

1. Einleitung

Im Sommer 2025 sorgt ein ungewöhnliches Ticketmodell für Aufmerksamkeit: Beim Way Out West Festival im schwedischen Göteborg erhalten Besucher*innen vergünstigten Eintritt – wenn sie im Gegenzug ihre Bereitschaft zur postmortalen Organspende erklären. Dafür erhalten die Besucher*innen einen »kidney pass« nach dem Motto: »Ich würde eine Niere für ein Ticket geben«.¹ Die Aktion wird als innovativer Weg gefeiert, Spendenzahlen zu erhöhen, ruft aber auch kritische Stimmen auf den Plan: Kritiker*innen warnen davor, dass die Kopplung von kulturellem Zugang und medizinischer Entscheidung die Bedeutung der Organspende potenziell verharmlosen oder gar kommerzialisieren und zu Missverständnissen über die Auswirkungen solcher Entscheidungen führen könnte. Befürworter*innen hingegen sehen die Chance, dass diese Kampagne sinnvolle Gespräche über die Bedeutung der Organspende anregen und mehr Menschen dazu ermutigen könnte, sich als Organspender*innen zu registrieren.²

Diskussionen wie diese sind kein Einzelfall, denn seit sich Organspende in den letzten Jahrzehnten zunehmend etabliert hat, sind auch öffentliche Kampagnen und Aufmerksamkeitsoffensiven fester Bestandteil der öffentlichen Kommunikation. Auffällig ist dabei, dass nicht nur medizinische Einrichtungen oder staatliche Stellen für Organspende werben. Auch kommerzielle Akteur*innen – vom Festival über TV-Sender bis hin zur Bäckerei – greifen das Thema auf und positionieren sich im Einklang mit gesellschaftlich erwünschten Gesundheitszielen. Das Engagement für gesundheitspolitisch relevante Themen ist folglich auch eine Möglichkeit, sich als verantwortungsbewusst und gemeinwohlorientiert präsentieren. Auch in Deutschland wird öffentlich über Organspende kommuniziert: Kampagnen der letzten Jahre rufen Topoi wie Heldentum, Verantwortungsbewusstsein, Gemeinschaftsgefühl und entschlossene Tatkraft auf; digitale Tools wie das Online-Register sollen die Entscheidung unterstützen und zeitgemäß dokumentieren. Gleichzeitig bleibt der Organspendeausweis ein ambivalentes Objekt – mal als Symbol solidarischer Verantwortung, mal als beunruhigender Reminder an die eigene Sterblichkeit.

1 Way Out West 2025: <https://www.wayoutwest.se/kidneypass/>.

2 VMP 2025: <https://www.vinylmeplease.com/blogs/music-industry-news/way-out-west-festival-introduces-controversial-kidney-pass-a-unique-approach-to-organ-donation?>

Schlaglichter wie diese markieren das Spannungsfeld, in dem sich diese Arbeit bewegt: Wie begegnet die Praxis der Organspende potenziellen Spender*innen? Welche materiellen, symbolischen und bürokratischen Formen nimmt sie an – und was lässt sich daraus über gesellschaftliche Imaginationen von Tod, Gabe und Gemeinschaft lernen? Im Zentrum steht dabei der Organspendeausweis – ein scheinbar unscheinbares Dokument, das mehr über unser Verhältnis zu Körper, Staat und Solidarität verrät, als sein Format vermuten lässt und potenzielle Spender*innen mit einer der größten medizinischen Debatten unserer Zeit in Berührung bringt.

Diese Studie nähert sich der Organspende von einer theoretischen Basis der Praxisforschung und *Science and Technology Studies* (STS) mit einer doppelten Fragestellung: Zum einen geht es um die Frage, wie postmortale Organspende für potenzielle Spender*innen erfahrbar ist und wie sie alltagskulturell eingebettet wird. Zum anderen wird die Frage gestellt, wie Objekte in der Praxis theoretisch und methodologisch konzipiert werden können.

Basierend auf ethnografischer bzw. praxeografischer Feldforschung folge ich vor diesem Hintergrund den Spuren des Organspendeausweises durch vier kulturelle Erfahrungsdimensionen: 1) Körperlichkeit & Mortalität, 2) Kollektiv & Solidarität, 3) Wissen, Glauben, Vermuten sowie 4) Dokument & Materialität. Jeder dieser Dimensionen ist ein Kapitel gewidmet, das je mit einer Reflexion auf die Seinsweise(n) des Organspendeausweises endet. Im Anschluss werden nicht nur die Grenzen dieses Ansatzes kritisch in den Blick genommen, sondern daraus auch Vorschläge für eine konzeptionelle Rahmung von Objekten als *materielle Metaphern* in der Praxis entwickelt.

Die Arbeit wird somit nicht nur der Organspende als gesellschaftliche Praxis ethnografisch bzw. praxeografisch erkunden, sondern dabei auch einen Beitrag zur Beforschung von (Alltags)Objekten leisten, die Wissen über den Körper produzieren, zirkulieren, ggf. stabilisieren und dabei diskutabel und handhabbar machen. Wir gehen im Folgenden also der Hypothese nach, dass im Organspendeausweis – einem unscheinbaren und zugleich hoch aufgeladenen Medizin-Objekt – zentrale Konfliktlinien und gesellschaftspolitisch relevante Themenkomplexe verdichtet sind.

