierte Praktiken handelt, schließt das Konzept nicht nur jene Seite ein, die »Neutote«, »Neomorts«⁵⁵ oder ›semivitale Mitgetdinge‹⁵⁶ erzeugt, sondern auch kollektive und subjektive Vorstellungen des Weiterlebens und Weiterwirkens toter Körper, die durch eben diese Techniken geprägt und verändert werden.⁵⁷ Zum Beispiel dann, wenn die Praxis der Organspende die Vorstellung

45 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 9.

46 Vgl. ebd.: 21.

47 Vgl. ebd.

48 Lindemann 2002.

49 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 21 und Lindemann 2002.

50 Kahl und Knoblauch 2017: 22.

51 Vgl. ebd.

52 Ebd.: 23. Hervorhebung im Original.

53 Kryonik beschreibt den Vorgang des Einfrierens menschlicher Körper nach ihrem Tod, der mit der Hoffnung verknüpft ist, nach dem Tod weiterleben bzw. wieder erweckt werden zu können. Diamantisierung bedeutet hingegen, die Asche von Verstorbenen zu einem Diamanten zu pressen, der dann als Schmuck getragen werden kann.

54 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 23.

55 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 22; Lock 2002; Gray 2001: 107.

56 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 22; Gehring 2017: 38.

57 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 23.

nahelegt, ein Stück der verstorbenen Person würde durch ein gespendetes Organ in einer anderen weiterleben.

Im Folgenden möchte ich also zu einer gemeinsamen Grenzerkundung im Imaginarium der postmortalen Organspende einladen, die sich an drei empirischen Ebenen orientieren wird:

- 1) Nähern wir uns dem Themenkomplex Tod und Sterben potenzieller Spender*innen und den Auflösungserscheinungen an der Grenze zwischen Leben und Tod.
- 2) Gehen wir vom verstorbenen Körper weiter zur Notwendigkeit, diesen zu öffnen und Teile daraus zu entnehmen und blicken von dort auf die unscharf werdenden Grenzen des Körpers.
- 3) Werfen wir einen Blick auf die entnommenen Organe und Gewebe selbst und wie durch deren Aufbruch in ein »neues (Eigen-)Leben« Grenzvorstellungen von Material und Person in Frage gestellt werden (können).

5.2 Tod, Sterben und das Ende des Körpers

Das deutsche Transplantationsgesetz regelt, dass die Entnahme lebenswichtiger Organe sowie Multiorganentnahmen und auch die Entnahme verschiedener Gewebe an das vorherige Versterben der jeweiligen Spender*innen gebunden ist. Weniger klar ist in der öffentlichen Wahrnehmung beispielsweise, dass Organspende und Gewebespende sowohl auf medizinischer als auch auf institutioneller Ebene unterschiedlichen Bedingungen unterliegen; öffentliche Kampagnen zielen meist auf eine Entscheidung zur Organspende, obgleich der Organspendeausweis die Möglichkeit der Gewebespende ebenfalls abfragt. So nimmt es nicht Wunder, dass in den Welten potenzieller Spender*innen die an den Hirntod geknüpfte und mit starken Heldennarrativen belegte Organspende stärker in den Fokus rückt, wenn es um die Entscheidung über potenzielle Körperszenarien im Zusammenhang mit Tod und Sterben geht. Zwar berichten einige Interviewte von der Angst, ihre Augen und/oder Haut könnten entfernt werden, zielen dabei aber meist auf ästhetische Fragen im Umgang mit ihrem Körper, nicht aber auf unterschiedliche Bedingungen der Todesfeststellung. In jedem Fall aber bringt eine Auseinandersetzung mit einer möglichen Entscheidung für oder gegen eine Organspende auch eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod, dem Erleben der Angehörigen und auch den möglichen Tod nahestehender Menschen mit sich. So wird die »Sicherheit« des Todes ebenso thematisch wie seine sozialen Bedingungen.

Der sichere Tod

Die Broschüre *Antworten auf wichtige Fragen*,⁵⁸ die potenzielle Spender*innen in der Entscheidungsfindung adressiert, simuliert auf 60 Seiten eine Beratungssituation und bündelt dabei als FAQ geltende Fragen und Antworten in drei Themenbereiche: Informieren,

58 Vgl. BZgA 2017.

Entscheiden, Ausfüllen. Inhaltlich und auch praktisch läuft dieses Medium auf den Organspendeausweis hinaus, denn er kann aus einer klappbaren letzten Seite herausgetrennt werden, wenn alle Fragen beantwortet sind. Farben und andere visuelle Elemente des Ausweises bilden den gestalterischen roten Faden.

Auf die Körper der Spender*innen wird dabei häufig nur als »Organe und Gewebe«⁵⁹ Bezug genommen, die übertragen und auf ihre medizinische Eignung geprüft werden. In Verbindung mit dem Tod als »Fall der Fälle«⁶⁰ sind die Spender*innen weder ein »Ich« noch ein »Sie«, sondern »die verstorbene Person«⁶¹ an anderen Stellen der »Einzelfall«⁶². Die Erklärungen über die Abläufe des Transplantationsgeschehens lassen sich vor allem als Erklärung über die Sicherheit der Verfahren und Abläufe deuten: Es wird ermittelt, informiert in Laboren untersucht, transportiert und transplantiert. Daten werden abgeglichen und erfasst, Listen entstehen, Vorgänge sind computergesteuert und Bewertungen erfolgen nach medizinischen (und damit offenkundig nicht zu hinterfragenden) Gesichtspunkten. Der Tod als Grenzkonzept löst sich in dieser Art von Erzählung von den Spender*innen als bewohnten Körpern: Organe und Gewebe und deren medizinische Behandlung stehen im Mittelpunkt des Informationsgeschehens.

Ein besonderer Fokus liegt auf der Erklärung des Hirntodes als Verfahren, das sicher, geprüft und durch verschiedene Instanzen kontrollierbar ist. Der hier beschriebene Tod ist »definiert«, »nicht behebbar«. Er ist zunächst ein »Verdacht«, der »von zwei erfahrenen Ärztinnen oder Ärzten unabhängig voneinander« bestätigt wird und schließlich ein Ausfall von Funktionen. Er wird »diagnostiziert«, wobei betont wird, dass auch hierfür Richtlinien und genaue Abläufe festgelegt sind; der Ablauf sei »exakt beschrieben«.⁶³ Geklärt wird zudem, dass all dies nur auf einer Intensivstation und nicht etwa an einer Unfallstelle stattfinden könne. Der Tod ist hier vor allem eines: sicher. Er ist institutionalisiert und fehlerfrei in die medikale Welt des Krankenhauses eingetaktet; er ist weniger ein körperlicher Vorgang als ein institutioneller. Die häufig von Angehörigen und medizinischem Personal beschriebene kognitive Problematik des lebendig erscheinenden hirntoten Körpers findet hier ebenso wenig Raum wie die immer wieder aufkeimende Debatte über die Legitimation des Hirnfunktionsausfalls als Todeskriterium selbst. »Ergibt die Diagnostik, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) eingetreten ist, bedeutet dies den zweifelsfreien Tod des Menschen«, ⁶⁴ heißt es in der Broschüre. Die Transmortalität des intensivmedizinisch behandelten Körpers wird, so könnte man sagen, durch eindeutige, zweifelsfreie und klare Antworten auf die Frage nach dem Tod eingefangen.

Was hier implizit mitadressiert wird, ist aber auch eine Angst, die viel älter ist als das Konzept des Hirntodes und die sowohl die Bestattungskultur als auch die Medizin als Institution der Todesfeststellung prägt:⁶⁵ Die Angst, verfrüht für tot erklärt und di-

59 Vgl. BZgA 2017: u.a. 13, 17 oder 21.

60 Ebd.: 37.

61 Ebd.: 41.

62 Vgl. ebd.: u.a. 54.

63 Ebd.: 24f.

64 Ebd.: 25.

65 Vgl. hierzu auch Lafontaine 2010.

versen, für tote Körper angedachten Behandlungen unterzogen zu werden.⁶⁶ Ängste wie diese dokumentieren sich nicht nur in historischen Gegenständen wie Glocken an den Gliedmaßen von Verstorbenen, Nothebeln oder Totenhäusern,⁶⁷ sondern auch in Dokumenten wie Totenscheinen⁶⁸ oder Patientenverfügungen⁶⁹ sowie dem Vier-Augen-Prinzip, also zwei Ärzt*innen, die den Hirntod unabhängig voneinander feststellen müssen und nicht zuletzt auch im Organspendeausweis der zumindest Sicherheit über die Willensbekundung geben soll.

Auf dem Organspendeausweis finden wir, wie oben bereits beschrieben, den Hinweis auf die Feststellung des Todes bzw. darauf, dass die Entnahme diverser Teile nach Eintritt des Todes geschieht. Ferner gibt es auch eine leere Zeile für besondere Anmerkungen, die nur eine meiner Interviewpartnerinnen gefüllt hat. Maria nutzt (auf den Rat einer Freundin hin) diese Zeile für den Hinweis, sie wolle während der Entnahme narkotisiert werden, »weil man nie genau weiß, ob man denn noch wirklich was spürt oder wie man empfindlich ist«. Die offenkundigen Zweifel an der »Sicherheit« des Todes halten sie nicht davon ab, einen Organspendeausweis auszufüllen und ihre Organe zur Spende freizugeben. Marias Fall zeigt also auch, dass der Glaube an bzw. das Vertrauen in das Hirntod-Kriterium nicht immer relevant für die Entscheidung für oder gegen Organspende sein muss.

Sterben mit den Angehörigen

Der Tod zeigt sich in den Vorstellungswelten der Organspende häufig im Verbund mit anderen und wird damit um eine transmortale Dimension der Gemeinschaft erweitert. Verantwortung für die eigenen Angehörigen zu übernehmen und ihnen eine »schwere Entscheidung« angesichts des Ablebens zu »ersparen« ist eines der am häufigsten wiederkehrenden Argumente für das Ausfüllen eines Spender*innenausweises in öffentlichen Debatten um die Organspende.⁷⁰ Häufig gelten »die Angehörigen« als hindernde und ablehnende Instanz, denen das Ausweisdokument als rechtsverbindliche Tatsache gegenübergestellt werden kann. Dieser Idee folgen Max und Emma, die ihre Entscheidung dokumentieren wollten, um sich der (vermuteten) Entscheidung ihrer Angehörigen zu widersetzen. Emma berichtet, ihre Organspendeentscheidung bzw. das Nachdenken über den eigenen Tod sei durch mehrere Krankheitsfälle innerhalb der Familie angestoßen worden:

66 Vgl. *Friedhof und Denkmal. Zeitschrift für Sepulchralkultur* 3/4, 2016. Diese Ausgabe diene zugleich als Katalog für eine Wanderausstellung zum Thema »Scheintod«. Einige, aber nicht alle Beiträge nennen die jeweiligen Autorinnen namentlich. Wenn eine Autorinnenschaft eindeutig identifiziert werden kann, wird sie angegeben. Da sich die gesamte Ausgabe unter dem Titel »Vita Dubia« jedoch vorrangig der Ungewissheit des Todes und der Angst vor dem lebendig Begrabenwerden widmet, verweise ich an dieser Stelle insgesamt auf diese Ausgabe bzw. den Ausstellungskatalog.

67 Vgl. Skowranek 2016: 39–43; Ströbl 2016: 46f.; Neurath 2016: 48f.

68 Vgl. Knopke 2019.

69 Brauer et al. 2014.

70 Vgl. z.B. Deutscher Bundestag 2020.

»E: Das war schon vorher da. Auch vornehmlich dadurch, weil meine Familie auch sehr stark mit Krankheit belastet ist und ich einfach in den letzten, seitdem ich denken kann, einfach sehr stark immer mit solchen Themen konfrontiert wurde und was passiert wenn und, ne? Solche Extremsituationen, die man einfach durchspielen muss [...]. Und dann kommt man halt irgendwie relativ schnell an solche Punkte ran.(es entsteht eine kurze Pause)

I: Dass man über Tod nachdenkt oder...?

E: Dass man über Tod nachdenkt, darüber wie, wie's halt irgendwie weitergehen sollte, welcher organisatorische Aufwand dahinter einfach immer mit solchen Fragen dann verbunden ist, ja? Ganz klar...und ja, vornehmlich war's halt auch manchmal einfach dieser organisatorische Aufwand und dieses Unbehagen darüber, dass das selbst die engsten Leute eigentlich nicht so richtig immer wissen, was man eigentlich für gewisse Themen wirklich empfindet, weil sie meistens vielleicht sogar zu nah dran sind. Und ich wollte das irgendwie nicht, dass meine Familie irgendwann im Ernstfall mal so etwas entscheidet, weil sie das wahrscheinlich nicht so entscheiden würde wie ich.«

Emma geht es demnach weniger um Entlastung, sondern um die vermutete Diversität der Ansichten innerhalb der Familie und die Wahrung ihrer Selbstbestimmung. Der Organspendeausweis als Ausdruck ihres Spenderin-Seins wandert in ihren Besitz also durchaus mit Blick auf die Familie, allerdings nicht, um Verbundenheit, sondern um Autonomie auszudrücken. Der eigene Körper, so erklärt sie, ist für sie etwas »Höchstpersönliches«. Das Für und Wider zur Organspende leitet sie aus einem individuellen Verhältnis zum Körper ab, ob er einem »egal« sei oder (wie in ihrem Fall) nicht. In dieses intime Verhältnis bettet sie schließlich auch ihre Entscheidung, bestimmte Teile des Körpers dem möglichen *Procedere* zu entziehen, nämlich Haut und Augen, die sie selbst im Spiegel sehen kann.

Max hat keinen Ausschluss von Körperteilen vorgenommen und macht bereits am Anfang klar, dass ihm vor allem wichtig ist, dass *sein* Wille zählt. Er habe angekreuzt »dass da kein anderer gefragt wird« und dass seine »Mutter oder so ... das is ja glaub ich eine der Optionen (räuspert sich) oder Familienangehörige (räuspert sich) da nix mehr zu sagen haben«. In seinem Fall wie auch in Emmas Fall braucht es weder Information noch familiäre Abstimmung, um das Objekt Organspendeausweis mit seinem Namen und einer klaren Willensbekundung zu versehen. In beiden Fällen tritt mehr oder weniger deutlich ein unterstellter, im Todesfall auftretender Konflikt hervor.

Die Rolle der An- und Zugehörigen in den Vorstellungen des eigenen Ablebens ist reich an Varianten. Lisa und Jonas erzählen ihre Geschichte über die Organspende-Entscheidung nicht in Abgrenzung zu ihrer Familie, sondern im Familienverbund. Im einen Fall (Jonas) ist es eine gemeinsame Beratung zur Patient*innenverfügung, im anderen Fall (Lisa) die Mutter, die Organspendeausweise für die ganze Familie mit nach Hause bringt. Die beschriebenen Familien verhalten sich in der Erzählung weitgehend konform, teilen ein Weltbild, das wie beide betonen, nicht von Religiosität geprägt ist. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod, Vorausplanung von Abläufen und die Organisation der verbleibenden Güter gilt (nicht nur im Organspendekontext) als ein Attribut der Vernunft und pragmatischen Auf- bzw. Abgeklärtheit. Das Involvieren der jugendlichen bzw. jung-erwachsenen Nachkommen in diese Prozesse hebt diese zugleich in die Sphäre der Erwachsenen und Mündigen. Der Organspendeausweis ist mehr als eine Ver-

fügung, er ist auch bildlicher und materieller Ausdruck dieses neuen Verantwortungsbewusstseins und zugleich Teil eines Vergemeinschaftungsprozesses und einer Initiation innerhalb der Familie.

Lisas Überlegungen gehen aber auch über organisatorische Fragen hinaus, wenn sie die Körperspende als Vergleichsszenario heranzieht:

»L: Also, ich glaube ich würde es [Körperspende] machen, wenn ich sehr alt bin und keinerlei Verwandte, Freunde oder so mehr hätte. Also wenn ich auch niemanden hätte, wo ich sage, da ist mir jetzt ne Beerdigung wichtig, dann würd' ich's wahrscheinlich machen aber wenn ich jetzt noch irgendwie noch nen großen Freundeskreis oder viel Familie hab oder so und denen das auch wichtig ist irgendwie Abschied zu nehmen und ne Trauerfeier zu haben und dann auch nochmal den Körper dazuhaben, dann denk ich würd' ich das nicht wollen.«

Der Körper darf im Zuge der Organspende also behandelt, auch verletzt werden, soll aber für eine Trauerfeier zur Verfügung stehen, womit sie gleichsam das Spenden eben jenes ›ganzen‹ Körpers, auf den später Bezug genommen werden kann, ausschließt. Lisas imaginierter toter Körper bleibt in diesem Szenario also eine sozial relevante Entität über den Tod hinaus.

Für Jonas geht es um Vertrauensfragen:

»J: Ich habe ihn [den Organspendeausweis] bei mir in der Wohnung in so 'nem Ordner mit Dokumenten. Und meine Mutter zumindest weiß auch, wo der ist. Also es gibt eine Person, die im Fall der Fälle wüsste, wo man den findet, damit man schon auch einen Nachweis dann hat.«

Nur eine Vertrauensperson kennt das Versteck für seine Erklärung zu Organ- und Gewebespende, weil er selbst nie einen Geldbeutel bei sich trägt. Zugleich wird deutlich, dass Jonas sich vorstellt, das Wort seiner Angehörigen müsse ggf. durch das Vorhandensein eines Organspendeausweises unterstützt werden und fungiere ähnlich wie ein Testament, das nach dem Ableben an entsprechender Stelle eingereicht werden muss.

Auch Maria ruft Angehörige (Mann und Sohn) auf den Plan, wenn sie von ihrer Organspendeentscheidung erzählt. Ihren Mann habe sie zwar darüber informiert, es sei aber ihre »ganz einsame, alleinige Entscheidung« gewesen. Marias Mann, so weiß sie, möchte kein Organspender sein und auch keinen Ausweis haben, um diese Entscheidung zu dokumentieren. Einer ihrer Gründe dafür, die Entscheidung in einem Ausweis zu dokumentieren sei, ihren Mann nicht mit der Entscheidung zu belasten. Später sagt sie jedoch auch, sie würde ihrem Mann und ihrem Sohn diese Entscheidung nicht »zu-trauen« (Und: »Das ist auch der Hauptgrund, warum ich das Ding mit mir rumtrage.«), da sie selbst sich diese Entscheidung im umgekehrten Fall auch nicht zutraue. Sie ist sich nicht sicher, ob sie die Entnahme seiner Organe erlauben würde: »Weil irgendwo so unterschwellig immer vielleicht noch die Hoffnung da ist, dass er sich vielleicht doch nochmal fängt oder so.«

Den inneren Konflikt, die Hoffnung aufgeben zu müssen, möchte Maria ihrem Mann ersparen, indem sie ihn vor vollendete Tatsachen stellt: »Er weiß, da ist der Ausweis, und

ich will das so«. Der Ausweis besiegelt und stabilisiert zunächst ihre Entscheidung »das ist ja auch für mich, ich weiß, der ist im Geldbeutel, aber damit ist es für mich auch vorbei. Es ist für mich jetzt da und somit ist es gut.« Er kann den Angehörigen widersprechen oder sie unterstützen, zumal Maria selbst, wie sie sagt, vor dem Interview nie ausführlich darüber gesprochen habe (»So wie heute noch nie, wie mit dir jetzt.«). Zugleich muss der Ausweis, der die Gedanken an das Sterben bannt, genau dort bleiben, wo er ist, um seinen Siegelstatus zu behalten: »Und ich will mich ja jetzt gar nimmer damit auseinandersetzen. Vielleicht komme ich ja sonst wieder ins Zweifeln«. Er wurde ausgefüllt, im Geldbeutel verstaut und hat dort seinen festen Platz. Er darf sich nicht verändern, weil Maria, wie sie sagt »keine 100 %ig Überzeugte« ist und jede Veränderung (also zum Beispiel der Tausch gegen einen neueren Ausweis) sie »ins Grübeln bringen« könnte. Die Stabilisierungsfunktion des Ausweises ist also zugleich prekär; Ausdruck einer klaren, befürwortenden Haltung ist er bei Maria nur im Zusammenhang mit der Idee, Gutes zu tun, nicht aber mit Blick auf die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben.