Was aber sind die Rahmenbedingungen für unser Objekt »Organspendeausweis«?

Postmortale Organtransplantation³ ist ein medizinisches Verfahren, bei dem ein »gesundes«, also funktionierendes Organ aus dem Körper einer Person in den Körper einer anderen Person übertragen wird, um die Funktion eines geschädigten oder versagenden Organs wiederherzustellen. Für eine solche postmortale Spende muss die spendende Person sich zu Lebzeiten dazu bereit erklärt haben. Sollte dies nicht der Fall sein, kann eine Zustimmung oder Ablehnung stellvertretend durch An- und/oder Zugehörige geschehen. Grundsätzlich gilt in Deutschland also das Prinzip der »Entscheidungslösung« oder *Opt-in*-Lösung, was bedeutet, dass Organe und Gewebe nicht ohne Zustimmung entnommen werden dürfen und Bürger*innen zu einer diesbezüglichen Entscheidung angehalten werden. Diese Zustimmung oder Ablehnung kann in

3 Oftmals werden Organ- und Gewebetransplantation gemeinsam genannt, wobei beide auf unterschiedliche Institutionen, Akteur*innen und Verfahren verweisen. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich vorrangig auf Organspende, bezieht Gewebespende jedoch dort mit ein, wo sie im empirischen Material nicht klar von Organspende zu trennen ist.

ganz unterschiedlichen Formen erfolgen, beispielsweise durch einen Organspendeausweis (auf dem im Allgemeinen auch eine Ablehnung möglich ist), in Form einer Eintragung in eine Patientenverfügung, einem formlosen Zettel oder einer mündlichen Erklärung gegenüber Angehörigen. Bis dato gilt die postmortale Spende von Organen und Geweben als freiwilliger, altruistischer Akt.

Mit dieser Lösung ist Deutschland im europaweiten Vergleich inzwischen in eine Minderheitenposition geraten, da zahlreiche Staaten auf sogenannte Widerspruchs- bzw. Opt-Out-Lösungen setzen, die alle Bürger*innen als potenzielle Spender*innen vorsehen, solange sie zu Lebzeiten nicht aktiv widersprochen haben. In einigen Ländern gelten zudem andere Regelungen mit Blick auf Rekrutierung von Spender*innen: Zum einen wird der irreversible Hirnfunktionsausfall (IHA), der in Deutschland nach wie vor die Voraussetzung für die Entnahme vitaler Organe darstellt, in verschiedenen Ländern zum Teil unterschiedlich definiert. Zum anderen erlauben einige Staaten die Entnahme von Organen aus Spender*innen nach dem Ende der Herz-Kreislauffähigkeit (*Non-Heart-Beating Donation*, kurz NHBD). Sowohl die relative Seltenheit des Hirntodes als intensivmedizinisches Ereignis (vgl. Kap. 8) als auch die internationale Einbindung des deutschen Transplantationssystems – in dem die Organspenden durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) koordiniert und über den Eurotransplant-Verbund verteilt werden – tragen zur Herausbildung eines Narrativs vom Organmangel bei. Dieses gewinnt an Plausibilität mit Blick auf die anderen Mitgliedsstaaten des Verbunds (oder auch anderer Verbünde als Eurotransplant), die bei vergleichbarer Bevölkerungszahl mehr gespendete Organe bereitstellen.

Vor diesem Hintergrund wird meist die Einführung einer Widerspruchslösung als geeigneter Weg gehandelt, um das Ungleichgewicht innerhalb des Verbunds auszugleichen. Im Rahmen dieses Deutungszusammenhangs werden nicht nur Bürger*innen als potenzielle Spender*innen mit mangelnder Spendenbereitschaft adressiert, sondern auch politische Entscheidungsträger*innen als verantwortlich markiert, durch gesetzliche Änderungen eine Erhöhung der Spendenzahlen zu bewirken.

Mit einer Entwicklung hin zu einer Widerspruchslösung, wie sie nach zahlreichen Vorstößen vielleicht bald auch in Deutschland zu erwarten ist, wird sich nicht nur der Umgang mit möglichen Spender*innen auf Intensivstationen und deren Angehörigen verändern. Auch außerhalb professioneller Settings wird Organspende als gesellschaftliche Praxis sich anders gestalten als zuvor – insbesondere die Konzeption potenzieller Spender*innen, die Art und Weise, wie der Zugriff auf ihre Körper gedacht wird und wie Organspende kommuniziert und erfahrbar wird. Durch die Einführung eines digitalen Organspenderegisters im Jahr 2024 und die wiederkehrenden Debatten um eine gesetzliche Widerspruchslösung deutet sich zwar an, dass der klassische Ausweis mittelfristig an Bedeutung verlieren könnte. Doch gerade in dieser Übergangsphase – zwischen analoger Symbolik und digitaler Infrastruktur – lohnt es sich, seine Spuren zu verfolgen.

Die zentrale Frage dieser Arbeit ist daher nicht, *ob* Menschen Organe spenden wollen – sondern *wie* ihnen diese Option begegnet: in welchen Formen, Bildern, Praktiken und Materialien. Der Organspendeausweis wird dabei nicht nur als medizinethisches Dokument verstanden, sondern als soziologisches Analyseinstrument: ein Fenster, das den Blick eröffnet auf gesellschaftliche Aushandlungen über Körper, Staat, Geben und Nehmen, Solidarität, Wissen und Tod.