In diesen beispielhaft ausgewählten Fällen funktioniert die Erzählung des eigenen Sterbens also in Verbindung mit Vorstellungen über Organisationspraktiken rund um den verstorbenen Körper, in denen den Angehörigen verschiedene Rollen und Möglichkeiten der Intervention zugeordnet werden und die sich aus konkreten Erfahrungen und Erzählungen über die Tode anderer Menschen ableiten lassen. Das nähere soziale Umfeld kann folglich auf sehr unterschiedliche Arten in die Überlegungen zum eigenen Sterben eingebunden werden und auch der Organspendeausweis nimmt wesentlich komplexere Funktionen ein, als der Familie eine schwere Entscheidung zu ersparen.

(Nicht) Wissen, was danach kommt und die vernünftige Entsorgung

Auf einer weiteren Deutungsebene wird der eigene Tod oft in Verbindung mit Problematiken des (Nicht-)Wissens erzählt.⁷¹ Entscheidend sind dabei Vorstellungen und elementare Unsicherheiten darüber, was *nach* dem Tod »passiert« – eine Ebene, die auch die Wissenskommunikation der Organspende als Vertreterin der Wissenschaft nur dahingehend beantwortet, dass der Körper wohl keine Rolle dabei spielen wird. Der Wunsch nach einer möglichst unversehrten Erdbestattung erscheint in der Logik der Organspende häufig als irrational, eitel und unnötig aufwendig und darüber hinaus als eine Verschwendung von Ressourcen.

Ein von verschiedenen Institutionen immer wieder aufgegriffener Slogan, der (wohl scherzhaft) auch die Mülltonne hinter einem Transplantationszentrum zielt, bündelt einige dieser Überlegungen in einem Satz: »Don't take your organs to heaven, because heaven knows, we need them here.« (manchmal auch in deutscher Übersetzung).

Der Slogan spielt offenkundig mit Vorstellungen von körperlicher Auferstehung und Himmelreich, wie sie aus theologischen Lehren und Heilsbotschaften bekannt sind. Immer wieder finden sich familienähnliche Überlegungen, was den Verbleib des Körpers angeht, auch im Imaginarium der Organspende; der Gedanke einer Auferstehung, die den ganzen und intakten Körper umfasst, fungiert dabei häufig als Gegenhorizont zu

71 Für eine historische Aufarbeitung der Unsterblichkeitsdebatte vgl. Macho 1987: 115–132 oder Naschi und Weber 1989: 73–155.

einer Vorstellung von Teilen des Körpers als zum Wohle der Gemeinschaft verwertbaren Ressourcen. Dass die Entscheidung zur Organspende aber nicht zwingend daran gebunden sein muss, ein Leben nach dem Tod oder die Existenz einer Seele auszuschließen, zeigt sich in den Geschichten von Maria und Theo:

Was Marias Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod beinhaltet, führt sie nicht weiter aus, äußert aber ihre »Hoffnung oder den Glauben«, dass es nach dem Tod »weitergeht«, zugleich ist sie überzeugt, ihren Körper dann »nicht mehr zu brauchen«. Obwohl sie Zweifel am Konzept des Hirntodes hegt und hofft, dass der Tod nicht das Ende bedeutet, möchte sie Organspenderin sein. Anders und zugleich ähnlich ambivalent zeigt sich Theo: Wenn er über den Tod spricht, stellt er zunächst eine Gesellschaftsdiagnose. Der Tod würde verdrängt, die meisten Menschen würden sich mit dem Tod nicht auseinandersetzen, während er selbst beruflich jeden Tag damit zu tun habe. Dies prägt auch die Vorstellungen über sein eigenes Ableben: »insofern seh ich dem ganz locker entgegen. Wir kommen weder in den Himmel noch in die Hölle. Keine Angst«. In einer Welt, die den Tod zu ignorieren versucht, versteht Theo sich als Experte und verbindet dies zunächst mit seiner wissenschaftlichen Ausbildung.

»T: Also ich sach jetzt mal als Naturwissenschaftler: glaub ich nich. Und warum? Kuck ma, alles entstammt aus einer Zelle, die Zelle hat man (räuspert sich) hat man ja schon ganz gut im Griff, ne? Mit DNA und was weiß ich nich alles./!: Hm/Doch. Wir wissen, wo die Information herkommt. Ja? Wir wissen, wie Leben entsteht. Da haucht uns keiner was ein, sondern da geht's zur Sache und gut ist. Ja is doch so, jetzt mal ein bisschen banal ausgedrückt, und wenn wir sterben, unsern letzten Schnaufer tun, dann kommen die kleinen Tierchen und fressen uns auf. Bakterien, Tiere, die am Körper sind, geht sofort los.«

In einer überraschenden Wendung im Verlauf des Interviews erzählt er aber auch von seinem Interesse an Parapsychologie und von »speziellen Seelenwaagen«. Energie, so erklärt er, gehe nicht verloren und es könne sein, dass ein Energiefeld in uns vorhanden sei, das wir Seele nennen und das uns dann verlässt, wenn es nicht mehr versorgt wird. »Das könnte sein«, wiederholt er nach längerem Schweigen. Das Energiefeld, so führt er weiter aus, könnte ermöglichen, dass wir uns »in diesem Moment« sehen. Das Energiefeld »Seele« könne aber auch »abhauen«, wie seine Katzen, sagt er; es sei also nur bedingt kontrollierbar. »Klingt doof, ne?«, fragt er. »Aber das ist Parapsychologie.«

Theos parapsychologische Überlegungen nehmen viel Raum in seiner Erzählung ein, bündeln sich letztlich aber in folgenden Rückschlüssen auf die Frage nach der Möglichkeit einer Organspende: Er selbst würde aufgrund seines Alters ein Transplantat und »diese Tortur« ablehnen. Spender würde er aber »bislang noch« sein. »Rein wissenschaftlich« glaubt er, er ginge mit seinem Tod »in eine andere Energieform über«, aber an Wiedergeburt glaube er nicht. Es habe ihn ja auch niemand gefragt, ob er auf die Welt kommen wolle, so würde ihn auch niemand fragen, ob und wohin er gehen wolle. Man habe hier ein »Engagement«, das dann irgendwann zu Ende sei, und man habe selbst in der Hand, was man aus seinem Leben mache. In Theos Verstrickungen zeigt sich letztlich, wie sich der Verfall des Körpers in naturwissenschaftlich geprägten Begriffen und Konzepten erklären lässt, für den Verbleib von Geist, Seele oder Be-

wusstsein andere bzw. alternative Wissensformen herangezogen werden: Lassen die ihm bekannten naturwissenschaftlichen Konzepte und seine beruflichen Erfahrungen ihn, wie er betont, gelassen auf den eigenen Tod blicken, so geht die Überzeugung, der Geist würde mit dem Ende des Körpers kein Ende finden, in diesen Konzepten nicht auf. Wenn Theo allerdings über seinen Organspendeausweis sagt »Da bin ich eben halt am überlegen: behalt ich ihn oder zerstör ich ihn?«, bezieht er sich nicht auf ggf. widerstreitende Körper- oder Todesvorstellungen, sondern vielmehr auf seine Kritik am Transplantationssystem, die wir an anderer Stelle noch kennenlernen werden.

Max gibt uns einen ähnlich pragmatischen Blick auf die Vergänglichkeit des eigenen Körpers, den er explizit aber auch mit dem normativen Anspruch verbindet, etwas »Sinnvolles« zu tun:

»M: Ich bin kein religiöser Mensch, das heißt, ich glaube nicht daran, dass man vielleicht irgendwie heil sein muss oder im Ganzen, um in einen Himmel oder dergleichen zu gelangen, sondern ich glaube daran, dass wir alle (lacht) letztlich, das klingt jetzt lächerlich, das soll, will, mein ich gar nicht lächerlich, ich will damit niemanden ärgern. Äh, dass wir letztlich alle irgendwann mal in einem brodelnden Meer aus irgendwelchen Bakterien [...] dahin gehen wir auch wieder zurück. Also, ne? Dieses Erde zu Erde, wir krümeln einfach irgendwann weg und sind letztlich ein geschickt angehäuftes Konglomerat von Kohlenstoffatomen und ich find's einfach nur richtig, dass man dann wenn man kann, wenn ich die Möglichkeit hab, da n'bisschen was Gutes zu tun, also was heißt was Gutes, noch nich mal was Gu-, weil guck, ich will das gar nicht werten, dass ich dann, wenn ich die Möglichkeit hab, irgendetwas Sinnvolles zu tun, es ist noch nicht mal gut, es ist wahrscheinlich aber sinnvoll dann will ich's auch machen, dann müssen mich nicht die ... jetzt sehr, sehr plakativ formuliert, die Würmer im Ganzen haben, das ist dann auch okay wenn die ...nur ...mein ...keine Ahnung, was so übrig bleibt, wenn man halt alles rausnimmt, die Muskeln und Knochen fressen. Dann kann meine Haut, meine Leber, meine Nieren, meine Hornhaut, das weiß ich nich, Herz, Lungen möglicherweise, hab ja aufgehört zu rauchen, andern Menschen helfen.«

Max' Interpretation der Körpermaterie als flexibel und »im Fluss« lässt sich offenkundig relativ problemlos mit der Möglichkeit vereinbaren, Teile dieser Materie in andere Körper zu übertragen. Die Art und Weise, wie der Blick auf den eigenen Tod zugleich auch als anti-religiöse Positionierung vorgebracht wird, findet sich auch in anderen Interviews (vgl. hierzu auch Kapitel 6). Die Erklärung, nicht religiös zu sein, kann in diesem Zusammenhang nicht nur als Distanzierung meist nicht weiter spezifizierter religiöser Ansichten, sondern vielmehr auch als Bekenntnis zu einer (natur-)wissenschaftlich geprägten Sicht auf den Tod des Menschen verstanden werden, die auch sein berufliches Selbstverständnis prägt.

Die Erzählenden finden in Abgrenzung zum Religiösen ihre Positionierung unter anderem gegenüber dem eigenen Sterben, das sie in einer Welt der rationalen Wissenschaft verortet sehen. Dem Deutungshorizont des Religiösen, das den ganzen Körper einfordert, wird in den Vorstellungen über den Tod – und im Speziellen in der Organspende – also die Idee des »Recyclens«, im Sinne einer sinnvollen Wiederverwertung gegenübergestellt. Auch diese Vorstellung des transmortalen Wirkens kann als Spezifikum der postmortalen Organspende betrachtet werden.

Tod oder lebendig? Hirntod und die Frage der Zeit

Dass hirntote Patient*innen nicht tot aussehen und durch die Aufrechterhaltung des Herz-Kreislaufsystems keine Todeszeichen aufweisen, wird im Feld der Organspende, vor allem aber von Menschen, die bereits selbst mit hirntoten Patient*innen konfrontiert waren, vielfach thematisiert.⁷² »The patient is dead, but it is not a corpse.«,⁷³ so zitiert Jensen den Erklärungsversuch einer von ihr interviewten Krankenschwester.

Gerade dann, wenn Kritik an der Praxis der postmortalen Transplantation von Organen geübt werden soll, wiederholen sich Beschreibungen der Patient*innen als »rosig, warm und atmend« etc. und die intuitive Wahrnehmung der Person als »lebend« und werden der ärztlichen Todesfeststellung gegenübergestellt. So heißt es in den von der Initiative *Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.* (KAO) gesammelten Berichten von Angehörigen postmortaler Spender*innen z.B.:

- »Unser Kind war trotz der Todesmitteilung völlig unverändert.«⁷⁴
- »[...] er [...] lag wie schlafend da«⁷⁵
- »Sein Gesicht und seine Hände waren warm, sein Brustkorb hob und senkte sich und wir sahen seinen Herzschlag auf dem Monitor.«⁷⁶

Die Zeichen des Lebens und des Todes scheinen sich auf prekäre Weise vermischt zu haben; die Transdifferenz, die das Leben im Tode sichtbar macht, lässt die Eltern zweifeln. Neben der Frage nach Sicherheit, Wissen und (Un)Gewissheit im Angesicht des Todes und dem möglicherweise erschütterten Vertrauen in die Instanzen der Todesfeststellung, stellt der hirntote Körper also auch die Frage nach dem Tod als klarer (auch zeitlicher) Grenze.

Schon die Vorstellung des Sterbens als Prozess stellt die Festlegung klarer Grenzlinien infrage, die eine Todesfeststellung suggeriert. Der (Hirn-)Tod ist, wie sich in den für dieses Kapitel ausgewählten Fällen zeigt, im wahrsten Sinne des Wortes nicht nur eine Frage des Verständnisses, sondern auch eine Frage der Zeit. Die reine Mitteilung der Todesfeststellung durch medizinisches Personal katapultiert die (nun) verstorbene Person nicht schlagartig und mit allen Konsequenzen in das »Reich der Toten« bzw. in alle verfügbaren Reiche der Toten (medizinisch, klinisch, bürokratisch, sozial etc.).⁷⁷ Sehr deutlich geht aus den Berichten der KAO-Angehörigen hervor, wie die von ihnen wahrgenommenen Brüche und Verletzungen in nicht zu unterschätzendem Maße mit einer Kollision von Logiken und Zeitregimen der Trauer und denen des Krankenhauses und der Transplantation begründet liegen.⁷⁸ So schildert die Mutter eines Verstorbenen:

72 Vgl. Jensen 2011a; Youngner et al. 1985; Manzei 1997 und 2002; Bradbury 1999: 123; Lafontaine 2010; Feldmann 2010: 17, 20.-23. Benkel 2019; Thieme 2019: 79f.

73 Jensen 2011a: 72.

74 KAO 2019: 5.

75 Ebd.: 15.

76 Ebd.: 16.

77 Vgl. hierzu Benkel 2019: 18f.

78 Hier wurden offenkundig Fälle ausgewählt, in denen es zu Konflikten kam. Anzumerken ist, dass all diese Fälle zeitlich länger zurückliegen und in den 1990er Jahren zu datieren sind. Seitdem gab

»Die Apparate müssen am nächsten Morgen abgestellt werden. Bis dahin sollten wir bitte überlegen, ob wir Organe spenden könnten. [...] Das Ganze fand auf dem Flur statt und dauerte höchstens zwei Minuten. [...] Unser Kind war trotz dieser Todesmitteilung völlig unverändert. Es wurde weiter behandelt, gebettet, es bekam Medikamente, seine volle Urinflasche wurde gewechselt. [...] Erst später erfuhr ich, dass zu diesem Zeitpunkt schon die so genannte Spenderkonditionierung begonnen hatte [...].«⁷⁹

Eine andere Angehörige erklärt: »Wir sagten, wir hätten noch nicht darüber gesprochen, bekamen aber den Eindruck, wir müssten uns so schnell wie möglich entscheiden.«⁸⁰ Ihr Mann schildert zudem den Eindruck, es würde vor der Todesfeststellung »hinter den Kulissen schon lange ein Räderwerk«⁸¹ einsetzen. Deutlich wird, wie sich der Widerstand der KAO-Mitglieder, ihre Kritik und Ablehnung der Organspende, nicht ausschließlich auf einer Basis »mangelnden« Wissens oder Unverständnisses über die Konzeption des Hirntodes formiert, sondern auch aus einer massiven Verunsicherung über den körperlichen Zustand der Spender*innen, ihrer, der Todesfeststellung scheinbar gegenläufigen, Behandlung im Krankenbett sowie den sowohl kulturell bedingten als auch den subjektiv empfundenen Zeitstrukturen. Regina schildert ein ähnliches Unbehagen, als sie im Interview von der Organspende ihrer Schwester erzählt:

»R: Ja, genau./I: Okay/Wie läuft das ab./I: Mhm/Und, . ähm na (atmet hörbar aus) ja, also hm das war auch so zum Beispiel, ... als es dann immer schneller wurde, als es dann plötzlich ... Montagabend war, die haben irgendwas von Dienstag, Mittwoch gesagt, und plötzlich war's Montagabend! Und ich denke so, ja, jetzt haben wir das gesagt, jetzt haben wir uns dazu bereit erklärt und dann kann's denen nicht schnell genug gehen.«

Weder sie noch ihre Mutter zweifeln in Reginas Erzählung den irreversiblen Zustand ihrer Schwester an. Dennoch ist unklar, wie und vor allem wann ein Abschiednehmen stattfinden sollte. Am Ende ist es die Mutter, die selbst wieder Herrin der Zeitstrukturen wird, indem sie den Zeitpunkt des Abschieds, der eben nicht an körperlichen Merkmalen des Verfalls festgemacht werden kann, selbst bestimmt:

»R: Und dann bin ich dann gegangen und, na ja, und meine Mutter war dann bis zum Schluss da und (man hat dann halt gesagt): »Na ja, . ähm . Sie müssen jetzt gehen«, hieß es dann: »Die warten unten.« Meine Mutter hat gesagt: »Ich bleibe jetzt hier sitzen, dann sollen die noch warten.« Und das muss ich sagen, das fand ich sehr unsensibel, wenn da 'ne Mutter sitzt und, ich meine, dadurch, dass das Ganze, wenn man gewusst hätte, das ist Mittwochabend 18:30 oder so, ne, . aber es wurde halt immer,

es zahlreiche Versuche, eine größere Sensibilisierung für die Belange von Angehörigen zu schaffen und diese auch langfristig zu begleiten. Diese Fälle sollen also weniger auf eine generelle Praxis des Transplantationssystems verweisen, sondern vielmehr aufzeigen, welche Problematiken im Umgang mit dem hirntoten Körper aufscheinen können und wie diese auf unterschiedliche Weise eingeordnet werden. Emotional belastende Konflikte zwischen Krankenhauspersonal und Angehörigen sind aber auch heute natürlich nicht auszuschließen.

79 KAO 2019: 5.

80 Ebd.: 15.

81 Ebd.: 31.

immer früher. Und meine Mutter hat halt gesagt, okay, sie ist auf'n (weinend) Montag um zwanzig nach sechs abends geboren worden und dann geht sie halt ... Montag um zwanzig nach sechs abends. [...] Sie ist dann halt, hat das auch einfach ausgesessen.«

Der Zeitpunkt des Todes fällt in der Wahrnehmung der Angehörigen jedoch nicht mit dem Zeitpunkt der Feststellung des IHA, sondern mit dem Datum der Organentnahme zusammen. Die Zeit vor der Entnahme beschreibt Regina als »Schwebezustand«, in dem sich ihre Schwester befunden habe.