2. Forschungsstand & Forschungsfrage – Organspende in den Sozialwissenschaften

Aus einer soziologischen Perspektive über Organspende zu forschen, bedeutet auch, sich einem großen Korpus an bereits vorhandener Literatur anzunähern. Denn die geistes- und sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Organspende, die in den 1970er Jahren mit zunehmender Etablierung der Transplantation von Organen und Geweben einsetzt, ist bereits so umfassend, dass ich mich hier auf eine Auswahl häufig zitierter Aufsätze und Monographien aus für diese Arbeit relevanten Forschungsfeldern beschränken werde. Diese Auswahl umfasst vorrangig (qualitative) soziologische Arbeiten und solche aus angrenzenden Bereichen wie Kulturwissenschaften, Medizinanthropologie und Sozialpsychologie.¹ Organspende und -transplantation ist zudem ein weiterhin hochgradig dynamisches Forschungsfeld, in dem fortlaufend neue Beiträge produziert werden, sodass ich mich hier auf einen für diese Dissertation sinnvollen und nötigen Zeitraum beschränke, der vorrangig Publikationen bis 2021 einschließt, sich aber auf die Entwicklungen der 1990er und frühen 2000er Jahre konzentriert, um die zentralen Wendepunkte der Forschung deutlicher herauszuarbeiten. Wofür aber interessieren sich die Sozialwissenschaften, wenn sie den Blick auf eine medizinische Praxis richten?

Gerade in den ausgehenden 1990er und frühen 2000er Jahren ist eine deutlich verstärkte gesellschaftliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit für das Thema Organspende zu verzeichnen, die sich durch eine Vielzahl von Faktoren erklären lässt: Zwar lassen sich erste Versuche, Organe und Gewebe zu übertragen weitaus früher zu datieren, doch die berühmt gewordene Herztransplantation der verunglückten Denise Ann Darvall in Kapstadt im Jahre 1967 kann wohl als Startschuss für ein großer werdendes öffentliches und weltweites Interesse an den Vorgängen der Transplantation gelten. Das Übertragen von Organen und Geweben etabliert sich, zumindest in jenen Ländern, die über die entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen verfügen, zunehmend als

1 Gerade im englischsprachigen Bereich sind die Fächergrenzen oftmals schwer auszumachen und weniger scharf gezogen als dies in der zeitgenössischen, deutschsprachigen Soziologie der Fall ist. Medizinische Fachliteratur sowie zahlreiche philosophische oder medizinethische Abhandlungen konnten aus Gründen der thematischen Eingrenzung hier nicht berücksichtigt werden.

medizinisch anerkannte, therapeutische Methode. Seit den 1980er Jahren lässt sich zudem ein steigendes Interesse am Körper in den Geisteswissenschaften verzeichnen² und die *Science and Technology Studies* entwickeln sich als disziplinäre Subströmung, die Naturwissenschaft, Technik und Medizintechnologien zunehmend kritisch analysieren.³ In Deutschland kommt in den 1990er Jahren die Verabschiedung des ersten Transplantationsgesetzes hinzu, die eine weiterführende öffentliche und sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik anstößt. Fragen nach den Grenzen des Lebens werden ebenso verhandelt wie das Verhältnis von Körper und Person.

Das postmortale Übertragen von Organen und Geweben von einem Körper in einen anderen ist eine Praxis, die sich über die Jahrzehnte mit dem Stand der Forschung und dem Grad ihrer juristischen und institutionellen Verankerung immer wieder verändert hat und lokal variiert. So unterscheiden sich die Länderkontexte unter anderem in den Verfahren von Spender*innenrekrutierungen und rechtlichen Rahmenbedingungen wie Zustimmungslösung (Opt-in) oder Widerspruchslösung (Opt-out), Kriterien für die Diagnose des Hirntodes oder rechtlichen Voraussetzungen für die (postmortale) Entnahme von Organen.⁴ Diese unterschiedlichen ›Kulturen‹ der Organspende werden im Kontext von Gesundheitskommunikation nicht zuletzt auch in erklärende Narrative und Deutungen übersetzt, die Spender*innenzahlen erklären und zugleich als Argumentationsgrundlage für Veränderungen und Anpassungen dienen sollen. Solche Anpassungen (beispielsweise an aktuelle Forschungen, Stand der Technik oder Pharmakologie sowie politische Bedingungen und möglicherweise höhere Spendenzahlen von Nachbarländern) machen ›Organspende‹ zu einem dynamischen und mitunter auch kompetitiven Feld. Dies ist von entscheidender Bedeutung, um den sozialwissenschaftlichen Diskurs zu diesem Thema einzuordnen.

Die häufig kritisch in den Blick genommenen Praktiken sowie die juristischen und institutionellen Rahmenbedingungen der Organspende unterscheiden sich auch im Kontext ihrer Zeit. So lässt sich bereits mit dem auf Deutschland beschränkten Blick feststellen, dass Organspende in den 1980er und frühen 1990er Jahren mitunter vollkommen andere Erlebnisstrukturen für alle Beteiligten bot, als dies heute der Fall ist. Entsprechend wird auch die – wie wir noch sehen werden – anfangs fast durchgehend kritisch-normative sozialwissenschaftliche Betrachtung der Organspende zunehmend durch eine stärker dialogisch ausgerichtete Sozialforschung abgelöst. In vielen der aktuelleren Arbeiten geht es somit weniger darum, investigativ aufzudecken, was dem öffentlichen Auge verborgen bleibt, sondern auch um den Dialog mit verschiedenen Beteiligten und um tiefere Einblicke in die komplexen Strukturen der postmortalen Transplantation.

2 Klein 2010: 458.

3 Bauer, Heinemann und Lemke 2017: 7.

4 Im Falle so genannter »Non-Heart-Beating Donations« (NHBD) oder »Donation after Circulatory Death« (DCD) muss der Hirntod nicht gesondert festgestellt werden, sondern wird nach der Einhaltung einer Ruhephase, deren Länge sich regional unterscheidet, als gegeben angenommen. In Deutschland ist dieses Verfahren bislang nicht zulässig (vgl. hierzu Deutscher Ethikrat 2015: 113–117).

Das folgende Kapitel stellt die wichtigsten Eckpunkte deutsch- und englischsprachiger Auseinandersetzungen mit Diskursen und Praktiken der Organtransplantation vor. So gibt das erste Unterkapitel einen Überblick über ethnografische Arbeiten, die sich seit den 1970er Jahren mit der postmortalen Organtransplantation befassen. Das zweite Unterkapitel konzentriert sich auf Forschungen, die nicht explizit ethnografisch vorgehen und auf Themenbereiche wie öffentliche Diskurse, themenspezifische Debatten und kulturelle Einbettungen sowie institutionelle Bedingungen fokussieren. Das dritte und letzte Unterkapitel versammelt Forschungsarbeiten, die Spender*innen nicht über ihre Transformationsprozesse im Kontext einer möglichen beziehungsweise durchgeführten Organtransplantation in den Blick nehmen, sondern sich vor allem mit potenziellen (also möglichen, zukünftigen) Spender*innen befassen. Zugleich reflektiert es die Konzeptionen potenzieller Spender*innen in den zuvor behandelten Analysen.

All diese Forschungsarbeiten beleuchten – teils aufeinander aufbauend – zentrale Themen und Konfliktlinien und bilden eine wesentliche Grundlage für diese Arbeit. Dazu gehören Konzepte von Körper und Person, deren Grenzen und Übergänge sowie unterschiedliche Perspektiven auf Körper, Spende und Organe innerhalb medizinischer Professionen sowie aus der Sicht von Laien. Darüber hinaus werden Imaginationsräume und Metaphern der Organspende, Perspektiven auf öffentliche Diskurse, detaillierte Studien zu Perspektiven von Spender*innenfamilien und Empfänger*innen sowie Praktiken in Entnahmekrankenhäusern, Verwaltungseinheiten und Transplantationszentren analysiert.

Dennoch möchte ich zeigen und argumentieren, dass Organspende nicht nur dort passiert, wo Transplantationen ausgeführt werden, sondern auch im Alltag potenzieller Spender*innen wirksam und in soziomaterielle Praktiken überführt wird. Gerade diese Alltagswirksamkeit im Leben potenzieller Spender*innen hat in der Literatur bis dato jedoch wenig Beachtung gefunden, so dass der schon reiche Forschungsbestand hier fruchtbar ergänzt werden kann (vgl. hierzu auch Kapitel 2.4). Um zu zeigen, wie in diesen zeitlichen Kontexten auch die wissenschaftlichen Fragestellungen zum Teil aufeinander aufbauen und sich (zumindest teilweise) verschieben, während sich bestimmte Analyseraster (wie beispielsweise eine gabentheoretische Reflexion) wiederholt finden, erfolgt die Skizzierung des Forschungsstandes innerhalb der Subkapitel und Themenbereiche in chronologischer Reihenfolge.

2.1 Ethnografien

In diesem Kapitel richte ich den Blick vor allem auf die Ergebnisse ethnografischer Studien unterschiedlicher Praxisfelder der Organspende, die in deutscher und englischer Sprache publiziert wurden, sich jedoch auch auf andere Sprachräume (beispielsweise die USA, Dänemark oder Spanien) beziehen. Viele Themen, die hier verhandelt werden (zum Beispiel Konzepte von Tod, Person oder Körper oder die Metapher der Gabe), erscheinen auch in den späteren Abschnitten dieses Kapitels, die sich mit nicht explizit ethnografisch ausgerichteten Studien befassen.