Der Umgang mit den multiplen Ontologien des Spender*innen-Körpers, die eben in dieser empfindlichen Situation kollidieren können und das »Gelingen« einer Transplantation bestimmen, erfordern folglich komplexe Leistungen der Koordination und Übersetzung, in denen nicht zuletzt die Temporalität des toten Körpers und das Zeitempfinden der Angehörigen eine wichtige Rolle spielen. Während aus Sicht des Krankenhauses die Zeit für ein belegtes Intensivbett und beschäftigte Pflegekräfte sehr klar in Ressourcen und monetäre Werte übersetzt werden kann und auch »mit der Zeit« eintretende Schädigungen an den Organen auf Basis medizinischer Daten und Vorerfahrungen zumindest eingeschätzt werden können, gibt es für die Zeit des Abschieds keine klaren Messwerte.⁸² Der Umgang mit diesen intuitiven Zeitstrukturen ist Teil der Orchestrierung⁸³ des Spender*innentodes auf der Intensivstation – einer komplexen Performance des Krankenhauspersonals in dem Versuch, die ungewohnten Figuren der Organspende und des Hirntodes in etwas sozial und kulturell Akzeptables zu transformieren.⁸⁴ Wie problematisch die Bestimmung eines richtigen Zeitpunkts ist, zeigt sich auch »hinter den Kulissen«, wenn der Tod bürokratisch eingefangen werden muss:

»Auf einem Workshop der DSO mit Mitarbeiter*innen verschiedener Krankenhäuser zur Vorbereitung von Organspenden beginnt zunächst unter den Teilnehmer*innen und schließlich auch mit den Workshopleiter*innen eine Diskussion um den »richtigen« Zeitpunkt des Todes. Ein Totenschein, so merken die Teilnehmer*innen kritisch an, beinhalte verschiedene Todeskriterien (Leichenflecken, Fäulnis etc.), die hirntote Patient*innen nicht aufwiesen. Hier sei lediglich das Feld »Hirntod« auszufüllen. Die Todesfeststellung und die dafür notwendigen Protokolle müssten von zwei Ärzt*innen unabhängig voneinander ausgefüllt werden. Diese beiden Todesfeststellungen könnten jedoch in einem Abstand von bis zu zwei Tagen stattfinden, abhängig davon, ob diese zweite Person schnell verfügbar sei oder nicht. Wann aber sei die Person nun tot? Und in welchem Zustand befindet sie sich zwischen den beiden Diagnosen? Dürfe sie zu diesem Zeitpunkt noch mit einem Krankenwagen (der keine Leichen transportieren darf) transportiert werden, wenn dies nötig sei? Die Frage wird in diesem Workshop nicht abschließend beantwortet.«⁸⁵

82 Vgl. hierzu auch Jensen 2011a: »Locating the moment of death is difficult. It can be when the accident happens; it can be the last attempt to breathe; it can be when the brain incarcerates; it can be after the first or the second brain death test; or it can be on the operating table when the heart stops.« (S. 79). Zu Zeitregimen des Todes und des Bestattens vgl. auch Coenen 2020.

83 Vgl. Jensen 2011a.

84 Vgl. ebd.: 13, 35.

85 Feldprotokoll, Workshop während des DSO-Kongresses 2017.

Der (noch nicht ganz) hirntote Körper ist ggf. also auch das Problem einer Bürokratie, die nicht vorsieht, dass Menschen in einem Zeitraum ›von bis‹, sondern eben zu einem präzisen Zeitpunkt für tot erklärt werden.

Der Organspendeausweis taucht im Zusammenhang mit Spender*innen auf Intensivstationen meist nur als eine Art ›Idealfall‹ auf, in dem er nach der Feststellung des Todes als verllässlicher Bote des Patient*innen-Willens fungieren und den Angehörigen Sicherheit über die Richtigkeit ihrer Entscheidung geben soll. Angesichts der Uneindeutigkeiten, Ambivalenzen und Komplexitäten nimmt es nicht Wunder, dass selbstbewusste Slogans wie »Mein Ausweis, meine Entscheidung«, »Der [Organspendeausweis] weiß, was ich will«⁸⁶ oder »Hauptsache, Sie haben Ihn«⁸⁷ nur bedingt zu deren Einebnung beitragen. Dass kollidierende Körperontologien, Zeitregime und Fragen an die Verlässlichkeit des Ausweises in diesem Zusammenhang nicht nur aus konkret erlebten Verletzungen wie in den oben erwähnten Fällen abgeleitet werden, sondern sich vielmehr auch in weniger empirisch basierten Vorstellungen über die Abläufe der Organspende niederschlagen, zeigt das Interview mit Jule:

»J: Und, genau man hat 'n Unfall, ist sofort tot und dann stürzen sich alle auf deinen Organausweis und nehmen dich ganz schnell irgendwo hin, damit vielleicht noch deine, irgendetwas intakt ist. Und bevor dich dann vielleicht die Angehörigen oder bevor die richtig Abschied nehmen können, wenn du jetzt zum Beispiel irgendwo in 'nem Unfall bist oder so oder irgendwas ganz Blödes läuft und dann . ähm bist du wie so 'n Schlachtfeld, wollen die aber erstmal deine Organe, statt dass sie irgendwie Rücksicht nehmen auf vielleicht irgendwas anderes. Oder man hat irgendwie Angst, dass das so ein Freibrief ist für (...) die Ausschachtung oder so. Inwiefern auch die Angehörigen dann überhaupt gefragt werden, weiß ich nicht. Das ist was, was ich wirklich nicht weiß. Inwiefern denn da auch Rücksicht genommen wird.«

Die Angst, die Jule hier formuliert, ein Organspendeausweis könne zu einen unangemessenen Umgang mit ihr und ihren Angehörigen führen, scheint im öffentlichen Diskurs so präsent, dass sie von einer Kampagne des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege aufgegriffen wird, dort jedoch als »Ausrede« verworfen wird.⁸⁸

5.3 Das Zerlegen des Körpers

Die Vorgänge der Organspende beinhalten notwendigerweise nicht nur eine glaubhafte Todesfeststellung, sondern darüber hinaus auch operative Eingriffe und das Entfernen von Teilen dieses Körpers. Das Öffnen des toten Körpers hat, wie Lafontaine betont, eine Geschichte, die über die Organspende hinausreicht: »Nicht erst seit gestern werden Leichen in der Medizin verwendet, bildet das Sezieren, das bis in die Antike zurück-

86 Aus der Posterkampagne der BZgA von 2014.

87 Aus der Posterkampagne der BZgA von 2016.

88 Auf der Seite des Ministeriums wurde die Kampagne bereits durch eine aktuellere ersetzt. Das entsprechende Video ist auf You Tube unter dem Titel »ORGANSPENDE | Typische Ausreden | Joyce | Social Video« abrufbar. Joyce 2016: <https://www.youtube.com/watch?v=ltgDxAaxHIM>

reicht, doch geradezu die Grundlage der modernen Medizin.«⁸⁹ Zugleich sind Autopsien und Transplantationen, nicht nur aus hygienischen Gründen, eine Praxis, die hinter verschlossenen Türen und den Blicken der Öffentlichkeit entzogen stattfindet.⁹⁰ Es ist davon auszugehen, dass – selbst wenn dies praktisch möglich wäre – die Anwesenheit von Zuschauer*innen oder gar Angehörigen nur schwer vorstellbar ist. Diese Grenze stellt auch meine Interviewpartnerin Victoria klar, die kurz vor dem Interview als junge Ärztin erstmalig einer Organentnahme beigewohnt hat: »wenn ich überlege, dass ich, wenn mein Bruder auf dem Tisch ge- @.@ gelegen hätte, das wäre schon schwieriger.«

Matthias Meitzler schreibt über diese Unmöglichkeit in seinen ethnografischen Beobachtungen am Seziertisch:

»Zwar würde man es einer Leber nicht von sich aus ansehen, dass sie jahrzehntelang im Körper des eigenen Vaters ›beheimatet‹ war, doch allein das Wissen um diese Konstellation verändert die Definition der Situation und erschwert, ja verunmöglicht es, den obduzierten Körper von seinem ›Besitzer‹ zu trennen. Es ist insofern nur allzu verständlich, dass die Angehörigen in diese Vorgänge nicht involviert sind – und man wird ihnen wohl auch kein allzu großes Interesse daran unterstellen dürfen.«⁹¹

Aus Perspektive eben der Angehörigen, so vermutet er mit Streckeisen, seien die an den Verstorbenen durchzuführenden Handgriffe und dessen Behandlung als Arbeitsmaterial eine Grenzverletzung.⁹² Den Rückgang von Obduktionszahlen »aus emotionalen Gründen«⁹³ beklagt beispielsweise auch das Ärzteblatt und fordert, »für eine klinische Sektion öffentlich zu werben und ihre Ausführung auch für die Zukunft personell und materiell sicherzustellen«.⁹⁴

Einen kulturhistorischen Erklärungsansatz für die geringe Akzeptanz von Praktiken, die den toten Körper verletzen, liefert (2006) die Medizinhistorikerin Ruth Richardson.⁹⁵ Im 18. Jahrhundert sei eine Medizin, die ihre anatomischen Kenntnisse zunehmend auf die Obduktion von Leichen stützte, mit einer Kultur des Todes und der Trauer kollidiert, die Verstorbene aus heutiger Sicht ungewöhnlich lange im direkten Umfeld der Angehörigen behält und verschiedentlich mit diesen interagiert. Einige der Bräuche, so erklärt sie, zeigen einen kulturell tief verwurzelten Glauben an ein Empfindungsvermögen des toten Körpers.⁹⁶ Die Idee der Wiederauferstehung übernimmt dabei auch wichtige, trostpendende Funktionen im Trauerprozess.⁹⁷ Gerade in diese frühe, vulnerable Phase der Trauer interveniert damals aber die Praxis des *body snatching* – das Geschäft der Leichenbeschaffung für die anatomische Forschung. Die verstorbenen Körper

89 Lafontaine 2010: 72.

90 Vgl. hierzu Meitzler 2019.

91 Ebd.: 132. Hervorhebung im Original.

92 Vgl. Meitzler 2019: 131; Streckeisen 2007: 85.

93 Schwarze und Pawlitschko 2003: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/autopsie-in-deutschland-der-zeitiger-stand-gruende-fuer-den-rueckgang-der-obduktionszahlen-und-deren-folgen-tabfc8ba-e540-4808-83e1-7c7913b2fa0f>

94 Ebd.

95 Richardson 2006.

96 Vgl. ebd.: 152ff.

97 Vgl. ebd.: 156.

waren, so rekonstruiert Richardson, dann am wertvollsten, wenn die Überlebenden am verletzlichsten waren: »fresh body meant fresh grief«. ⁹⁸ Eine Prämisse, die wohl auch für heutige Kulturen des Sterbens Gültigkeit hat.

Eine weitere, problematische Komponente sieht Richardson in staatlichen Praktiken verankert, die in Großbritannien im Zuge des *Anatomy Acts* von 1828 die Öffnung verstorbener Körper zu medizinischen Zwecken zunächst an die Todesstrafe bindet (also die anatomische Sektion verurteilter und hingerichteter Verbrecher*innen) und schließlich auch die Unfähigkeit ärmerer Bevölkerungsgruppen, für Beerdigungen aufzukommen, für sich nutzt. Die invasive »Nachbehandlung« eines verstorbenen Körpers erhielt damit das Stigma des Verbrechens, der Strafe und/oder der Armut, während die Idee, auf freiwillige Spenden zu setzen, lange Zeit abgelehnt wurde. Erst das 20. Jahrhundert, der Eindruck der Weltkriege und die Möglichkeit der Blutspende brachten, so Richardson, signifikante Veränderungen in der Bereitschaft, Körper und/oder Teile des Körpers zu medizinischen Zwecken zu spenden. ⁹⁹ Da Obduktion und Körperspende als Vorläuferpraktiken der Organspende gelten können, führt Richardson ihre Überlegungen mit Blick auf die heutige Transplantationsmedizin weiter und konkludiert ihre Analyse mit einem kritischen Appell:

»Some doctors and likely transplant patients who perceive remedies for serious bodily ills in transplant often pressure government and media for still higher levels of organ procurement. It would be well for them to bear in mind that while encouraging donation is one thing, forcing it is quite another: one which risks damaging irrevocably the progress already achieved.« ¹⁰⁰

Die Großzügigkeit von Spender*innen und ihren Familien sei demnach nicht selbstverständlich. ¹⁰¹

Die Möglichkeit und Notwendigkeit, innerhalb bestimmter medizinischer Rahmungen verstorbene Körper zu öffnen und Teile daraus zu entnehmen, ohne dass dies noch der Behandlung oder Genesung dieser Person dienen könnte, hat offenkundig eine lange Historie. Zugleich zeigt sich, wie wir im Folgenden sehen werden, dass die pragmatische Wahrnehmung Verstorbener als Fleisch und pures Material immer wieder auch an Grenzen stößt, die vehement, aber auch kreativ verhandelt werden. Begeben wir uns also zunächst an die Orte, an denen Fleisch den meisten Menschen im Alltag begegnet: Die Auslage der Metzgerei und das Fleischregal im Supermarkt – und, wenn dies in Zusammenhang mit menschlichem Fleisch weitergedacht wird, zur Andeutung und Möglichkeit von »Kannibalismus«.

98 Ebd: 154.

99 Vgl. ebd.: 162.

100 Ebd: 163.

101 Vgl. ebd: 164.

Fleisch, Metzgerei und Kannibalismus

Dass die Transplantation von Organen – wie auch viele andere operative Eingriffe – den Kontakt mit Fleisch, Blut und Körperflüssigkeiten einschließt, liegt auf der Hand. Es überrascht daher nicht, dass sowohl das Metzgereihandwerk als auch der Kannibalismus immer wieder als Vergleichsfolie oder metaphorischer Resonanzraum dienen, um den Zugriff auf die materiellen Bestandteile des menschlichen Körpers zu veranschaulichen. Wenn im Zusammenhang mit Organspende Rhetoriken wie ›Ausschlachten bei lebendigem Leib¹⁰² zum Einsatz kommen und implizit oder explizit das Einverleiben von Humanprodukten als Kannibalismus¹⁰³ ins Feld geführt wird, geschieht dies meist im Zuge starker Organspendekritik und als Ausdruck empfundener Tabubrüche.¹⁰⁴ Im Folgenden möchte ich mich jedoch nicht auf jene Beispiele konzentrieren, die (oftmals am politischen rechten Rand angesiedelt) Organspende mit anderen gesundheitspolitischen Fragestellungen wie Schwangerschaftsabbrüchen und Impfungen verbinden,¹⁰⁵ sondern zwei Fallbeispiele in den Blick nehmen, in denen Metzgereihandwerk und Kannibalismus eben nicht explizit mit einer Kritik an Organspende verbunden sind. Zum einen möchte ich einen Videoclip aus dem Jahr 2016 vorstellen, zum anderen eine von mir beobachtete Debatte in einem Online-Forum. Widmen wir uns zunächst der Videokampagne:

Studierende aus München produzieren im Jahr 2016 einen Spot mit dem Titel »Das wichtigste Stück Fleisch«. Ein Mann in offenkundig desolatem Gesundheitszustand versucht an der Theke einer Metzgerei ein Herz zu bestellen, das die Verkäuferin in der gewünschten Größe nicht verfügbar hat. Auf die Frage, ob es eine andere Größe sein dürfe, antwortet er, es könne größer oder kleiner sein, Hauptsache Blutgruppe o positiv. Das Video endet mit einer Textbotschaft: »Das wichtigste Stück Fleisch gibt es nicht an der Theke«.¹⁰⁶

Der Clip greift bildlich auf das Metzgereihandwerk zurück, das eine Reduktion des Körpers auf Material und den Körper als Ware und Nahrungsmittel suggeriert. Die materielle Tatsache menschlicher Fleischlichkeit dient dabei aber nicht dazu, gegen Organspende zu argumentieren, sondern fokussiert auf das Leiden des Wartenden. Spender*innen sind, so könnte die Botschaft gelesen werden, nach ihrem Tod nicht mehr als ein Stück Fleisch, das für die/den einzelnen Wartenden, so suggeriert die dramatische Wendung des Clips, aber hochgradig bedeutungsvoll ist. Zugleich nimmt der Clip die Assoziation von menschlichen Körpern mit Würsten und anderen Tierprodukten zurück,

102 Die Wendung »bei lebendigem Leib« wird derzeit sogar in einem eigens dafür vorgesehenen Artikel des so genannten »Organspende-Wiki« verhandelt, der u.a. Webseiten auflistet, die sich dieser Rhetorik im Zusammenhang mit kritischen Hirntod-Debatten bedienen: https://www.organspende-wiki.de/wiki/index.php?title=Bei_lebendigem_Leib#cite_note-2

103 Vgl. Levi-Strauss 2014 oder Fox 1993.

104 Auch Anja Jensen schildert, wie im Zuge ihrer Forschung in Dänemark die Metapher »Slaughterhouse« immer wieder zumindest in Hintergrundgesprächen eine Rolle spielt (vgl. Jensen 2011a: 170). Krüger-Fürhoff zeigt, wie die Assoziation des Schlachtens mehrfach in fiktionalen Filmen verarbeitet wird (vgl. Krüger-Fürhoff 2012).

105 Vgl. z.B. den Webaufttritt www.impfkritik.de/organspende

106 München TV 2016.

wenn am Ende der Schriftzug eingeblendet wird: Das wichtigste Stück Fleisch gibt es nicht an der Theke. Der Spender*innenkörper, so können wir vermuten, ist zwar nur noch Fleisch, das vergleichbar mit den gekühlten Waren hinter der Glastheke ist, aber eben doch keine Ware, die ebenso leicht zu bekommen wäre, wie eine Wurst aus der Auslage. Der Abspann des einminütigen Videos verweist auf »16 000 Menschen«, die auf ein Spenderorgan warten und erinnert die Zuschauer an die theoretische Möglichkeit, selbst möglicherweise irgendwann ein Organ zu benötigen. Die studentische Kampagne bricht folglich nicht nur mit einer Art »Gewohnheit« Organspende ohne jede Assoziation an die Materialität des Körpers darzustellen, sondern auch mit einem Diskursmodus, der Vergleiche mit Schlachtung, Metzgerei und Fleischlichkeit meist im Bereich organspendekritischer Äußerungen aufscheinen lässt.