Eine der ältesten und häufig zitierten Studien stammt von Renée C. Fox und Judith P. Swazey. Sie blicken vor dem Hintergrund des US-amerikanischen Transplantationssys-

tems erstmals 1974 auf die Organspende als Praxis, die eine Reihe sozialer und ethischer Probleme aufwirft. Mögliche Effekte der Transplantation analysieren Fox und Swazey mit der auch später vielfach im Zusammenhang mit Organspende aufgegriffenen Theorie des Gabentauschs⁵ und mit Blick auf die komplexen Auswirkungen und Wechselwirkungen auf Spender*innen, Empfänger*innen, beteiligtes medizinisches Personal, Todesdefinitionen und damit einhergehende Unsicherheiten sowie Probleme mit der Verfügbarkeit von Organen und Dialysegeräten. Das Konzept der Gabe, so argumentieren die Autorinnen, ermögliche den analytischen Zugriff auf emotionale und symbolische Deutungsebenen des Transplantationsvorgangs, der nicht zuletzt auch neue Bindungen und Verwandtschaftskonzepte erschaffe. Zugleich ermögliche die Rahmung als ›Spende‹ für die Spender*innenfamilien eine Umdeutung der familiären Tragödie in einen altruistischen Akt der Selbstlosigkeit. Gerade die machtvolle Gaben-Metapher führt jedoch auch zu weniger wünschenswerten Effekten, zu Ängsten und Schuldgefühlen, wie sie von Organempfänger*innen häufig erfahren werden.⁶ Fox und Swazey liefern neben ihrer Analyse der postmortalen Organtransplantation als Praxis auch eine umfassende Kritik an den Implikationen der Rahmung des Vorgangs als ›Spende‹ sowie an der Art und Weise, wie Risiken für Spender*innen und Empfänger*innen im Taumel des wissenschaftlichen Erfolgs übersehen beziehungsweise nicht ausreichend thematisiert werden. Zugleich führt diese Rahmung grundlegende Veränderungen gesellschaftlicher Auffassungen von Gesundheit, Krankheit, Leben, Tod und Körper herbei.⁷ Insbesondere der Körper, so reflektiert Fox in einem späteren Artikel, werde durch den Fortschritt technischer Möglichkeiten zunehmend zu einem Ensemble ersetzbarer Einzelteile.⁸

Die Arbeiten der Medizinsoziologin Linda Hogle folgen später einer ähnlich kritischen Linie, wenn sie die Praktiken US-amerikanischer Transplantationsorganisationen im privaten Gesundheitswesen verfolgt. Schwerpunktmäßig kritisiert Hogle eine Kommodifizierung des Lebens, die sie in den Praktiken der Transplantationsindustrie verortet. In ihrem Aufsatz *Tales from the Cryptic* beschäftigt sie vor allem die Frage nach dem Potenzial der Organtransplantation, historisch gewachsene anthropologische Grenzregime wie Leben/Tod, Mensch/Technologie, natürlich/künstlich aufzubrechen. Spender*innen werden durch ihre enge, konzeptuell wie praktisch notwendige Verbundenheit mit Technologien der Intensivmedizin zu Cyborgs, Patient*innen zu Spender*innen, die im Verlauf dieses Prozesses notwendigerweise als Subjekte dekonstruiert werden müssen, um schließlich auf ein organtragendes Körpergefäß reduziert zu werden.⁹ Der Einsatz organprotektiver oder sogar -optimierender Maßnahmen am Spender*innenkörper wird von ihr als eine Praxis verstanden, die Körperteile zu therapeutischen Werkzeugen macht.¹⁰ Immer wieder stellt Hogle im Zuge ihrer Forschung auch Vergleiche zwischen einer in der Öffentlichkeit als relativ unproblematisch rezipierten US-amerikanischen Transplantationspraxis und Praktiken in Deutschland

5 Mauss 1968.

6 Vgl. Fox und Swazey 1974.

7 Vgl. ebd.

8 Vgl. Fox 1996: 265.

9 Vgl. Hogle 1995.

10 Vgl. Hogle 1995, 1996.

an, wo vor dem Hintergrund der Erfahrungen des Nationalsozialismus, der deutschen Teilung und DDR-Politik bereits die Grundvoraussetzungen der Organspende immer wieder auf Skepsis und Kritik stoßen.¹¹ In *Recovering the Nation's Body* (1999) arbeitet Hogle zudem Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Wahrnehmungen der Organspende heraus, die ihrer Analyse nach auf unterschiedliche Solidaritätsmomente verweisen: Vor allem im Westen Deutschlands sieht Hogle zu dieser Zeit das Konzept der christlichen Nächstenliebe als vordergründiges Narrativ, während im Osten Deutschlands Solidarität auf einer (sozialistisch geprägten) Idee basiert, auf ein gemeinsames Ziel hin zu arbeiten.¹² Die Praktiken der Organtransplantation verortet sie an einer Schnittstelle von Wissenschaft, Technologie und modernem Kapitalismus, die so weitreichende Konsequenzen haben, dass sie neue soziale Ordnungen etablieren.¹³ Der Fokus der Studie in Deutschland liegt dabei vor allem auf der institutionellen Ebene und deren Verschränkungen mit materiellen Bedingungen des Körpers, verortet im historischen Kontext der Nachkriegsgenerationen des ausgehenden 20. Jahrhunderts.