Der Körper als konsumierbares bzw. konsumiertes Fleisch begegnet mir im Forschungsprozess noch in einem anderen Zusammenhang: in einem Online-Forum für transplantierte und wartende Patient*innen, als es zu einer Konfrontation mit zwei Spender*innenfamilien kommt:¹⁰⁷ Die Plattform wird vorrangig zum Austausch über Medikation, Ernährung, Wartezeiten und ähnliche Themen genutzt. Auch (mögliche) Tabus für transplantierte Patient*innen (etwa Tattoos oder Haustiere) werden diskutiert. Obwohl das Forum praktisch öffentlich zugänglich ist, wird es die meiste Zeit über als geschützter kommunikativer Raum einer Art Schicksalsgemeinschaft verstanden. So kam es, während ich selbst dort auch angemeldet war, zu Äußerungen von Angehörigen von Organspender*innen, die nicht nur Namen, Bilder und Geschichten der Verstorbenen, sondern auch deren Sterbedaten mit der Gruppe teilten. Das Ereignis löste unterschiedlichste Reaktionen aus: zum größten Teil Beileids- und Dankesbekundungen sowie zahlreiches Lob für den heldenhaften Mut der Verstorbenen und Angehörigen, doch auch ungehaltene Reaktionen, Aggressionen und den Wunsch nach Ausschluss der Beitragenden.

Auf Kritik stößt insbesondere die Preisgabe der jeweiligen Todestage, die ggf. leicht mit dem Datum der eigenen Transplantation in Verbindung gebracht werden und damit die gebotene Anonymität unterlaufen könnten. Im Zuge dieser Diskussion kommt es zum Vergleich der Spender*innen mit Fleischprodukten aus dem Supermarkt: So äußert eine kritische Stimme Unbehagen über eine von dem/der Beitragsteller*in unterstellten Ignoranz gegenüber über der Herkunft transplantierter Organe. Es sei wie Fleisch im Supermarkt zu kaufen, aber zu ignorieren, dass hierfür Tiere sterben müssten. Eine opponierende Partei, die Beiträge von Angehörigen verstorbener Spender*innen im Kontext dieses Forums unangebracht findet, greift den Vergleich auf und gibt an, er/sie wolle tatsächlich nicht Bilder jedes einzelnen Tieres auf der Fleischverpackung sehen wollen

107 Im Zuge der Recherche für dieses Projekt, habe ich einige Aktivitäten dieser Art verfolgt, jedoch nicht mit dem Ziel, diese gezielt und systematisch auszuwerten, sondern, um mich selbst auch für jene Sphären der Organspende zu sensibilisieren, die nicht direkt im Fokus meiner Arbeit stehen. In diesen Kontext bin ich selbst meist nicht aktiv als Forscherin mit den Diskutand*innen in Kontakt getreten. Obwohl es sich in Online-Plattformen wie diesen um zumindest »semi-öffentliche« Äußerungen handelt, werde ich zum Schutze der Beteiligten auf die Nennung von Details, Nutzernamen, die Nennung der Plattform oder direkte Zitate verzichten.

und entsprechend auch nicht die Bilder verstorbener Spender*innen. Im Zuge der Diskussion ziehen sich auch die Familien der Spender*innen zurück; eine Person lässt verlauten, sie selbst habe nun eine andere (negative) Meinung Organspende, die sie zuvor für unterstützenswert gehalten hatte. Deutlich wird, neben den offenkundigen Herausforderungen der Kommunikation in sozialen Medien, die Schwierigkeit, die verschiedenen, meist getrennten Sphären der Spende und des Empfangs zusammenzubringen, denn im Moment der Konfrontation scheinen die Grenzen von individueller bzw. vertrauerter Person und ›therapeutischem Material‹ auf höchst prekäre Art und Weise brüchig zu werden.

Nicht ohne Grund finden Begegnungen zwischen Angehörigen und transplantierten Patient*innen meist in formalisierten und sorgfältig moderierten Zusammenhängen statt und selbst dort sind sie nicht unproblematisch. Das Bedürfnis, den Dank an unbekannte Spender*innen selbst in sozialen Medien zu visualisieren, funktioniert folglich auch nicht über Symbolbilder gespendeter Organe, sondern Bildmaterial, das die Empfänger*innen in lebensbejahenden Situationen zeigt, Bilder von Kuchen und Torten, die Bestandteil der Feier des ›Organgeburtstages‹ sind – oder das Bild eines von Kerzen gerahmten Organspendeausweises.¹⁰⁸ Hier ersetzt der Organspendeausweis die spendende Person.

Ästhetik und das Gute, das man sehen kann

Ästhetische Bedürfnisse und mögliche visuelle Zugänge im Umgang mit dem toten Körper spielen in vielfacher Hinsicht eine Rolle. Jule schildert ihre ambivalenten Gedanken zu der Vorstellung, wie ihr Körper nach der Entnahme von Organen und Augen aussehen könnte, zunächst als »auch ein bisschen so Schlachthof«.¹⁰⁹ Sie stellt sich eine Situation vor,¹¹⁰ in der nach einem für sie tödlich verlaufenen Unfall verschiedene Instanzen im Widerstreit stehen: Ihr Mann, ihr Organspendeausweis und Ärzte, die eine »Netzhauttransplantation brauchen«, während ihr Mann »doch eben noch (ihre) Augen drin lassen« wolle, sich den begierigen Ärzten entgegenstellt und sagt »Äh nee, ich will im Sarg, ...dass da nicht die Augen einkullern oder so«.

Der hier offenkundig unklare Status der Augen, ob zu entfernen, bereits entfernt oder lose, ist Teil ihrer Reflexion darüber, was mit dem eigenen Körper geschehen könnte. Hieraus erklärt sich auch ihr Unbehagen gegenüber dem Organspendeausweis:

»J: Also das ist so, das sind, das sind so Dinge, die weiß ich nicht. Und bevor ich das, glaube ich, nicht weiß, kann ich so 'ne ...krasse, ich find 's eigentlich schon 'ne krasse Entscheidung irgendwie ... und bevor ich das, glaube ich, nicht weiß, die Details wirklich, kann ich das, glaube ich, nicht unterschreiben.«

108 Das beschriebene Foto war ein Netzfund, der aus Datenschutzgründen hier jedoch nicht abgedruckt wurde.

109 Vgl. auch Adloff und Pfaller 2017.

110 Eine weitere Interpretation der Todesimagination eben dieser Interviewten findet sich auch in Adloff und Pfaller 2017.

Dass der Blick auf den Körper, auch retrospektiv für die Angehörigen verstorbener Spender*innen eine wichtige Rolle in der Bewertung von Spendensituationen und -entscheidungen spielen kann, zeigt sich auch in den Aktivitäten der KAO. Eine der Gründerinnen des Vereins beschreibt den Umgang mit dem Körper ihres verstorbenen Sohnes in einem öffentlichen Statement als zentrales Moment:¹¹¹

»Ja, da lag Christian, leichenblass, kalt wie Stein, unbeweglich, obwohl ich nie vorher einen Toten gesehen hatte, gab es keinen Zweifel, jetzt war er wirklich tot. Ein Schnitt zog sich von seiner Kinnspitze bis tief in den Ausschnitt seines Hemdes, die Augen fehlten. Mein Kind sah aus wie eine ausgenommene Gans.«¹¹²

Der Blick auf die Versehrtheit des Körpers und Beschreibungen seines Erscheinungsbildes dienen als Aufhänger für die Schilderung fundamentaler Kritik an der Praxis der Organspende, und an anderer Stelle auch Zweifel an der Todesfeststellung.¹¹³ Auch wenn sich das Ringen des Vereins um eine valide Sprecher*innen-Position im Organspende-Diskurs beobachten lässt,¹¹⁴ so ist doch davon auszugehen, dass Kritik an der Art und Weise, wie Angehörige sich über die Vorgänge (nicht) informiert fühlten, der Umgang mit dem verstorbenen Körper nicht ungehört blieben. Zumindest stellen die Versicherung über den Tod des Menschen, die Entnahme »mit der gleichen chirurgischen Sorgfalt [...] wie eine normale Operation«¹¹⁵ und die (Wieder-)Herstellung eines würdigen Zustands¹¹⁶ ein zentrales Element öffentlicher Aufklärungsrhetorik dar – auch wenn die Vorgänge selbst meist kaum beschrieben oder überhaupt nur benannt werden. Ähnliches diagnostiziert Jensen mit Blick auf den öffentlichen Diskurs in Dänemark:

»Skimming through the information materials available to Danes, it is no wonder that people draw on images from TV shows. Public campaigns and information about organ donation produced by the Danish Health Agency tend to focus more on public attitudes regarding »yes« or »no« than thoughts about the procedure itself. This might indicate that policy makers themselves regard the information so precarious that it is dangerous to inform too much about.«¹¹⁷

Ob beispielweise Jule angesichts detaillierter Einblicke in den Umgang mit dem Spender*innenkörper nun letztlich doch ihr Spenderinsein in einem Organspendeausweis dokumentieren würde, lässt sich an dieser Stelle natürlich nicht feststellen. Und doch bilden Strategien der Vermeidung, über die konkreten Vorgänge am Körper zu sprechen,

111 Renate Greinert tritt als Gründungsmitglied des Vereins »Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.« durch eine ganze Reihe öffentlicher Äußerungen in Erscheinung, in denen sie vor allem die individuelle Erfahrung des Organspendeprozesses als Angehörige schildert und die Kommunikation im Krankenhaus kritisiert. Ausführlich schildert sie die Ereignisse unter anderem in ihrem Buch »Unversehrt sterben! Konfliktfall Organspende – Der Kampf einer Mutter«.

112 Greinert 2005.

113 Vgl. ebd.

114 Vgl. auch Adloff und Hilbrich 2019.

115 BZgA 2016: 41.

116 Ebd: 42.

117 Jensen 2011a: 171.

die Jensen als »strategic presence of silence on a policy level«¹¹⁸ bezeichnet, im Fall von Jule den Nährboden für Zweifel und Misstrauen. Wie eine konkretere Information über die Vorgänge am Körper aussehen könnte, ist sicherlich nicht leicht zu beantworten, insbesondere nicht mit Blick auf die affirmative Zielsetzung der meisten Organspendekampagnen.

Lisa, die im Interview vor allem ihr Vertrauen in das medizinische System betont, erzählt mir, dass sie selbst medizinisch sehr interessiert sei und sich gerne Bücher mit anatomischen Zeichnungen ansähe, anders verhält es sich jedoch mit Bildern von »echten« Körpern:

»L: Das find ich eher abschreckend. Also ich persönlich hab kein Problem damit mir das anzugucken, aber ich glaube, dass es Menschen gibt oder auch ein Großteil der Menschen das eher abschreckend fände, wenn man wirklich so Fotos oder aus'm OP, oder wirklich von lebendigen Organen [...] auf Plakate drucken würde. Des ist irgendwie, das machen Tierschützer ja sehr gerne, die im Videomaterial oder auch auf Bildern oder so kommen da häufig wirklich gequälte Tiere, denen irgendwas Brutales angetan wird, so nach dem Motto: (verstellte Stimme) »Jetzt aber bitte nur helfen und spenden und unterstützen und essen sie bloß kein Fleisch mehr«. Das kommt in dem Sektor sehr häufig vor und ich persönlich bin kein Fan davon, auf diese Art und Weise Werbung zu machen, weil ich glaub, dass das eher einen abschreckenden Charakter hat. Aber wenn man's jetzt halt so malen würde, dann wär's halt... also für mich ist das was völlig anderes.«

Bilder des offenen Körpers sind für Lisa eher im Bereich der Tierwelt anzusiedeln und dienen in ihrer Wahrnehmung als visuelles Signal der Warnung und Abschreckung. Bilder von offenen Körpern und Organen dürfen für sie allenfalls in schematischen Zeichnungen vorliegen.

Das zur Disposition stehende Konzept der Würde, wie es aus der Analyse von Adloff und Pfaller (2017) hervorgeht, schließt auch einen ästhetischen Anspruch an den Körper ein,¹¹⁹ der das Körperinnere nur bedingt adressieren kann. Das Aussehen des Körpers nach der Transplantation und ggf. Ängste vor einer Verwüstung des Körpers, die potenziell mit seiner Öffnung und der Entnahme von einzelnen Teilen einhergehen könnte, stellt weit mehr als nur die Frage: Wie sehe ich danach aus?

Mit Blick auf die Ergebnisse von Jensens Krankenhausstudien hängt die Ästhetik des toten Körpers vor allem mit verschiedenen Vertrauensfragen zusammen und generiert bzw. hindert möglicherweise auch die soziale Akzeptanz: »When dealing with the body of the organ donor, making the body appear in certain ways constructs a reality in which this medical procedure becomes visually and socially acceptable.«¹²⁰ Was sie als Liminalität des Spender*innen-Seins beschreibt, findet ausschließlich im geschützten Raum des Krankenhauses statt. Angehörige und Personal bewegen sich dabei oft in verschiedenen Sinnprovinzen, deren Zusammenführung vor allem über die Ästhetik des Körpers funk-

118 Ebd: 171f.

119 Vgl. ebd.: 140ff.

120 Ebd: 141f.

tioniert.¹²¹ Die ständige Performanz von Vertrauen und Verlässlichkeit, die das klinische Personal verkörpern muss, wird durch die optisch ansprechende Pflege enacted. Das Waschen, Kämmen der Haare oder das Zurechtrücken der Kleidung, sowie in vielen Fällen auch verbale interpersonelle Kommunikation mit den hirntoten Patient*innen sind wesentliche Bestandteile. Um dies zu erklären, greift Jensen auf einen performativen Begriff der Ästhetik von Angela Hobart und Bruce Kapferer zurück, der sich gut auch auf die oben beschriebenen empirischen Beispiele anwenden lässt. Die Autor*innen argumentieren, dass Ästhetik ein symbolisches Genre sei, das Realität formt, konstruiert und performiert und eine wichtige Rolle in der Prägung menschlicher Erfahrungen spiele. Prozesse der Ästhetisierung seien als soziale Prozesse zu verstehen. Ästhetik ist in dieser Lesart nicht einfach ›da‹, sondern muss aktiv hergestellt werden und benötigt symbolische Formen des Ausdrucks: »Symbolic forms are active in the creation of their realities and have effect or bring about changes in the circumstances of existence through the aesthetic dynamic of their composition.«¹²²

Der Begriff von Ästhetisierung als sozialer Prozess des Erfahrbarmachens lässt sich zudem ergänzen durch einen Begriff der moralischen Ästhetik, wie ihn Janelle Taylor für die Beschreibung standardisierter Performances (bzw. Begegnungssimulationen) für klinisches Personal im Umgang mit Patient*innen entwickelt hat.¹²³ Sie zeigt damit auf, wie in der Ausbildung medizinischen Personals für den Umgang mit Patient*innen Verbindungen zwischen ästhetisch ansprechenden Handlungen mit moralisch ›richtigen‹ Verhaltensweisen verknüpft werden. In der Frage nach den ästhetischen Bedingungen der Transplantation dokumentieren sich also auch normative Erwartungen an einen angemessenen Umgang, moralische Bewertungen der Transplantationsvorgänge sowie (mangelndes) Vertrauen in die ausführenden Instanzen. Ob und wie die Spuren der Eingriffe entfernt werden lässt sich damit auch ganz grundlegend als eine Praxis verstehen, die mit der materiellen Komponente der Organspende umgehen, sie zugleich anerkennen, aber auch zu nivellieren versuchen.

Von der anderen Seite des Skalpell berichtet auch Elisabeth, die, wenn sie mit der Entnahme von Augenhornhäuten (*Corneae*) beauftragt ist, bestimmte Entnahmeorte meidet.¹²⁴ Läge die verstorbene Person schon im Sarg, so erklärt sie, müsse man »auch ästhetisch sehr gut arbeiten«. Erschwert seien die Bedingungen durch die geringe Breite eines Sargs:

»E: Und da liegt mein Kopf dann in solchen schönen Tüchern eingepackt [...] und dann komme ich mit diesem Besteck und mit diesem Augenabdecktuch und dann läuft ein bisschen Blut, auch so eine Gewebeflüssigkeit. Und dann habe ich einfach Sorge, dass ich da kleckere, nicht mehr sauber arbeite, dass es einfach nicht mehr hübsch aussieht, hinterher. [...] Wir wollen ja immer möglichst unauffällig existieren. Wir möchten kommen, was machen, gegangen sein und keiner hat was gesehen und gemerkt. So soll es

121 Vgl. ebd.: 78f.

122 Kapferer und Hobart 2005: 9.

123 Vgl. Jensen 2011a und Tayler 2011.

124 Elisabeth erklärt, dass die Entnahme der Corneae nicht nur im Krankenhaus (auf Station oder in der Pathologie), sondern mitunter auch in Krematorien und Bestattungsunternehmen stattfindet.

eigentlich sein. Also ich darf wirklich eigentlich gar nicht auffallen, ich darf den Ablauf nicht stören.«

Elisabeth weitet die Verbindung des Visuell-Ästhetischen mit dem moralisch Richtigen auf ihre eigene Präsenz aus: nicht nur darf ihre Arbeit am Leichnam möglichst keine *sichtbaren* Spuren hinterlassen, auch sie selbst soll möglichst *unsichtbar* bleiben.

Grenzbereiche im Vergleich zur Körperspende

Die *terra incognita* des Körperinneren¹²⁵ und der imaginierte Blick auf den toten Körper öffnen noch ein weiteres emotionales Feld: die Scham. In einigen Schilderungen zeigt sich die Schwierigkeit, den eigenen toten Körper (bzw. dessen Inneres), für den man wenig visuelle Intuitionen hat, von der Alltagserfahrung mit dem lebenden Körper zu trennen. Wie auch der lebende Körper wird er von anderen betrachtet, inspiziert und bewertet. Der Vergleich mit der Praxis der Körperspende¹²⁶ ist in einigen Interviews ohne mein Zutun, in anderen auf meine Nachfrage hin gezogen worden. Körperspende ist für einige Teilnehmer*innen, die sich eine Organspende vorstellen können, ein Szenario, das sie sich nicht für den eigenen Körper wünschen. Begründet wird dies häufig mit dem Stereotyp der Medizinstudierenden und deren (so wird es zumindest angenommen) respektlosem Umgang mit den ihnen zur Verfügung gestellten, zu präparierenden Körpern.

Jonas schildert seine Bedenken wie folgt:

»J: Auf jeden Fall habe ich da teilweise Geschichten gehört, dass da nicht so super respektvoll umgegangen wurde mit den Leichen, die da zur Verfügung gestellt wurden. Und ähm ja, das liegt jetzt eher so an meinem @Verhältnis zu meinem Körper,@ wie er aussieht. Also das würde ich @irgendwie@ nicht wollen, aber mit den Organen kann man gerne, die kann man gerne irgendwie weiter @verwenden.@
I: Ah ja? Kannst du das genauer erklären?
J: Hm, ich bin da einfach geprägt und- Also ich gehe auch nicht ins Schwimmbad, weil ich das einfach nicht mag, wenn man mich so sieht. Und deswegen, auch wenn ich da schon nicht mehr lebe, würde ich nicht wollen, dass da dreißig Menschen um meinen Körper stehen und, ja.«

Das Aussehen seines Körpers ist für ihn ein ebenso wichtiges wie unangenehmes Thema. Er wirkt sichtlich aufgewühlt und verlegen, als er von seinen Abwägungen erzählt. An der Vorstellung von Körperspende im Unterschied zur Organspende stört ihn vor allem, wie sein Körper den Blicken anderer ausgesetzt sein könnte. Ähnlich verhält es sich bei Heidi, die zuvor zwar Unverständnis darüber äußert, dass ihre Mutter keine Organe spenden würde, da dies ja nach dem Tod geschehe (»Der Körper ist tot, bestimmt keine schöne

125 Vgl. Motakef 2011: 44.

126 Die Körperspende ist ein Akt, bei dem eine Person zu Lebzeiten entscheidet, ihren Körper nach dem Tod für medizinische oder wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung zu stellen. Dieser Akt ist in der Regel eine freiwillige Entscheidung. Der Körper dient dann meist der Ausbildung von Medizinstudierenden und ggf. anderen Gesundheitsfachleuten.