Eine vergleichende Perspektive legt Anfang der 2000er Jahre auch die kanadische Medizinanthropologin Margaret Lock an, wenn sie die Kontroversen um die Institutionalisierung des Hirntodkonzeptes in den USA und Japan untersucht.¹⁴ In *Twice dead* kritisiert sie auf Basis einer Analyse westlicher Konzepte von Körper und Person vor allem die legitimatorische Basis der Hirntoddiagnose, die auf neurologischer Expertise beruhend den ›Sitz des Lebens‹ ausschließlich cerebral verortet. In ihren Beobachtungen medizinischer Fachdebatten um die Validität des Hirntodkriteriums stellt sie die enge Verbindung dieser Diagnosepraxis mit den Unternehmungen der Organtransplantation heraus. Diese wiederum verlangen nach einer klinischen Praxis, die das Interesse der neurologisch-kritischen Patient*innen vor das Interesse an deren Organen stelle: »Clinical experience is the buffer, ensuring that care of the patient comes before an interest in his or her organs.«¹⁵ Die Legitimation der Transplantationsmedizin ist in dieser Lesart vor allem gefährdet durch ihren utilitaristischen und zugleich profitorientierten Charakter. Ihr Augenmerk liegt entsprechend auf den emotionalen Konflikten sowohl des medizinischen Personals als auch der Angehörigen potenzieller Spender*innen in Konfrontation mit den dissonanten Seinsweisen des als hirntot klassifizierten Körpers, an dem sich Grenzregime von Körper und Person, totem Körper und lebenden Organen verschieben.¹⁶ Während die Metapher der Spende das Transplantationsgeschehen in den USA mehr oder weniger erfolgreich in eine Ebene der individuellen Entscheidung einbettet, sieht sie neben den dort ebenfalls vorhandenen Kontroversen um das Hirntod-Kriterium die japanische Zurückhaltung unter anderem in einer verstärkten kulturellen Wahrnehmung des Todes als Prozess und soziales Familienereignis begründet, das den toten Körper stark an die angehörige Familie bindet und deren Beteiligung einfordert.¹⁷

11 Vgl. Hogle 1996, 1999.

12 Vgl. Hogle 1999: 191.

13 Vgl. ebd.: 196.

14 Lock 2002a.

15 Lock 2002a: 102.

16 Vgl. ebd.: 52f., 235–249.

17 Vgl. ebd.: 369.

»Because dying is a social process, people feel much more comfortable thinking of death as a process rather than a moment. The concept of brain death is seen by many as a clumsy creation of technological medicine, devised to hasten the end of life. Because the concept of ›person‹ is not usually lodged exclusively in the brain, locating death in the brain causes discomfort.«¹⁸

Dass gerade die Sozialität des Todes eine wichtige Rolle für die Vorstellungen potenzieller Spender*innen spielt, werde ich in Kapitel 5 vertiefend behandeln.

Gemeinsam mit der US-amerikanischen Anthropologin Nancy Scheper-Hughes prägt Lock bereits in den 1980er Jahren den Begriff *Mindful Body*: Die Autorinnen argumentieren, dass (westliche) Verständnisse des Körpers die Logiken und Praktiken medizinischer Versorgung maßgeblich bestimmen und deshalb dekonstruiert und genauer in den Blick genommen werden müssten.¹⁹ Kritisch betrachten sie dabei vor allem den cartesianischen Körper-Geist-Dualismus als historische und keinesfalls universale Konstruktion,²⁰ die auch als Grundvoraussetzung für die Organspende gelten kann, und brechen eine Lanze für den individuellen Körper: »The individual body should be seen as the most immediate, the proximate terrain where social truths and social contradictions are played out, as well as a locus of personal and social resistance, creativity, and struggle.«²¹ Die Arbeiten Nancy Scheper-Hughes' gewinnen vor allem in den beginnenden 2000er Jahren an Bekanntheit. Den Schwerpunkt ihrer ethnografischen Forschung legt sie mit einem Interesse an sozialen Ungleichheiten und kolonial geprägten Asymmetrien, auf den Handel mit Organen.²² Obwohl der Fokus hier nicht ausschließlich auf der *postmortalen* Transplantation liegt, zeigt Scheper-Hughes' Recherche auf einige zentrale Konfliktlinien, die sich auch später immer wieder in der Literatur zu Organspende wiederfinden werden:

A) verweist sie auf durch die Praxis der Transplantation hervorgebrachte Mechanismen wie die Entstehung von ›Organmangel‹ durch immer weitere Öffnung der Listen von Patient*innen, die für eine Transplantation infrage kommen, und das häufig in Dunkelziffern verschwindende, aber dennoch vorhandene Potenzial des Missbrauchs sowie in diesem Zusammenhang sichtbare Kapitalbewegungen, die eine kolonial geprägte Weltwirtschaft abbilden.

B) finden sich auch in Scheper-Hughes' Arbeit Hinweise darauf, dass Geschichten der Organtransplantation meist ohne die Spender*innen geschrieben werden. So tritt sie in den 2000er Jahren unter anderem für die Rechte derer ein, die sich aus wirtschaftlichen Gründen zum Verkauf einer Niere gezwungen sehen, wegen der internationalen Kriminalisierung ihrer Handlung jedoch kaum Möglichkeiten haben, medizinische Nachsorge in Anspruch zu nehmen.

C) richtet sich ihre Arbeit wie kaum eine andere an eine breite Öffentlichkeit und geht weit über die Geste der Empfehlung hinaus, die am Ende vieler anderer Arbeiten zur Organspende steht. So gründet sie in den 1990er Jahren gemeinsam mit ihrem Kollegen

18 Ebd.: 369. Hervorhebung im Original.

19 Vgl. Scheper-Hughes und Lock 1987.

20 Vgl. ebd.: 6f.

21 Ebd.: 31.

22 Vgl. Scheper-Hughes 2000 und 2001.

Lawrence Cohen die Organisation *Organ Watch*, ein Netzwerk von Wissenschaftler*innen und Journalist*innen, um Aufmerksamkeit auf die von ihr im Zuge ihrer Feldforschung untersuchten Strukturen illegalen Organhandels zu lenken und politische Interventionen anzustoßen.²³ Ihre Arbeit, die sie selbst als Hybrid aus experimenteller Ethnografie und Menschenrechts-Aktivismus beschreibt,²⁴ blieb nicht folgenlos: so sollen die Aktivitäten der Organisation nicht nur die Aufmerksamkeit des *Federal Bureau of Investigation* erregt und zu umfassenden Ermittlungen geführt haben, sondern auch ein starkes Netzwerk mit Journalist*innen etabliert haben. Darüber hinaus aber führten Scheper-Hughes' Methoden der ›verdeckten Ermittlung‹ innerhalb der Anthropologie zu Diskussionen über forschungsethische Prämissen.²⁵ Dass die Transplantation von Organen und Geweben und umso mehr der Handel mit ihnen ein schier unerschöpfliches Potential für Diskurse über Grenzbereiche der Medizin und Aufgaben der Wissenschaft sowie (später auch aus den eigenen Reihen kritisierte²⁶) engagierte sozialwissenschaftliche Stellungnahmen liefert, ist wohl kaum von der Hand zu weisen.

Einen Vorstoß, sich von einer normativ-wertenden Haltung gegenüber dem Forschungsfeld der Transplantation zu entfernen, unternimmt Gesa Lindemann in den frühen 2000er Jahren. Die soziale Konstruiertheit und soziotechnischen Voraussetzungen des Hirntodkriteriums bzw. der Diagnostik arbeitet Lindemann in auf teilnehmenden Beobachtungen im klinischen Bereich und Expert*inneninterviews basierenden Forschung heraus.²⁷ Lindemann geht es, wie sie in den ›Grenzen des Sozialen‹ erklärt, um das Ausloten zweier Grenzziehungen: A) die der Sozialwissenschaften, die in der Erforschung von sozialen Akteurskonstellationen vorrangig den lebenden Menschen einbeziehen und somit die technokratischen Regime neuer biomedizinischer Verfahrenstechniken nicht erfassen könnten und B) einen politischen Bereich (des lebenden Menschen), in dem Grundrechte praktisch wirksam werden. Eine soziologische Analyse erfordere folglich ein Umdenken, sowohl theoretischer als auch methodischer Natur und müsse zunächst ›ohne den Menschen‹ gedacht werden. Die Untersuchung des Hirntodes führt Lindemann in die ›Grenzbereiche des Sozialen‹, wenn das soziale Person-Sein an Fragen nach Leben und Tod gebunden ist. Eine Veränderung der Todeskonzeption bedeutet damit zugleich eine Verschiebung der Grenzen dessen, was Soziologie als ›sozial‹ bezeichnet.²⁸ Das empirisch basierte Vorgehen dient dabei nicht einem investigativen Aufdecken verborgener Praktiken, sondern vielmehr dem detaillierten Studium der Akteurskonstellationen unter Einbezug des hirntoten Körpers und der ihn hervorbringenden Technologien: »An die Stelle einer engagierten Stellungnahme zu medizinethischen Fragen treten eine wissenssoziologische Rekonstruktion der Entstehung des Hirntodkonzeptes und eine nüchterne Beschreibung der intensivmedizinischen Praxis (...).«²⁹ Im Unterschied zu einigen der kritischen medizinanthropologischen Ar-

23 Vgl. Scheper-Hughes 2001; Abadie 2011.

24 Vgl. Scheper-Hughes 2001: 32.

25 Vgl. Abadie 2011: 2f.

26 Vgl. Lindemann 2002 und 2003; Hadders und Alnæs 2013; Nassehi et al. 2019.

27 Lindemann 2002 und 2003.

28 Vgl. Lindemann 2002: 13.

29 Lindemann 2002: 13.

beiten aus dem angloamerikanischen Bereich, verortet Lindemann das Interesse an der Organspende vor allem im konzeptuell theoretischen Bereich und sieht die Aufgabe der Forschung nicht vorrangig in der Kritik der Praxis, sondern vielmehr in der Reflexion der theoretisch-methodischen Instrumente, die deren Analyse überhaupt möglich machen. Lindemann liefert damit einen wichtigen Vorstoß, der Überlegungen von Autor*innen der *Science and Technology Studies* mit den Grundlagen der Wissenssoziologie verknüpft.