Prozedur, aber ihn wird's nicht mehr stören«), dieses pragmatische Verständnis jedoch nicht im gleichen Maße mit der Idee der Körperspende in Einklang bringen kann:

»I: Kannst du das genauer erklären, was dich davon abhält?

H: Ohje.../I: also wenn das zu unangenehm.../Nee, ist schon in Ordnung. Also ich kämpfe eigentlich seit über 20 Jahren mit Gewicht, Körper und Fitness und Aussehen und so weiter, dass ich eigentlich wirklich nicht möchte, dass da mein Körper rumliegt ...in ner Vorlesung oder sowas. Gut, ich bin tot, mich interessiert's eigentlich nicht, aber das ist mir zu persönlich, meinen kompletten Körper da hinzulegen.«

Diese Entscheidung findet sie – im Unterschied zur Organspende – »krass« und kann nicht nachvollziehen, wie jemand eine solche Entscheidung über seinen Körper treffen kann. Auch für Sarah bedeutet die Bereitstellung ihres ganzen Körpers Überwindung, die für sie einen adäquaten Zweck voraussetzt:

»I: Und wie ist das mit Körperspenden?

H: Achso, wie jetzt der, der, äh, der Wissenschaft/I: der Anatomie/der Anatomie ... also Studenten zur Verfügung stellen/I: genau/, also da geb ich tatsächlich zu, da hab ich nen bisschen Schwierigkeiten, und das ist ... äh, das liegt daran, dass ich ... zu viele Studenten kenne und ich nicht immer so von deren Ernsthaftigkeit bei solchen Aktionen überzeugt bin, dafür ist mir mein Körper tatsächlich zu heilig, also das klingt jetzt irgendwie bescheuert, aber irgendwie, aber wenn ich ... also ich hätte jetzt kein Problem meinen Körper der Obduktion, zum Beispiel wie bei meinem Vater eben, dann zu, so zur Verfügung zu stellen, um dann eben Krankheitsbilder zu erforschen, aber um jetzt Studenten üben zu lassen, wie man operiert, wobei ich das absolut wichtig, hmm, es ist ja wichtig, ich möchte ja auch gerne kompetente Ärzte haben, nichtsdestotrotz ... bin ich nicht immer so von dieser Ernsthaftigkeit, also, dass da mit dem notwendigen Respekt bei solchen Übungen herangegangen wird, und also da hab ich so ein bisschen Angst vor Leichenfledderei.«

Auch für Lisa endet der pragmatische Umgang mit ihrem Körper an den Pforten des anatomischen Instituts:

»I: Wäre denn für dich so Körperspende auch eine Alternative? Also, dass Körperspende heißt, dass du deinen Körper eben der Anatomie übergibst, also zu Zwecken medizinischer Ausbildung zur Verfügung stellst. L: Mh das wäre mir nicht ganz so lieb. I: Ja? Was wäre da für dich der Unterschied? L: Mh, also ich war noch nie bei sowas dabei, aber ich hab'Freunde, die Medizin studieren und die mir erzählen wie die @auseinander genommen werden@ ähm ... und da weiß ich nicht, ob das für mich irgendwie so, ich weiß nicht, weil da wird man schon sehr zerhackt sag ich mal und letztendlich nur um paar Studenten irgendwas zu zeigen. Es ist genauso, wie jeder Student im Bio-Studium muss man ne Maus töten nur damit er mal ne Maus getötet hat. Weiß nicht, das find ich kann man eventuell auch anders lösen und ich glaub nicht, dass das so arg weiterhilft, wenn n Student mal an ner Leiche rumgeschnibbelt hat.«

Den Unterschied zur Organspende macht in diesen Beispielen die Vorstellung über die Professionalität der Inspizierenden und Betrachtenden aus – Medizinstudierende, die

sich noch in der Ausbildung befinden. Der tote, vielleicht geöffnete und in jedem Fall aber hilflose, vielleicht auch schon visuell und olfaktorisch veränderte Körper, soll nur den Blicken derer ausgesetzt werden, die über die nötige Ernsthaftigkeit, professionelle Routine, Distanz, aber auch Empathie verfügen. Alle vier verstehen sich hier in einer vulnerablen Situation und formulieren den Wunsch nach einem respektvollen Umgang. Die Entscheidung, den eigenen Körper bereitzustellen, bleibt in diesen Beispielen ein sensibler Akt – an Erwartungen, Gefühle und Vertrauensvoraussetzungen gebunden, die weit über pragmatische Überlegungen hinausgehen.

Während Jonas, Heidi, Lisa und Sarah den Eingriff in den Körper im Rahmen der Organspende akzeptieren – obwohl dieser ebenfalls sichtbare Spuren hinterlässt –, erscheint ihnen derselbe Körper im Kontext der Körperspende schützenswerter. Der Grund dafür liegt nicht nur in der Ausdehnung der Eingriffe, sondern vor allem in der Vorstellung, der Körper könne bei der Körperspende verspottet werden. Der tote Körper verliert hier seinen Status als sinnstiftende Gabe und erscheint stattdessen als Objekt, das fremden Blicken ausgesetzt, untersucht und eventuell respektlos behandelt wird. Der Wunsch nach einem respektvollen Umgang markiert somit die letzte Grenze selbstbestimmter Verfügung: Er verknüpft körperliche Integrität mit moralischer Integrität – auch über den Tod hinaus. Organspende hingegen wird mit einem eindeutigen Zweck verbunden: dem Retten von Leben. Diese klare Kausalkette – Tod, Gabe, Weiterleben – bietet einen moralischen Rahmen, der es offenbar erleichtert, Eingriffe am Körper zu akzeptieren. Der Begriff der Würde,¹²⁷ so zeigt sich, entfaltet seine Relevanz auch in der Beziehung zum Blick der anderen: Es geht weniger um das, was mit dem Körper geschieht, als darum, *wer* es sieht, *wie* es geschieht – und welchem Zweck es dient.

An Körperspender*innen mangelt es, so erfahre ich während des Besuchs an einem anatomischen Institut, dennoch nicht. Körperspender*innen sind, wie man mir erklärt, meist »älter«. Wenn sich hingegen junge Menschen an das Institut wenden, um ihren Körper zur Spende freizugeben, gilt das als ungewöhnlich – in solchen Fällen wird gelegentlich auch nach dem Beweggrund gefragt.¹²⁸ Hintergrund sei die Vermutung suizidaler Gedanken, da diese (als intensiv angenommene) Auseinandersetzung mit dem eigenen Ableben in bestimmten Altersgruppen ohne konkreten Anlass selten vorkomme.¹²⁹ Umgekehrt ist die Angst, zu alt zu sein, ein wiederkehrendes Motiv dafür, sich im Alter gegen eine Organspende zu entscheiden (so beispielsweise bei Maria). Unterschiedliche Arten der Spende und damit einhergehende Reflexionen über den Körper und seinen Nutzen, haben folglich auch ihre »richtige« Zeit in der individuellen Biografie.

Mein Körper/Dein Körper

Den als Einheit erlebten Körper aufzulösen, Teile zu entnehmen bzw. ihn mit anderen zu teilen, und damit Körpergrenzen zu überschreiten, kann, wie wir bereits gesehen haben, auf unterschiedliche Weise interpretiert werden und unter Umständen auch bedrohlich

127 Adloff und Pfaller 2017.

128 Notizen zum Besuch in der Erlanger Anatomie im Oktober 2015. Wo genau diese Altersgrenze verläuft, haben wir im Gespräch nicht geklärt.

129 Notizen zum Besuch in der Erlanger Anatomie im Oktober 2015.

wirken. Die Überschreitungen von *Mein Körper/Dein Körper*-Grenzen erhält im Zusammenhang mit der gesetzlich vorgeschriebenen Anonymisierung der postmortalen Spender*innen eine besondere Bedeutung, denn obgleich das Treffen von Empfänger*innen und Angehörigen von Spender*innen möglichst verhindert wird, wird das Verhältnis zu Spender*innen oft als (verwandschaftliche) Beziehung imaginiert.¹³⁰ Untersucht wurden in diesem Zusammenhang meist Empfänger*innen von Organen, die den Erhalt des Organs als biographischen Einschnitt erleben,¹³¹ die den Tag des Organerhalts häufig als »zweiten Geburtstag« feiern, ihm einen Namen geben oder sich sogar, wie in David Wagners Roman *Leben*, eine Geliebte vorstellen.¹³² Eine weitere Denkfigur stellt die Übernahme von Eigenschaften der Spender*innen durch das Organ dar.

Hauser-Schäublin et al.¹³³ ordnen diese Art der Übertragung personeller Eigenschaften auf bzw. durch das menschliche Organ kulturhistorisch ein und diagnostizieren eine Normalisierung von »Frankenstein-ähnliche(n) Vorstellungen von der Persönlichkeit (etwa eines Verbrechers), die auch in Körperteilen immanent sei«¹³⁴ hin zu einer Entpersonalisierung von Körperteilen, die sich mit den ersten erfolgreichen Transplantationen zunehmend auch in populären Körperbildern etablierte.¹³⁵ Zugleich existieren Problematiken mit den Eigenschaften des Spender*innenkörpers nicht nur als *public imaginary*,¹³⁶ sondern auch als Gegenstände medizinischer und pharmakologischer Forschung: beispielsweise mit Blick auf die Möglichkeit der Übertragung von Krankheiten durch ein erhaltenes Organ. Ein wichtiger, damit verwandter Forschungsbereich, der zugleich wenig öffentliche Aufmerksamkeit erhält, ist die Immunsuppression.¹³⁷

Exkurs: Immunsuppression

Während meines Besuchs eines deutschen Transplantationskongresses fällt mir im Messebereich die Vielzahl aufwendig gestalteter Stände von Pharmafirmen ins Auge. Zwar war mir bereits bewusst, dass immunsupprimierende Medikamente ein zentraler Bestandteil erfolgreicher Transplantationen sind, doch war mir das Thema bislang vor allem durch Hinweise auf die Vielzahl täglich einzunehmender Medikamente präsent, die transplantierte Patient*innen dauerhaft benötigen. Mit den verschiedenen Ständen der Pharmafirmen bin ich zunächst unsicher. Wo soll ich beginnen? Was soll ich fragen und wen? Was interessiert mich daran und warum?

So gehe ich zunächst zurück zur »Spur des Ausweises« und frage am Stand eines Unternehmens dem dort ausliegenden »Lebenspenderausweis«. Im Gespräch mit Mitarbeitenden wird deutlich, dass dieser auf Nachfragen von Lebensspender*innen zurückgeht, die auf bestimmte medizinische Verfahren (z. B. Kontrastmittel, Röntgen) emp-

130 Vgl. z.B. Krüger-Fürhoff 2012; Hauser-Schäublin et al. 2008; Sharp 2007.

131 Vgl. Hauser-Schäublin et al. 2008: 153.

132 Wagner 2016.

133 Hauser-Schäublin et al. 2008.

134 Ebd.: 43.

135 Vgl. Hauser-Schäublin et al. 2008: 43.

136 Vgl. Pfaller 2022.

137 Für einen ersten Überblick hierzu vgl. Schlich 1998: 34–45 und Amelang 2014: 125–134.

findlicher reagieren. Als ich erkläre, dass ich für ein soziologisches Projekt recherchiere, werden die Erklärungen einfacher, bildhafter. Das Immunsystem wird etwa als »Wasserleitung« beschrieben, die »geblockt« werden müsse. Das Gespräch öffnet mir ein neues Themenfeld: eine Industrie, in der Hersteller*innen von Immunsuppressiva konkurrieren. Ein perfektes Präparat existiert bislang nicht. Die Entwicklung kann 10–20 Jahre dauern, oft wird ein Mittel mangels Daten nur für ein Organ zugelassen.¹³⁸

Auffällig ist auch, wie die Bildsprache der Stände sportliche und gesunde Körper inszeniert (hierzu mehr in Kap. 6).

Auch in der Transplantationsgeschichte von Stefanie wird die zentrale Bedeutung der Immunsuppression deutlich. Aufgrund starker Abstoßungsreaktionen musste sie mehrfach transplantiert werden – teilweise mit Organen, die nicht ihrer Blutgruppe entsprachen. Um die Immunabwehr zu senken, wurden ihr die Milz entfernt und experimentelle Medikamente verabreicht. »Ich hab' dann eben auch dieses neue Medikament bekommen, was heute zur Routine gehört [...], aber damals war's halt wirklich noch so grade erst so für den klinischen Gebrauch zugelassen«, erinnert sie sich. Stefanie beschreibt ihren Weg durch diese medizinisch riskante Phase als körperlich belastend, aber letztlich erfolgreich. Trotz Folgeerkrankungen (»ganz ohne Probleme ist es halt nie, also das ist jetzt auch nicht unbedingt n' Zuckerschlecken als Transplantierte«) fühle sie sich im Vergleich gut und könne sich nicht beschweren.

Ihre Geschichte zeigt, dass nicht nur das Matching von Spender*in und Empfänger*in, sondern auch die individuell abgestimmte Medikation eine zentrale Rolle für den Erfolg einer Transplantation spielt. Immunsuppression ist Voraussetzung für das Gelingen – und doch, wie Amelang betont, ein »zugleich allgegenwärtiges und abwesendes Thema«¹³⁹. Anerkennung erfährt meist die Chirurgie, nicht aber die medikamentöse Nachsorge, die vor allem von Internist*innen verantwortet wird.¹⁴⁰

Immunsuppression kommt (wenig überraschend) auch in den vorliegenden Interviews mit potenziellen Spender*innen thematisch kaum auf. Allenfalls deutet sich in den Interviews ein Wissen über mögliche Abstoßungen an – verbunden mit Fragen nach der Wirksamkeit der Behandlung und dem Sinn oder Wert der eigenen Gabe. So zum Beispiel bei Anka:

»Ich möchte auch, wenn ich schon gespendet habe quasi relativ sicher sein, dass meine Organe gut ankommen, ja? Dass sie tatsächlich- Also das heißt, ich möchte die, die Wahrscheinlichkeit kennen, dass die Organe auch angenommen werden, ja, dass, die Person dann nicht doch stirbt oder...- Und ich möchte auch wissen, mal angenommen, jemand kriegt mein Herz oder meine Leber, wie lange leben die denn noch? Ja, das ist auch etwas, was mir fehlt.«

Die Auseinandersetzung mit dem Immunsystem und seiner Rolle in der Transplantation bleibt für viele potenzielle Spender*innen eine Leerstelle. Insbesondere die Möglichkeit der »Abstoßung« des Organs scheint schwer vereinbar mit der Idee der wertvollen freiwilligen Gabe.

Einen der wenigen öffentlichen Impulse gibt im englischsprachigen Raum zuletzt die Autorin Amy Silverstein (2023). In einem Essay für die New York Times beklagt sie, die

Forschung an Immunsuppression und Weiterentwicklung entsprechender Medikamente sei auf Grund mangelnder Finanzierung in den 1990er Jahren stehen geblieben:

»My first donor heart died of transplant medicines' inadequate protection of the donor heart from rejection; my second will die most likely from their stymied immune effects that give free rein to cancer.«¹⁴¹

Sie werde, so beklagt sie, mit einem gesunden Herzen in einem kranken Körper sterben, was nur wenige Wochen nach der Veröffentlichung auch geschieht.

Obleich in der Praxis der Transplantation (und ihrer Nachsorge) nicht nur die Entpersonalisierung und Anonymisierung der Spender*innen, sondern auch eine möglichst weitgehende Elimination ihrer organischen Besonderheiten wesentlicher Bestandteil sind, findet sich immer wieder das Motiv des Weiterlebens von Organspender*innen (oder Teilen von ihnen) im Körper der Empfänger*innen. Die »gruseligen« Aspekte des fremden Organs im eigenen Körper koexistieren mit Narrativen von Trost und der Hoffnung auf ein Leben danach. Während diese Art von Transmortalität meist in den Gedanken und Vorstellungswelten von Spender*innenfamilien aufscheint, finden Emma und Lisa andere Assoziationen:

»E: Also irgendwie ist das halt ne sehr abstrakte Vorstellung, ne? Also, wenn man da jetzt mal drüber nachdenkt, dann ist das ja irgendwie auch ein bisschen absurd, weil's ja quasi so meine Substanz ist...ähm...aber wir reden ja von einem Zustand, wo's danach wahrscheinlich nicht mehr so sein wird, so wie jetzt, von daher find ich die Idee eigentlich fast romantisch aufgeladen. Keine Ahnung, wenn jetzt zum Beispiel jemand mein Herz braucht, das ist irgendwie total süß.«

Die von ihr erst als »abstrakt« und »absurd« beschriebene Vorstellung ihrer Körpermaterie in einem anderen Körper überführt Emma in den Bereich der Romantik. Das metaphorisch oft für die Liebe und romantische Beziehungen stehende Herz fasst die Auflösung der Körpergrenzen in einen positiv besetzten Rahmen ein.

Die Übersetzung in die Bereiche Liebe und/oder Sexualität dient immer wieder dazu, das Thema greifbar zu machen – ein Konzept, das in verschiedenen Kampagnen (wenn auch meist außerhalb Deutschlands) aufgegriffen wird.¹⁴² Am explizitesten wohl in einer für eine Männerzeitschrift produzierten Kampagne, die unter dem Bild einer jungen Frau in Unterwäsche und silbernen Highheels, die vor schwarzem Hintergrund auf einem schwarzen Sofa lehnt. Neben ihr steht in weißer Schrift: »Becoming a donor is probably your only chance to get inside her«. Unten rechts befindet sich das Logo der

138 Protokoll zum Besuch der 26. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG). Gekürzte Fassung.

139 Amelang 2014: 127.

140 Ebd.: 126.

141 Silverstein 2023.

142 Vgl. z.B. Watson 2013.

belgischen Organisation »Re-born to be alive«, das aus einer stilisierten Lunge mit Herz besteht.¹⁴³

Lisa hingegen findet die Vorstellung lustig und verleiht ihren Organen ein Eigenleben, wenn sie daran denkt, dass Teile von ihr in einen anderen Körper übertragen werden könnten:

»L: Das fände ich irgendwie witzig @@ weil, ich meine, letztendlich würde ich ja nicht mehr leben, aber meine Organe würden trotzdem noch leben und jemand anderem helfen, also ich fänd's witzig, wenn ich mir vorstellen würde: Ja da rennt jetzt jemand mit meiner Niere rum oder mit, keine Ahnung was man noch alles, Leber oder was weiß ich, also irgendwelchen Organen. Ich persönlich hab damit irgendwie kein Problem [...].«

Zur Beschreibung dieser Person, die nun mit ihren Organen herumläuft, greift Lisa auf typische Bildwelten der Transplantationsmedizin zurück.

»L: Also ich weiß nicht, wenn ich mir das vorstelle, dass jemand meine Organe hat, dann stell ich mir einen Körper vor, der die gleiche Farbe hat, also alles außer dieses Organ, das hat irgendwie 'n bisschen andere Farbe oder des springt so raus, da ist halt einfach die Aufmerksamkeit drauf und ich stell mir den Körper so 'n bisschen durchsichtig vor oder so, so dass ich halt im Grunde da reingucken kann. Das geht natürlich in echt nicht, [...] wenn ich mir jetzt vorstelle mein Organ ist in jemand, ist in nem Körper von jemand anders, dann würde ich mir das ungefähr so vorstellen.«

Lisa stellt sich eine »männliche Person« vor, die »kein Gesicht« und »kein Alter« hat. Solche Bilder finden sich auch in gängigen Bilddatenbanken wie Getty Images oder Adobe Stock: gesichtslose, alterslose (Männer-)Figuren, wie sie bei Suchanfragen nach »Organen« oder »Organspende« erscheinen und in Online-Formaten zur Organspende häufig verwendet werden. An ein fremdes Organ in ihrem eigenen Körper, müsse sie sich, so vermutet Lisa, vielleicht erst gewöhnen. Dieses fremde Organ siedelt sie metaphorisch in der Welt der Pflanzen an: »Ok, ich leb jetzt mit 'nem Organ von irgendwem anders, das gehört eigentlich gar nicht zu meinem Körper, das hat man einfach da reingesetzt, wie so 'ne Blume, die man einfach in die Erde setzt und die dann da wachsen muss«. In Lisa »wächst« oder »lebt« folglich kein Teil einer Person – das Organ wird zur Pflanze, einem nichtmenschlichen, aber doch organischen Lebewesen.

143 Das betreffende Bild sowie auch einige andere Kampagnen-Motive der Organisation können über diesen Link aufgerufen werden. Eine archivierte Version der Kampagnenseite »Reclamecampagnes« (Reborn to be Alive), archiviert am 23.02.2016, verfügbar unter: <https://web.archive.org/web/20160223044519/http://reborntobealive.be/wie-wat-hoe/reclame-campagnes/>

5.4 Die Bestandteile des Körpers selbst: Organe und ihr Eigenleben

Wenden wir uns von der Praxis des Zerteilens nun hin zu den Bestandteilen des Körpers, die mit der Möglichkeit, sie zu spenden, zur Disposition stehen. Jene Bestandteile des Körpers, unsere Organe und Gewebe, ihre von Blut und anderen Körperflüssigkeiten durchsetzte Körperumwelt, sind uns im Alltag meist nur innerhalb spezifischer kultureller Rahmungen präsent. Die Ästhetik innerer Organe sowie ihre Temperatur, Haptik oder ihr Geruch sind vor allem in der medizinisch-technischen Praxis, in der Forschung oder im Genre der Horrorerzählungen erfahrbar. Menschen und ihre Organe, so könnte man sagen, bilden zwar eine physische Einheit, aber nicht zwangsläufig eine kognitive.¹⁴⁴ Wie aber werden unsere (durch die Möglichkeit der Spende mobilen) Organe und Gewebe in den Kulturen der Organspende eingebettet? Wie können wir uns auf sie beziehen und welche Deutungsangebote entstehen in den Praxisordnungen rund um unsere Organe?

Wahlmöglichkeiten

Beginnen wir unsere Spurensuche mit meinem »Urausweis« aus Plastik. Auf der Rückseite können potenzielle Spender*innen darüber entscheiden, ob sie nach ihrem Tod Organe und Gewebe (die nicht explizit aufgelistet sind) spenden möchten, dies nicht gestatten, eine andere Person darüber entscheiden lassen möchten oder – und das ist für uns an dieser Stelle von Interesse – Körperteile frei auswählen bzw. ausschließen. Neben der Tatsache, dass diese Entscheidung ein gewisses Vorwissen darüber erfordert, welche Organe und Gewebe in Deutschland transplantiert werden, ist bereits die Möglichkeit individueller Auswahl an sich bemerkenswert.

Ob ein Organ transplantiert werden kann, entscheidet letztlich der Zustand des jeweiligen Organs – beziehungsweise die Einschätzung der damit beauftragten Ärzt*innen. Zwar können potenzielle Spenderinnen, etwa in Scherzen wie: »Ich spende meine Organe, aber ich würde die Finger von Leber und Lunge lassen«, Mutmaßungen über die Qualität ihrer Organe anstellen. Natürlich können sie zu Lebzeiten auch Diagnosen erhalten, die sie wahrscheinlich von einer Organspende ausschließen. Doch die medizinische Entscheidung darüber, welche Organe im Falle einer Transplantation tatsächlich als »brauchbar« gelten, liegt nicht bei ihnen selbst – und auch nicht bei ihren Angehörigen. Warum also wird die Möglichkeit eingeräumt, einzelne Organe und Gewebe zur Spende auszuwählen?

Konzepte des reparablen Körpers, wie sie sich in der Geschichte der Medizin entwickelt haben, verfangen auch außerhalb des medizinisch-professionellen Bereichs, doch ist dies nicht die einzige Möglichkeit, den Körper zu verstehen. Zur Vielfalt der Deutungskonzepte, die an den Körper angelegt werden, merkt Krüger-Fürhoff an:

»Obgleich das bislang dargestellte (Anm.: mechanistische) Körperkonzept für die zeitgenössische Transplantationschirurgie handlungsleitend ist, muss davon ausgegangen werden, dass sowohl innerhalb der Schulmedizin als auch in anderen

144 Vgl. auch Motakef 2011.

kulturellen Kontexten zahlreiche alternative, sich ergänzende sowie miteinander konfligierende Körperauffassungen zirkulieren.«¹⁴⁵

Die Möglichkeit, Organe ein- oder auszuschließen, kann in diesem Sinne wohl als Versuch der Diversitätsanerkennung betrachtet werden und unterstreicht die Entscheidungsfreiheit potenzieller Spender*innen. Mangels medizinisch verfügbarer Ausschlusskriterien sind es oft kulturell geprägte Interpretationen, die aufgerufen werden und sich mit Allgemein- bzw. Alltagswissen über bestimmte Funktionen einzelner Organe vermischen. So auch bei der noch unentschiedenen Jule:

»I: Und wäre das für dich ein Unterschied, ob jemand anderes eine Niere von deinem Mann bekommt oder das Herz von deinem Mann?

J: Ja, völliger Unterschied.

I: Wo ist da der Unterschied?

J: (lacht). Äh ...

I: Oder fühlt sich das denn anders an?

J: Ja, Herz, das hat ja auch was mit Liebe zu tun oder so, weiß nicht, wieso es was mit Liebe zu tun hat, aber wahrscheinlich, weil das Herz ein Herz ist und das halt viel mit Liebe ... symbolisch. Und weil es halt der absolute Lebensmotor ist, es versorgt das Gehirn mit Blut, den ganzen Körper mit Blut. Und wenn das Herz nimmer schlägt, dann hört ja alles auf. Und deswegen ist es das A und O. Eine Niere ist, immerhin hat man zwei, von einer Leber kann man auch mit ein bissele weniger leben. [...] eine Blase kannst du mit einem künstlichen Ausgang ersetzen, ohne die kann man irgendwie noch leben, aber ohne Herz lebt keine Sau, kann kein Mensch leben. [...] deswegen ist das Herz so aweng der absolute Abschied oder halt, wenn das draußen ist, dann ist man auf jeden Fall tot, die Frau. Dann ist sie auf jeden Fall weg, dann gebe ich sie weg. Und die Niere, nimm die Niere, aber oh, das Herz, also ich glaube, dass das eigentlich eine der schwersten Entscheidungen dann für den Angehörigen.«

Das Herz freizugeben, kommt in ihrer Vorstellung dem Aufgeben der Hoffnung auf Genesung gleich. Das Organ ist damit nicht nur physisch Teil des Körpers, sondern auch in deren Beziehungen verstrickt. Die Besonderheiten des Herzens können jedoch sehr unterschiedlich ausfallen: Auch für Lisa ist das zentrale Organ des Blutkreislaufs eine Ausnahme, allerdings mit einer anderen Begründung als bei Jule, denn sie stellt sich vor, das Herz einer anderen Person zu erhalten (»Des kommt 'n bisschen aufs Organ selbst an glaub ich, weil des Herz kann ich ja spür'n, also des Klopfen auch von innen teilweise, nicht immer aber wenn's halt stark schlägt oder so oder wenn man liegt«). Lisa begründet die Sonderstellung des Herzens also nicht in romantischen Vorstellungen, sondern in der empirischen Tatsache, dass dieses Organ täglich für sie spürbar ist. Ähnliche Überlegungen äußert Karolin:

»I: Und auch selber ein Organ anzunehmen, wäre jetzt auch...

A: Kein Problem.

I: Kein Problem. Na, ich frage nur, weil ich meine...

A: Also das ist jetzt natürlich, also »kein Problem« ist immer so lapidar dahingesagt, also das wäre schon natürlich auch bewusst, was das bedeutet, ne? Und dieses Ausmaß, dieses also Geschenk dann da sozusagen, dass man das tatsächlich kriegt und dass es möglich ist, ja. Es kommt, ich finde tatsächlich in dem Fall, dass es Unterschiede macht, was für ein Organ. Welches Organ. Also ich finde tatsächlich auch Herz nochmal eine andere Nummer als zum Beispiel Leber oder Niere.

I: Okay. Wieso?

A: Gute Frage. Ja, also halt auch, also irgendwie ich bin jetzt zwar nicht so der Ansicht, dass Herz jetzt der Sitz der Seele oder irgendwas ist, aber wenn man jetzt allein vom Körperlichen ausgeht, also allein vom, was das Herz tatsächlich macht und wofür das Herz zuständig ist, ist das schon nochmal eine ganz schön... Also ich meine, klar, es geht auch nicht ohne Leber und es geht auch nicht ohne Niere, ne? Aber ich finde schon, dass das Herz schon nochmal eine andere/(Es klopft an der Tür) Ja. Bedeutung da einnimmt. (kurze Unterbrechung) Ja, also das ist tatsächlich schon noch so ein bisschen, dass, also auch wenn es jetzt nicht per se der Sitz der Seele ist, aber dass schon irgendwie mit dem Herzen, finde ich, im menschlichen Körper, durch dieses, ne, also das Herz pumpt halt einfach mal alles. [...] Und weil ich halt einfach auch tatsächlich glaube, dass das deutlich invasiver ist, also dass es viel... Also Herztransplantation ist ja auch tatsächlich so, ne, also hält ja auch nicht so lange. [...] Was eigentlich auch, es hat jetzt überhaupt keine biomedizinische Basis, ne? Das ist halt einfach dieses Gefühl, das Herz ist nochmal was Anderes. Das Herz hat nochmal irgendwie eine stärkere Bedeutung für den Körper, obwohl wir ja auch also ohne beide Nieren und ohne Leber ja auch nicht überleben würden.«

Karolin versucht verschiedene Erklärungen, von der Funktion des Herzens bis zur Art des Eingriffs, erklärt diese Hierarchisierung letztlich aber zu einem »Gefühl«. Eine andere Ordnungsvorstellung in der Hierarchie von Organen und Geweben schildert Emma. Sie reflektiert über die Problematik des Ausschlusses und berichtet von ihrer getroffenen Auswahl:

»E: Bei mir war's irgendwie so dass äh, also ich hab ja Haut und Augen ausgeschlossen ...für mich, ne? Und alle anderen Organe waren mir relativ egal, weil damit verbinde ich irgendwie nicht, aber mit den Augen verbind ich irgendwie ganz viel, allein schon mit diesen, damit kann man halt sehen und des is so mein Apparat, mit dem ich die Welt wahrnehme. Und Haut find ich irgendwie ganz, ganz elementar. So, schützt mich vor, vor der Umwelt und andersrum und deswegen wollt ich grade diese beiden Organe eben noch behalten.«

Für Emma sind es die äußeren, sichtbaren Bereiche, die ihr Schwierigkeiten bereiten: Die Augen, mit denen sie die Welt und sich selbst wahrnimmt und die Haut, die sie, also eine Emma, die sich hinter oder unter dieser Haut befindet, schützt, auch über den Tod hinaus. Sie spricht von ihnen wie von Gegenständen, die sie aussortiert und von denen sie einige, sicherheitshalber, noch behalten möchte, falls sie sie noch brauchen kann. Problematisch können neben dem Herzen also auch die Augen bzw. die Cornea sein.¹⁴⁶

146 Obgleich in Deutschland in der Regel nur die Cornea, also die Hornhaut des Auges, gespendet werden kann, hält sich dennoch die Vorstellung, ganze Augäpfel würden entfernt.

Stefanie, die selbst transplantiert ist und sich als überzeugte Spenderin beschreibt, räumt ein, hier gezögert zu haben: »Also ich hab kurz überlegt, so dieses Augenhornhäute so, ne? Was sich dann immer so, ne? Weil ja die Augen entfernt werden, wo ich dann gedacht hab: »Hm<....«. Warum sie hier zögerte, führt sie nicht weiter aus, sondern nutzt die Episode vielmehr, um ihr Solidaritätsargument zu stärken, indem sie beschreibt, wie sie zu Gunsten wartender Menschen dieses Unwohlsein überwunden habe und dies auch von anderen erwarte. Auch für Karolin bilden die Augen eine bedeutsame (Körper-)Grenze:

»A: Oh Gott, also ich finde halt, ich finde alles, was mit Augen zu tun hat, gruselig. [...] Deswegen habe ich auch keine Kontaktlinsen, weil, uäh, weil ich da totale Berührungsängste habe. Aber das wäre jetzt eher sozusagen, ne, dieser Eingriff an sich anstelle sozusagen diese Tatsache, dass es von jemand anders ist.«

Eine alternative Einschränkung dessen, was gespendet werden soll, findet sich in Jonas' Erzählung über seine Schwester, die, wie er berichtet, zwar einen Organspendeausweis ausgefüllt hat, dabei aber die Möglichkeit genutzt hat, nur bestimmte Organe und Gewebe freizugeben:

»J: Ähm und bei meiner Schwester ist es so, [...] die hat so'n bisschen 'ne außergewöhnliche Haltung dazu. Die hat gemeint, dass sie eine Niere spenden würde, weil falls es doch'n Leben nach dem Tod gibt, woran sie eher nicht glaubt, aber falls doch, will sie sich dann die Sicherheit äh einbehalten, dass sie dann alle @nötigen Organe hätte.@«

Jonas lacht, als er mir diese Geschichte erzählt, und findet die Haltung seiner Schwester offenkundig ungewöhnlich und bemerkenswert, mischt sie doch ein funktional-mechanistisches Körpervverständnis mit einer Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod, in dem dieser (physische) Körper noch eine Rolle spielen wird.

Schon in diesen wenigen Beispielen lässt sich eine große Bandbreite von Interpretationen finden, die eine Entnahme bestimmter Organe oder Gewebe günstiger oder ungünstiger erscheinen lassen als andere: So kann der Verlust des Herzens dem Aufgeben der Hoffnung gleichgesetzt werden und das Herz mit der Person. Seine spürbare Präsenz kann als unangenehm empfunden (oder imaginiert) werden, wenn es sich um ein fremdes Herz handelt oder der Eingriff als zu brachial erscheinen. Die Maschinenmetaphern, wie sie hier von Jule, Lisa oder Emma angewandt werden (Lebensmotor, Apparat, Pumpe etc.) beruhen, so Krüger-Fürhoff, auf einem »organzentrierte(n) Körpervverständnis«, ¹⁴⁷ das sich zwischen 1880 und 1930 etabliert hat und das zugleich die Grundlage für die Transplantationsmedizin bildet. Mit diesem Körpervverständnis kann sich letztlich die Vorstellung etablieren, komplexe innere Krankheiten ließen sich in bestimmten Organen lokalisieren und dort auch behandeln – in letzter Konsequenz durch das Ersetzen des betroffenen Organs.¹⁴⁸ Neben der Sonderrolle des Herzens¹⁴⁹ ist ein Unbehagen mit einer Spende der Augen auszumachen, denen als Hauptorgan der visuellen Wahrnehmung

147 Krüger-Fürhoff 2012: 61.

148 Vgl. ebd.: 61.

149 Für weitere Einblicke in die Medizin- und Kulturgeschichte des Herzens vgl. z.B. Jauhar 2018.

und wegen ihrer zentralen Rolle in vielen Formen der zwischenmenschlichen Kommunikation ebenfalls besondere symbolische Bedeutungen zugewiesen werden. So werden Wissen und Sehen, Erkenntnis und Licht sowie Dunkelheit und Unwissenheit oftmals metaphorisch gleichgesetzt und konzeptuell verbunden.¹⁵⁰ Während der Ausschluss der Cornea aus einer möglichen Spende die Abläufe einer Organspende nicht betrifft,¹⁵¹ sollte dies bei einem Ausschluss bestimmter Organe gegebenenfalls für den Ablauf einer Organspende relevant sein.

Ob und wie die von Spender*innen oder deren Angehörigen vorgenommene Einschränkung in den institutionellen Abläufen der Organ-Entnahme niederschlagen, mit welcher Häufigkeit dies tatsächlich auftritt, geht aus den mir zugänglichen empirischen Daten nicht hervor.¹⁵² Zugleich enthalten Informationsangebote zur Organspende keinen Hinweis darauf, warum bestimmte Organe oder Gewebe aus dem Organspendeausweis ausgeschlossen werden können. Die Möglichkeit, bestimmte Teile des Körpers aus einer Spende auszuschließen verbleibt damit offenkundig selbst auf einer symbolischen Ebene als Zugeständnis an die Entscheidungsfreiheit potenzieller Spender*innen und begünstigt dabei paradoxerweise zugleich das Aufrufen kulturell geprägter Wertungen bestimmter Organe und Gewebe und einen darauf basierenden Ausschluss.

Seid ihr Herz oder Lunge? – Organteams

Organe als Protagonist*innen der Organspende-Praktiken haben neben ihrer medizintechnischen Relevanz für transplantierte Patient*innen auch eine Art teambildende Funktion, die sich in den Vorstellungswelten potenzieller Spender*innen offenkundig nicht auf die gleiche Art niederschlägt. So finden sich im empirischen Material keine Hinweise auf Ideen, wie etwa der Gruppe potenzieller Leber- oder Herzspender*innen anzugehören. Anders gestaltet sich dies im Feld der an Organtransplantationen Arbeitenden oder Betroffenen:

»Seid ihr Herz oder Lunge?«, werden meine Kollegin und ich beim Abendessen eines Transplantationskongresses von einer Ärztin gefragt, die sich, wie sich später herausstellt, offenbar im »Team Lunge« verortet (was sowohl die Entnahmeteams als auch die spezialisierte Forschung am jeweiligen Organ meinen kann). Die Trennung der Organe von Körper und Person hat an einer anderen Stelle also eine verbindende Wirkung: Unter dem Namen der Organe und mit ihnen verbundenen Expertisen bilden sich nicht nur berufliche Perspektiven heraus, sondern auch Patient*innenverbände (wie Lebertransplantierte e.V. oder Bundesverband Niere), um einen möglichst problemfokussierten Austausch zu ermöglichen.

150 Vgl. Schmitt 2017: 47, 68 und 386f.

151 Wird auf dem Organspendeausweis die Cornea ausgeschlossen betrifft dies die Abläufe einer Organspende nicht, da es sich hier um eine Gewebespende handelt, die unter anderen Bedingungen durchgeführt würde als eine Entnahme von Organen. Die Entnahme wird nicht von der DSO durchgeführt, sondern von, oft privat getragenen, Gewebebanken. Den Umstand, dass immer wieder und insbesondere auf dem Organspendeausweis ohne weitere Erklärungen zwei Systeme (Organspende und Gewebespende) moniert beispielsweise auch Kalitzkus (vgl. 2009: 205–219).

152 Vgl. z.B. Jahresberichte DSO seit 2012 unter: <https://dso.de/organspende/statistiken-berichte/jahresbericht>

Organmodelle finden sich zudem als gern genutztes Fotomotiv: So konnten etwa Besucher*innen der ESOT-Konferenz in Kopenhagen mit einem Schild in Form einer Leber posieren, das die Aufschrift »warm and sexy« trug. Besucher*innen des Tags der Organspende konnten sich in einer begehbaren Lunge mit Karzinom oder vor einem überlebensgroßen Herzen ablichten. Organe, so könnte man sagen, finden sich oft in Form stilisierter Modelle: in schematischen Zeichnungen, comichaft, übergroß oder sehr klein, aber vor allem trocken, unbeweglich und von ihrem Körpermilieu entkoppelt. Diese Darstellung von Organen erweist sich offenkundig als sozial ausreichend akzeptabel für öffentliche Veranstaltungen. Auch unter transplantierten Patient*innen finden sich entsprechende Gruppenbildungen rund um das transplantierte Organ, zum Beispiel in Form von T-Shirts, die auf das transplantierte Organ verweisen oder auf die Zugehörigkeit zu Vereinen und Organisationen, die mit den spezifischen Problemen der jeweiligen transplantierten Organe befasst sind.

Neben der Möglichkeit eines problemzentrierten Austauschs werden hier auch identifikatorische Anknüpfungspunkte geschaffen, die über den Erhalt des Transplantats hinausgehen. Zugleich ist die Außendarstellung einer »organisch« ausdifferenzierten Organspendelandschaft auf Informationsveranstaltungen Teil der visuellen und materiellen Kultur(en) der Organspende, wie sie potenziellen Spender*innen gegenübertritt. Das Nicht-Sichtbare, nämlich das transplantierte Organ, wird sichtbar gemacht.

Abbildung 5: Bundesverband Niere am Tag der Organspende in München 2016



Bildquelle: privat

Organqualität

Die ›Qualität‹ unserer inneren Organe ist außerhalb eines konkreten Krankheitsfalls meist nicht Bestandteil von Alltags-Körper-Kulturen. Zwar gibt es auf dem Markt eine Reihe von Nahrungsergänzungsmitteln, die beispielsweise Herz oder Leber stärken sollen, doch überprüfen wir deren Wirksamkeit in der Regel nicht. Für die Praxis der Transplantation jedoch müssen Organe nicht nur vorhanden, sondern auch passend, gesund und transplantierbar sein.

Ist die Organqualität im Kontext professioneller medizinischer Diskurse ein vorherrschendes Thema (insbesondere in Verhandlungen über Praktiken von Aufbewahrung und Transport bzw. die ideale Temperatur), so spielt diese kaum eine Rolle in den Ansprachen an potenzielle Spender*innen: Die Entscheidung über die Spende obliegt den potenziellen Spender*innen bzw. deren Angehörigen, die Entscheidung, ob diese Organe brauchbar sind, dem damit befassten medizinischen Personal. Die Geste der Spende reicht also aus, es gibt (zumindest in Deutschland) keine Versuche, die potenziellen Spender*innen darauf hinzuweisen, dass sie ggf. auch Einfluss auf die Qualität ihrer Organe nehmen könnten. So gibt es etwa keine Nicht-Raucher*innen-Kampagnen, die auf die Qualität der Lunge und damit bessere Eignung zur Transplantation verweisen würden oder Aufrufe dazu, mit Blick auf eine spätere Organspende, die Leber nicht durch riskanten Alkoholkonsum zu gefährden.

Anders ist dies, um ein Gegenbeispiel anzuführen, in Finnland: Die finnische *Kidney and Liver Association* kommuniziert potenziellen Spender*innen nicht nur klar, welche Organe gebraucht werden, sondern auch, wie mit diesen umzugehen sei. So heißt es auf der Seite des Verbandes: »Do protect your kidneys by living healthy: exercise, reduce salt, stop smoking.« oder »Overweight and alcohol can damage the liver. Medication, herbal medicines or supplements and poisonous mushrooms can be of danger (sic!). The viral hepatitis may lurk around the corner. Ease the work load of your liver: avoid overweight, reduce alcohol, exercise and administrate (sic!) right amount of medicine«. ¹⁵³ Niere und Leber werden zudem in je einzelnen Informationskampagnen (*mahtimaksa* = Ultra-Leber und *supersankarimunuainen* = Superheld-Niere) hervorgehoben, ¹⁵⁴ in denen personifizierte Comiczeichnungen einer handwerklich begabten Leber oder einer Niere im Superheldenkostüm die Funktionen der Organe illustrieren. Die Helden sind in dieser Informationskampagne also nicht die Spender*innen, sondern die Organe, deren gute Behandlung der Verantwortung ihrer Träger*innen obliegt.

153 The Finnish Kidney and Liver association: (o. A.): https://web.archive.org/web/20231025064323/https://muma.fi/liitto/munuais-_ja_maksaliitto/the_finnish_kidney_and_liver_association

154 Mahtimaksa: <https://muma.fi/mahtimaksa/> und Supersankarimunuainen: <https://muma.fi/supersankarimunuainen/>

Abbildung 6: Mahtimaksa



Bildquelle: The Finnish Kidney and Liver Association

Abbildung 7: Supersankarimunuaienen



Bildquelle: The Finnish Kidney and Liver Association

Für Anka ist es unter anderem diese Unsicherheit über den Zustand ihres Körperinneren, der sie beunruhigt und das eigene Körpermateriale in seiner Qualität und damit in seiner Eignung als Gabe an andere (hierzu mehr in Kapitel 6) in Frage stellt. Anka weiß nicht, ob sie einen Organspendeausweis ausfüllen möchte und spricht im Zuge dessen über Zweifel an ihrer körperlichen Eignung: »[...] ab welchem Alter ist es eigentlich nicht mehr sinnvoll, das auszufüllen? Will jemand eine Leber von einem 70-jährigen haben? Wahrscheinlich nicht«. Auch ein zweiter Aspekt des Spenderinnenkörpers bereitet ihr Sorge. Anka ist übergewichtig und formuliert als für sie offene Frage, ob »dicke Leute«

überhaupt Organe spenden könnten, da sie wisse, dass ihr Körper viele Lebensaspekte für sie schwerer zugänglich mache:

»A: Oder ich, sagen wir so, ich bin zum Beispiel dick. Ich weiß, dass es einige Sachen gibt, für die dicke Leute irgendwie nicht in Frage kommen. Ähm komme ich jetzt überhaupt für Organspende in Frage? Ja, oder bin ich zu dick? Meine Leber will doch keiner haben? Ich weiß es nicht, ja. ...Und welche Kriterien sonst treffen die Leute? Also wird, also treffen die Ärzte. Wann, wann sagen sie: ›Das ist sozusagen ein Körper, den wir gut gebrauchen können‹, oder wann sagen sie: ›Ja, ähm Entschuldigung, aber eigentlich nicht‹.«

Die Unklarheit über die Kriterien, nach denen ihre Organe bewertet werden, verbunden mit der Erfahrung »zu dick« zu sein und »nicht in Frage zu kommen« scheint ein zentrales Problem zu sein, das ihrer Zustimmung entgegensteht. Ihr Körper könnte unbrauchbar sein, die Leber durch das Übergewicht geschädigt. Die Vorstellung, dass das, was sie anzubieten hat, abgelehnt werden könnte, verursacht eine Spannung, die sich nur schwer auflösen lässt. Die Unsicherheit über die eigene Körperlichkeit, die sich fast als Grunderfahrung des zeitgenössischen Alltags beschreiben lässt,¹⁵⁵ erstreckt sich in letzter Konsequenz auch auf diesen nicht sichtbaren Aspekt materieller Körperlichkeit. Fleisch und Flüssigkeiten als Material des Körpers stehen damit offenbar nicht außerhalb von Praktiken der Bewertung, die wir auch für unser Äußeres kennen und befinden sich in einem komplexen Spannungsfeld leiblicher, ästhetischer, symbolischer und medizinpraktischer Konzeptionen. Dass und wie Exklusionserfahrungen eine zentrale Rolle in der Reflexion von Spendenbereitschaft spielen, wird weiter unten (Kapitel 6) ausführlicher erläutert werden.

Ankas Angst entbehrt dabei nicht jeglicher empirischen Grundlage. So legt es zumindest ein Chirurg der DSO nahe, als er 2015 bei einer Veranstaltung der Stiftung über die schlechter werdende Organqualität klagt, sichtlich erbost über die Organe einer »reanimierten, dicken Alten« und ein Pankreas spricht, das jeder »wegwirft«. Theo als langjähriger Mitarbeiter des deutschen Transplantationssystems entwirft mit Blick auf die Organqualität ebenfalls ein kritisches Bild:

»T: Ich hab' für Transplantation gebrannt. Ja, das war mein Leben. Ne? Und ich hab' viele Dinge in der Zeit bewirken können. Aber das ist vorbei, weil ich irgendwie glaube, dass die Transplantation eben nicht das Non-Plus-Ultra ist. Dass es eben andere Sachen gibt und man muss mit diesem Gut sehr, sehr sorgfältig umgehen mit diesen Organen, die wir haben. Und es kann nicht angehen, dass transplantiert wird nur um des Transplantierens willen. Ich kann mich immer nur wiederholen, die Organqualität hat nachgelassen.«

Dies, so erklärt er mir, liege jedoch nicht in erster Linie an den Spender*innen und deren Lebenswandel, sondern an einem Ausbau des Transplantationssystems, das die Zugangsbeschränkungen für Empfänger*innen gelockert und damit die Transplantation

155 Gugutzer 2012: 285.

als Therapeutikum für ein größeres Spektrum von Krankheiten in Aussicht gestellt habe. Die Zahl der Wartenden habe sich vervielfacht, während die Zahl der Spender*innen gleichgeblieben sei.

»T: [...] Früher war das so, in den 80ern und Anfang der 90er Jahre, das man sagte: »Also ein Herzspender über 30? Pff, kommt überhaupt nicht in Frage.« Ja? Oder'n Leberspender über 40, 45 oh wissen wir schon: Fettleber und so'n Tüddelü. Wir waren immer sehr vorsichtig, welches Organ wir genommen haben. Es mussten Top-Organen sein. Ich bin mein Leben lang hier mit dem Flieger durch Europa geflogen, und hab Entnahmen gemacht und gekuckt. Es war wirklich so: nur das Beste. Ne? Nun aber, standen ja alle unter Druck, weil die Indikation zur Transplantation, die Range war weit geworden, man musste dem irgendwie nachkommen und dann hat man gesagt: »O.K., erhöhen wir mal das Alter der Spender.« Heute werden 100-jährige noch ungefähr zur Organspende herangezogen. Ja? Der Fakt ist einfach, dass die Qualität der Organe schlechter geworden ist. Weil man Spender genommen hat oder nimmt, die zum Beispiel(lange Pause) die über lange Zeit instabil waren, die alt sind, wo ein Gefäßsystem nicht mehr in Ordnung ist, die Erkrankungen gehabt haben, wo man sagt: »Die hätten wir früher nie, nich mal mitm Hintern angekuckt.« Und durch diese Tatsache, dass die Organe schlechter geworden sind, ist natürlich auch das Outcome der Patienten, der Empfänger schlechter. Das heißt, dem Patienten muss ich dann auch noch irgendein Organ geben, was eben nicht 1a ist, sondern eben nur 1b. Das mein ich.«

Theos Kritik bezüglich der Organqualität betrifft im Wesentlichen die Selbsterhaltungsmechanismen des Transplantationssystems und deren Verselbstständigung von vormaligen Zielsetzungen sowie die Ökonomien der Hoffnung, wie sie durch das In-Aussicht-Stellen dieser Therapieform geschaffen wird, in der Praxis jedoch nicht immer bedient werden kann. Für letzteres findet Sarah Franklin in ihrer Studie *Embodied Progress* zur Praxis der In-Vitro-Fertilisation den Begriff *hope technology*: »IVF is described as a ›hope technology‹ because it is the hope it promises, as much if not even more than a ›successful outcome, which leads it to be seen as a desirable option, even when it is expected to fail.«¹⁵⁶ Ähnlich wie in der von Franklin beschriebenen assistierten Fertilisation ist es auch in der Transplantationsmedizin vor allem die Hoffnung, die in Aussicht gestellt wird, während der Erhalt des Organs selbst und das Ausbleiben von Abstoßungsreaktionen oder anderen Komplikationen nicht Teil des Therapieversprechens sein können.

Ein praxisimmanentes Problem steht Theos Argumentation jedoch entgegen: die Herausforderung eines Systems, das einerseits nach Routinen streben muss, um Abläufe zu optimieren, dabei aber andererseits auf verhältnismäßig seltene Ereignisse angewiesen ist. So bedeutet jede Organentnahme oder -verpflanzung, auch ohne im engeren Sinne ›erfolgreiche‹ Transplantation in der Logik des Feldes zumindest einen Zugewinn an Praxis. Zum anderen gibt es eine Reihe an Forschungen und technischen Entwicklungen, die eine postmortale Verbesserung der (ggf. auch marginalen) Organe zum Ziel haben. Organe ›auf Wanderschaft‹ werden folglich nicht nur zu wichtigen Ressourcen,¹⁵⁷ sondern auch zu Objekten wissenschaftlichen Interesses und techni-

¹⁵⁶ Franklin 2002: 192.

¹⁵⁷ Vgl. hierzu auch Motakef 2011.

scher Bemühungen um eine bessere ›Performance‹. So lerne ich beim Besuch eines Transplantationskongresses zwei ›Philosophien‹ zum Transport entnommener Organe kennen:

»An einem der Ausstellungsstände in der großen Halle des Veranstaltungsgebäudes erklärt ein Mitarbeiter mir den Apparat, den sein Unternehmen verkauft. Die Aufgabe des Gerätes sei es, eine Leber auf Körpertemperatur zu halten. Die Konkurrenz auf dem Markt sei groß und es gäbe unterschiedliche Philosophien, die sich im Wesentlichen in Hypo- und Normothermie aufteilen, also entweder davon ausgehen, die Kühlung eines Organs sei besser für den Erhalt der Organqualität oder eben – wie im vorliegenden Fall – der Erhalt der Körpertemperatur und damit eine Art Simulation des Spender*innenkörpers als Umgebung für das Organ während des Transports. In Deutschland, so erklärt mir der Mitarbeiter, sei man (wie auch in vielen anderen medizinischen Fragen) zurückhaltender mit dem Einsatz solcher Geräte. Dies sei zum einen eine Geldfrage, man wolle/könne sich die Geräte nicht leisten, zudem wäre das Gerät natürlich auch und vor allem von Relevanz für den Erhalt von DCD¹⁵⁸-Organen. Die Praxis des DCD dürfe in Deutschland, so beklagt er, nicht einmal erwähnt werden. Die Maschine, so führt er weiter aus, koste 150.000 Euro und sei über Forschungsgelder, zukünftig vielleicht auch über Krankenkassen finanzierbar. ›Ob Perfusion oder nicht‹, meint er, sei also auch eine politische Frage. Die Maschine jedenfalls funktioniere voll-automatisch und sei nicht zu kompliziert, so dass sie auch für ältere¹⁵⁹ Chirurgen geeignet sei.«¹⁶⁰

Einzelne Organe und Gewebe werden, wie Katrin Solhdju zeigt, in den Kulturen der Organspende nicht nur entpersonalisiert und aufgeteilt, sondern sind vielmehr wandelnde Lebensformen, die Gruppen von Menschen, Dinge und Institutionen auf vielfältige Weise verbinden.¹⁶¹ Besuche, Aufzeichnungen und Gespräche auf Transplantationskongressen eröffnen den Blick, zumindest auf Ausschnitte dieser komplexen Gemengelage. So verwundert es nicht, wenn Mediziner*innen, die an Entwicklung und Verkauf solcher Perfusions-Geräte beteiligt sind, sich in anderen Kontexten auch als Verfechter*innen der *Donation after Circulatory Death* erweisen und Forschungsdaten liefern und für die entsprechende Perfusion von Organen argumentieren.¹⁶² Kulturen der Transplantation sind also auch Kulturen des Inter-esses, im Sinne eines Dazwischen-Seins, in denen Organe und Gewebe in ihren zahlreichen Existenzmodi¹⁶³ Beziehungen herstellen und Teil von Praktiken werden, die ein parzellierendes Körperbild etablieren.

158 Donation after Circulatory Death. Ein(e) Spender*in nach Herztod (DCD) ist eine Person, die eine fatale und irreversible Hirnschädigung erlitten hat und möglicherweise dem Tod nahe ist, aber die formalen Hirntodkriterien nicht erfüllt. In diesen Fällen wird ein »natürlicher« Tod zugelassen (vgl. UC Davis Health/Transplant Center: <https://health.ucdavis.edu/transplant/nonlivingdonors/donation-after-cardiac-death.html>)

159 Aus seiner Sicht vermutlich weniger technikaffine Personen.

160 Protokoll eines Hintergrundgesprächs auf dem Europäischen Transplantations-Kongress (ESOT, 2019), Mitschrift während des Gesprächs und spätere Verschriftlichung.

161 Vgl. Solhdju 2015.

162 Beobachtet auf dem Europäischen Transplantationskongress (ESOT, 2019).

163 Vgl. Solhdju 2015.

Person vs. Material

Das menschliche Organ ist im Transplantationszusammenhang nicht mehr das Organ, nicht mehr Teil des Körpers von Person X. Es distanziert sich nicht nur physisch, sondern auch ontologisch, wird vom integralen Bestandteil des bewohnten Körpers zum Arbeitsmaterial des chirurgischen Handwerks. Zwischen diesen Sphären der von Angehörigen gegebenenfalls betrauten Person, die eine Einheit mit ihrem Körper und all seinen Teilen bildet, und dem Organ als Material werden durch das Transplantationssystem üblicherweise klare Grenzen gezogen. Spender*innen werden anonymisiert und institutionelle Trennungen zwischen behandelnden, explantierenden und implantierenden Ärzt*innen werden etabliert. Entsprechend werden auch in öffentlichen Informationsveranstaltungen Spender*innen hauptsächlich mit Fokus auf die Danksagung an Angehörige oder anonyme Spender*innen-Personen thematisiert und potenzielle Spender*innenkörper auf schematische, anatomische Darstellungen und Modelle sowie Aufforderungen, einen Ausweis auszufüllen, reduziert. Trotz dieser vermeintlich klaren Grenzziehungen zwischen den Sphären erweisen sich diese Grenzlinien doch immer wieder als fragil. Es gibt ein ›Dazwischen‹, in dem das Organ als Teil eines personellen Körpers und als ›im Entstehen begriffenes‹ Medizinprodukt aufeinandertreffen können.

Wenn diese Grenzziehungen brüchig werden, hat der ontologische Wechsel von Mensch zu Material mitunter verletzendes, schockierendes oder zumindest irritierendes Potenzial: Um die Betrachtung über die Materialität des Körpers und über den Tod der Spender*innen einzuleiten, möchte ich an die oben beschriebene Szene anknüpfen, in der ein Chirurg sich über die mangelnde Qualität der gespendeten Organe beklagt. Um den Blick noch einmal gezielt auf die Übersetzungsproblematik zwischen der menschlichen und der materialen Sphäre lenken zu können, werde ich die Szene, das Davor und Danach sowie die Reaktionen des Publikums und der anderen Diskussionsteilnehmer*innen noch einmal ausführlicher schildern:¹⁶⁴

»Im Veranstaltungssaal des Tagungshotels sollen verschiedene Perspektiven auf die Vorgänge der Organtransplantation eröffnet werden. Zu Wort kommen dabei unter anderem Mitarbeiter*innen des Transplantationssystems, aber auch Pflegepersonal, transplantierte Patient*innen und Angehörige von Spender*innen. Ein Chirurg¹⁶⁵ spricht hörbar erbost über die Qualität der Organe, die ihm angeboten werden:

›Sie sehen das hier, das ist so ein typischer Eurotransplant-Spender-Record, es ist irgendwie, die Organspende wird hier, um 21 Uhr, wird das Ganze gemeldet, dann kriegt man um 0:00 Uhr ein Organangebot und dann kriegen Sie gesagt, Sie haben eine 76-jährige Spenderin, die wiegt 85 Kilo und ist 1,65 groß, also da denken wir schon: »Hm, ne dicke Alte, ja?‹

(Kichern im Raum)

›Was kann das schon werden, ja?‹, fragt er weiter, während das Publikum unter lauter werdendem Gelächter auf die Daten der anonymisierten Verstorbenen blickt.

›Dann gucken Sie sich an, welche Organe angenommen werden, äh angeboten werden: Das Herz fällt aus, das Pankreas fällt aus, der Dünndarm fällt aus. Dann gehen Sie

164 Die folgenden wörtlichen Zitate wurden aus einer Tonaufnahme des Vortrages transkribiert.

165 Der Name des Redners ist bekannt, wurde aber anonymisiert.

weiter, was ist mit dieser Dame passiert? Die hatte nen Myokardinfarkt, die hatte nen Herzstillstand, mit erfolgreicher Wiederbelebung und nen hypoxischen Hirnschaden. Dann kommt dazu: Ne reanimierte, dicke alte Patientin und da wolln wir jetzt mal die Leber haben.«

Und etwas später erklärt er:

»Als nächstes kommt bei der Entnahme die Makroskopie: Wie sieht so ein Organ aus? Oben sehen Sie ein völlig verfettetes Pankreas, ja? Das muss man nicht verschicken, das wirft jeder weg, ja?«

Nachdem er seine Ausführungen beendet hat, folgen ein weiterer Vortrag zu Schwierigkeiten in den Abläufen einer Organspende (während der Vorredner die Veranstaltung verlässt). Der Vortragende, der die Perspektive des explantierenden Personals repräsentieren soll, nimmt kurz Bezug auf die vorangegangene Präsentation und deutet an, dass es unterschiedliche Arten gäbe mit den Anforderungen des chirurgischen Berufs umzugehen. Schließlich folgt eine nur wenige Minuten dauernde Kaffeepause, in der man hinausgeht, um Getränke und Gebäck zu holen, während die Bühne für den Auftritt der Angehörigen von Organspender*innen vorbereitet wird, die schon während der vorherigen Vorträge im Saal anwesend waren.

Wir sehen zunächst das Bild einer älteren Dame mit rundlichem Gesicht, hören, wie deren erwachsene Kinder sich für eine Organspende entschieden haben und sehen kurz darauf das Bild des kleinen Leon,¹⁶⁶ der mit 12 Jahren auf dem Grundstück seiner Eltern, die in der Landwirtschaft tätig sind, verunglückt und wenige Tage später zum Organspender wird. Der Vater nimmt Bezug auf die Worte des Chirurgen, sagt, dass er als jemand der beruflich mit Maschinen zu tun habe, durchaus verstehe, dass es sich hier auch um einen technischen Vorgang handle, dass ihm dennoch schwergefallen sei, den Ausführungen des Arztes über die mangelhafte Qualität von Organen zuzuhören. Leons Familie erzählt davon, wie sie ihn bis vor den Operationssaal begleitet haben, wie die Boxen für die Organe schon vor der Tür bereitstanden und wie am Morgen danach das Leben viel sichtbarer aus dem Kind gewichen war.«

Im Folgenden möchte ich noch ein paar einordnende Bemerkungen zu dieser ethnografischen Notiz machen: Die Veranstaltung besuchte ich, als mein Dissertationsprojekt noch ganz am Anfang stand, die Datenlage noch dünn und das methodische Vorgehen noch unklar waren. Zugleich handelt es sich um einen Schlüsselmoment im Forschungsprozess, der mir die Notwendigkeit verdeutlichte, auch die eigenen und sich verändernden Emotionen gegenüber dem Forschungsgegenstand zu notieren, mitzulesen und die eigenen Beschreibungsmodi zu reflektieren: es war leicht für mich, in diesem Moment empört und betroffen zu sein und klare, normative Bewertungen an die Ausführungen des Chirurgen und das Gelächter aus dem Publikum heranzutragen. Es war ebenso leicht, mit den Angehörigen auf der Bühne Tränen in den Augen zu haben und an der eigenen Fähigkeit eines professionell-distanzierten Umgangs mit dem Feld zu zweifeln (vgl. auch Kapitel 4.2). Es sollte einige Zeit dauern, zu formulieren, dass Unbehagen und Betroffenheit hier auf mehr als eine individuelle, emotional-körperliche Reaktion verweisen, sondern auch auf jene Grauzonen zwischen den Demarkationslinien der Organspende, wenn die sorgsam getrennten Sphären von Personen und Körpermaterial plötzlich sichtbar nebeneinanderstehen.

166 Pseudonym.

Lesley Sharp beschreibt die Transformation von Verstorbenen zu Spender*innen als Vorgang der Depersonalisierung, die mit der Notwendigkeit der Anonymisierung der Spender*innen einherginge und auch Angehörigen zum Teil schmerzlich bewusst mache, wie die Übertragung von Organen Individuen als »sources of reusable parts« redefiniert.¹⁶⁷ Diese Notwendigkeit bezieht Sharp jedoch vorwiegend auf die Empfänger*innen, denn es ginge a) darum Spender*innen-Familien und Empfänger*innen voneinander zu trennen und ungewollte Abhängigkeitsverhältnisse zu verhindern und b) mögliche pathologische Reaktionen der Empfänger*innen abzuwenden (zum Beispiel das Überlebensschuld-Syndrom).¹⁶⁸ Doch auch die Tatsache, dass Verstorbene und ihre Organe nicht länger physisch eine Einheit bilden hat Auswirkungen auf die Behandlung dieser Körper(-teile). So beschreibt Matthias Meitzler, wie die immer kleiner werdenden Einheiten des Körpers im Zuge der Sektion eine Art professionelle Abstraktion durchlaufen: »Die Fokussierung des Obduzenten auf das Partikulare lässt sich mit jedem Einzelorgan aufs Neue durchexerzieren. Im Zuge ihrer Zergliederung werden die zu untersuchenden Teilchen kleiner und das Ausmaß ihrer Abstraktion (und damit auch: ihrer ›Körper(- und ›Menschlichkeitsferne) größer.«¹⁶⁹

Das Gebaren des oben zitierten Chirurgen verweist nicht nur auf das gängige Klischee des derben Chirurgen-Sprechers, sondern darüber hinaus, wie Alan Bleakley anmerkt, auch auf eine bereits im Medizinstudium beginnende versprachlichte Sozialisation und Vergemeinschaftung,¹⁷⁰ sowie auf die Ventulfunktion der Sprache:

»Black humour, in general, especially in acute areas such as intensive care, is typically used as a method of catharsis and defence against the sometimes overwhelming intensities of the job, and can be seen as a necessary safety valve.«¹⁷¹

Während Autor*innen wie Coombs und Kolleg*innen (1993) von die befreiende und vergemeinschaftende Wirkung und Kreativität medizinischer Slangsprache betonen,¹⁷² verweist Bleakley auf abwertende Medizinsprache als Problem, das durch das Fehlen angemessener Mentoring-, Unterstützungs-, Beratungsangebote und psychotherapeutischer Dienste für Medizinstudierende und Ärzt*innen entsteht.¹⁷³ Der verbal auffällige Vortrag führt uns also einerseits zu einer Problematik, die über die Transplantationsmedizin weit hinausreicht, zugleich aber auch zu einem Problem innerhalb dieses Feldes, in dem die Praxis (stärker als in anderen Feldern) an die Akzeptanz einer (nicht-medizinisch ausgebildeten) Öffentlichkeit gebunden ist. Die multiplen Seinsweisen transplantierte und zu transplantierende Organe fordern von medizinischem Personal folglich nicht nur einen *Modus Operandi* für den Umgang mit kranken oder sterbenden Menschen ein, sondern auch für jene besondere Herausforderung, mit Körperteilen Verstorbener therapeutisch umzugehen. Die hierfür nötigen Koordinations-

167 Vgl. Sharp 2007: 58. Vgl. auch Böhler 2022: 243f.

168 Vgl. Sharp 2007: 58.

169 Meitzler 2019: 132.

170 Vgl. Bleakley 2011: 49; Coombs et al. 1993: 987.

171 Bleakley 2011: 49.

172 Vgl. Coombs et al. 1993: 997.

173 Vgl. Bleakley 2011: 50.

und kommunikativen Übersetzungsprozesse stellen auf anthropologischer Ebene wohl bis heute eine der größten Herausforderungen der Organspende dar.

5.5 Reflexionen: Der Organspendeausweis als Memento Mori?

Die Verschränkung von menschlicher Sterblichkeit und körperlicher Materialität öffnet, wie wir gesehen haben, schon in diesen kleinen, empirischen Ausschnitten eine ganze Reihe komplexer Themen und möglicher Konfrontationsräume: So scheint der Tod die Grenzen des Lebens zu überschreiten, das chirurgische Skalpell die Grenzen des Körpers und das ›wandernde Organ‹ die Grenzen von Person und Material. Was *ist* nun aber der Organspendeausweis in dieser komplexen Gemengelage?

Das Museum für Sepulkralkultur in Kassel reiht ihn thematisch in eine Sammlung von Memento Mori-Objekten ein – Kulturprodukte also, die seit Jahrhunderten Menschen an die eigene Sterblichkeit erinnern sollen, ohne direkt mit dem Tod zu konfrontieren. Neben dem Organspendeausweis finden sich kleine Betrachtungssärglein, Amulette und Testamente hinter den Gläsern der Ausstellungsvitrinen. Die Objekte gemahnen an ein ›gutes‹ (im religiösen Kontext ›gottgefälliges‹) Leben im Angesicht der eigenen Sterblichkeit, sind aber auch verbunden mit Vorstellungen über einen ›guten‹ (bzw. gut organisierten), selbstbestimmten und möglichst schmerzfreien Tod. Der Organspendeausweis kann folglich auch als Objekt verstanden werden, das das Bewusstsein über die eigene Sterblichkeit in unsere Alltage zu tragen vermag. Und doch verfügt er in diesem Zusammenhang über einige Besonderheiten, die wir mit Blick auf die oben eingeführten sensibilisierenden Konzepte (Transmortalität und Abjekt) noch einmal reflektierend in den Blick nehmen können. Sie sollen ihre Besitzer*innen überleben und zum Zweck der Vermittlung von ihnen bei den Personalpapieren getragen werden. Sie vermitteln als transmortale Objekte zwischen den jetzt Lebenden und den künftig Verstorbenen.

Abbildung 8: Memento Mori-Objekte, Museum für Sepulkralkultur, Kassel 2017



Bildquelle: privat

Die Besonderheit des Organspendeausweises ist nun aber, dass dieser nicht nur auf einer Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit abstellt, sondern diese auch in ungewöhnlicher Konsequenz zu Ende gedacht werden muss. Nicht allein der Tod muss hier imaginiert werden, sondern auch die konkrete Materialität des Körpers. Auch einzelne Organe müssen in die transmortalen Überlegungen einbezogen werden. Als *Memento Mori* verbindet er folglich auch zukünftig Verstorbene mit Weiterlebenden, die durch den Erhalt eines Organs ihre Lebensspanne verlängern oder Lebensqualität verbessern können. Wo Grenzen zwischen Leben und Tod aufzuweichen scheinen, soll er (bürokratische) Ordnung herstellen; wo der Tod in das Leben einzudringen scheint, ermöglicht er es, ihn mit einer simplen Geste in ein Fach des Geldbeutels zu bannen.

Im Feld der Organspende finden sich zahlreiche Strategien, mit Ambivalenzen, Uneindeutigkeiten und Grenzüberschreitungen umzugehen:¹⁷⁴ So wird die Praxis der postmortalen Transplantation meist nicht in Verbindung mit dem Sterben, sondern als ›Fest des Lebens‹ gefeiert. »Organspende«, so ruft der Moderator auf dem *Tag der Organspende* aus, »ist nichts, was mit dem Tod zu tun hat, sondern mit dem Leben« und verweist damit unbeabsichtigt auf ein sehr gängiges Kommunikationsprinzip oder, wie Lafontaine

174 Vgl. hierzu auch Böhler 2021 und 2022.

kritisch anmerkt, eine Vermeidungsstrategie.¹⁷⁵ Auch Lesley Sharp macht in ihrer lang-jährigen Forschung zu Organspende in den USA ähnliche Beobachtungen und kritisiert: »Even more troubling is the fact that the ideology driving organ transfer in this country regularly celebrates life while denying death's presence.«¹⁷⁶ Dies werde, so Sharp, insbesondere evident in den zahlreich auftretenden metaphorischen Rahmungen der Organspende als Feier oder Geschenk des Lebens und den daran angelehnten Namen von Institutionen (wie *life bank*, *life choice*, *life connection*, *life line* etc).¹⁷⁷ Daneben findet Sharp noch andere metaphorische Konzepte, die, wie sie sagt, auf ähnliche Weise den Ursprung der gespendeten Organe verbergen, darunter Metaphern und Bilder von Pflanzen oder Schmetterlingen, was Sharp als »greening of the donor body« bezeichnet.¹⁷⁸ Der Organspendeausweis kann ebenfalls als eine solche Strategie im Umgang mit dem Abjekten verstanden werden, wenn wir die Wechselspiele der Annäherung und Distanzierung von Körperlichkeit, Tod und Sterben sowie den damit einhergehenden Grenzauflösungen in den Blick nehmen: In den aktuellen Kampagnen aus Deutschland beispielsweise zeigt sich weniger ein »Greening« als vielmehr eine »Versachlichung« bzw. Bürokratisierung des »Organspendetodes« und des Spender*innen-Körpers. Ein Blick auf die Chronologie der Plakatismotive der letzten Jahre zeigt sich zudem, wie der Mensch, der anfangs noch im Mittelpunkt zu sehen war, immer weiter aus dem Bild rückt.¹⁷⁹ »Egal wie Sie ihn tragen, Hauptsache Sie haben ihn«, lesen wir schließlich auf den Plakaten. Der Ausweis selbst ist spielerisch nach Origami-Art in die Form verschiedener Alltagsgegenständen (wie Hose, Kleid, Hemd, Handtasche, Kopfhörer oder Regenschirme) gefaltet.

Abbildung 9: Kollage aus Kampagnenmotiven 2014–2016



Bildquelle: Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit

175 Lafontaine 2010: 73.

176 Sharp 2007: 24.

177 Vgl. Sharp 2007: 24.

178 Ebd: 25.

179 Vgl. auch Böhrrer 2021 und Böhrrer 2022: 236f.

Das Dokument als Inbegriff einer individuellen Auseinandersetzung mit Organspende soll so selbstverständlich werden wie der Gebrauch dieser Gegenstände.¹⁸⁰ Die Faltung, die jene Verbindung des Organspendeausweises mit verschiedenen anderen Gegenständen des Alltags visuell ermöglicht, hat jedoch einen weiteren Nebeneffekt: Das Wort ›Tod‹, das auf dem Organspendeausweis zweimal erscheint (»Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt« bzw. »JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.«), verschwindet meist gänzlich aus dem Bild – und mit ihm, so könnte man kritisch einwenden, auch eine wesentliche Grundbedingung für die zu treffende Entscheidung.¹⁸¹

Nicht nur der Tod wird hier aus dem Bild gefaltet, vielmehr ist der Organspendeausweis selbst ein Produkt der kulturellen Einebnung jener Konfrontationsräume, die durch die Frage nach Organspende geöffnet werden. Er ist, mit Kristeva gesprochen,¹⁸² die kulturelle Sicherheitsmaßnahme, die das offensive Erinnern an die eigene Sterblichkeit und den zugleich auf die Materialität des Körpers und das Körperinnere gerichteten Blick einfängt. Die Möglichkeit des eigenen Todes und der (mitunter) sehnstüchtige Blick auf unsere inneren Organe, die implizit in jeder öffentlichen Kampagne zu Organspende thematisch werden, dürfen hinter Ausweisen, bunter Schrift, prominenten Gesichtern und vagen Andeutungen existieren, aber nicht explizit werden. Diese »dialogische Logik«,¹⁸³ in der wir uns dem eigenen Tod mit einem Dokument annähern, das diesen zugleich thematisiert, aber auch in einem engen Rahmen einfängt, ist weder nur Annäherung noch nur Ausschluss, sondern wesentlicher Bestandteil kultureller Einhebungsprozesse. Der Blick auf Organspende als Grenzphänomen zeigt also auch, dass Ambivalenzen und Grenzüberschreitungen integraler Bestandteil dessen sind, was potenzielle Spender*innen als gesellschaftliche Praxis zur Teilhabe auffordert. Der Organspendeausweis ist, so lässt sich abschließend festhalten, also auch materieller Bestandteil gesellschaftlicher Umgangsweisen mit Sterben, Tod und Trauer. Im Unterschied zu den *Memento-Mori*-Objekten, die ihn in der oben abgebildeten Museumsvitrine einrahmen, verweist er hier nicht auf die Sphäre der Religion, sondern bettet den Hinweis auf die eigene Sterblichkeit in Staat und Recht und liefert mit seinen Aufforderungen (ausfüllen, unterschreiben, an der richtigen Stelle verstauen etc.) zugleich eine Gebrauchsanweisung für den Umgang mit ihr.

180 Vgl. Bundesgesundheitsministerium 2017.

181 Vgl. auch Böhrer 2022.

182 Vgl. Kristeva 1982: 2.

183 Nowak 2011: 641.