Zu Beginn der 2000er Jahre veröffentlicht auch die Anthropologin Lesley Sharp die Ergebnisse ethnografischer Studien, die vor dem Hintergrund des US-amerikanischen Transplantationssystems auf die Perspektiven von Spender*innenfamilien, medizinischem Personal und Organempfänger*innen fokussieren.³⁰ Sharp analysiert und kritisiert ein technokratisch-utilitaristisches Transplantationssystem, geprägt von Paradoxien und Todesverneinung.³¹ Den Blick auf die Narrative rund um die Vorgänge der Transplantation richtend arbeitet Sharp die Widersprüchlichkeit im Umgang mit verstorbenen Spender*innen heraus, die einen Prozess der Dehumanisierung durchlaufen (müssen), um ihre Organe auf ersetzbare Körperteile zu reduzieren, während gegenüber Angehörigen das Bild bemüht wird, Teile der Verstorbenen würden in anderen weiterleben.³² Nicht zuletzt führt die Verbindung vorher als getrennt wahrgenommener Körper auch zu Imaginationen neuer Verwandtschaftsverhältnisse, die eine im Zuge der Transplantation vorgenommene Anonymisierung konterkarieren.³³ Die »eigentlichen Helden« der Transplantation, die Spender*innenfamilien, bleiben, wie sie kritisiert, meist außen vor.³⁴ Auch ihre Promovendin Anja Jensen wird sich später für die Angehörigen von Spender*innen stark machen.³⁵ Sharps Arbeit bewegt sich, anschließend an Fox/Swazey (1992), Hogle (1999) und Lock 2002a, auf einer weitgehend kritischen, unversöhnlichen Ebene; die Gegenüberstellung von Fach- und Laiendiskursen bzw. die Kritik an beschönigenden Darstellungen der Organtransplantation und der analytische Blick auf die verstorbenen Spender*innen sind zentrale Themen. In einer jüngeren Publikation (*Transplant Imaginary*, 2014) untersucht Sharp einen weiteren mit der Transplantation verbundenen Bereich: Die Forschung an Xenotransplantation und künstlich hergestellten Organen und damit verbundene (moralische) Vorstellungen, die diese Forschungsbereiche vorantreiben.³⁶

Im Jahr 2009 veröffentlicht die Ethnologin Vera Kalitzkus ihre auf Basis der Zusammenarbeit mit Brigitta Hauser-Schäublin entstandenen Forschungsergebnisse unter anderem in der Monografie *Dein Tod, mein Leben*. In dieser auf Forschungen der späten 1990er und frühen 2000er basierenden ethnografischen Arbeit liegt der Schwerpunkt der Untersuchung auf den lebensweltlichen Erfahrungen von Betroffenen (Spender*innenfamilien und Empfänger*innen) in Deutschland, die vor allem

30 Vgl. Sharp 2000, 2006, 2007, 2014.

31 Vgl. Sharp 2007.

32 Ebd.: 58.

33 Vgl. Sharp 2006: 40, 155f., 161f.

34 Vgl. ebd.: 92f.

35 Vgl. Jensen 2011a.

36 Vgl. Sharp 2014.

auf Basis körperanthropologischer und gaben-theoretischer Konzepte reflektiert werden. Kalitzkus legt eine Art chronologischen Ablauf aus der Praxis (Intensivstation, Todesfeststellung, Pflege hirntoter Körper und – auf der anderen Seite Warteliste und Leben nach der Transplantation) an die Darstellung ihrer empirischen Analysen an und führt die Leser*innen durch Alltagswelten der Transplantation, beginnend mit dem Tod der Spender*innen. Ihre Ergebnisse basieren auf Teilnahme an Veranstaltungen wie Treffen von Selbsthilfegruppen, Sportveranstaltungen und öffentlichen Diskussionen, Hospitation im professionell klinischen Bereich sowie Gesprächen mit Betroffenen. Diese Gruppen bezeichnet sie mehrfach als »zwei Seiten«, die, wie aus ihren Ausführungen hervorgeht, schwer vereinbar sind. Kalitzkus' kritisches Fazit über »Verstörende Entwicklungen« (Kalitzkus 2009: 205–219) moniert eine Ausweitung der Transplantationspraxis auf andere Körperbereiche wie Gewebe, Gesicht, Hände, Penis etc. und stellt mit Blick auf die Idee, ganze Köpfe zu transplantieren kritisch die Frage nach dem (auf medizinischen Erkenntnissen über Funktionen des Körpers basierendem) Sitz der Person. Mit Blick auf die Druckvorlage des Organspendeausweises kritisiert sie eine Informationspolitik der Öffentlichkeitsarbeit, die Organ- und Gewebespende fast unmerklich zusammenführe, ohne deren Zusammenhänge zu explizieren. Auch Überlegungen zur Einführung der Widerspruchslösung, die Praxis der Lebendspende und die Stoßrichtungen von damals aktuellen Organspendekampagnen nimmt sie kritisch in den Blick. Den Diskurs um Organspende charakterisiert sie, wie bereits viele Autor*innen zuvor, als einseitig, moralisierend und auf eine Weise vereinfachend, die bestimmte Aspekte des Sterbens sowie auch der Leiblichkeit ausklammere; der Körper würde damit mehr und mehr warenförmig.³⁷

Dass gerade die ethnografische Forschung im Bereich der postmortalen Spende mit deren zunehmender Etablierung auch eine Verschiebung weg von einem »Sprechen über« hin zu einem »Sprechen mit« den jeweiligen Beteiligten erfährt, zeigt sich in der Arbeit von Anja Jensen, deren Ergebnisse sie 2011 in ihrer von Sharp betreuten Dissertation *Orchestrating an exceptional Death* veröffentlicht. Ihre Feldforschung im dänischen Transplantationssystem beschäftigt sich vorrangig mit Spender*innenfamilien, basierend auf Interviews und teilnehmenden Beobachtungen des klinischen Geschehens rund um die Spender*innenkörper, das sie mit dem Begriff des »Orchestrierens« beschreibt.³⁸ Was Jensen auf der Intensivstation beobachtet, ist vor allem eine Performance von Vertrauen und Respekt, die sich in der Ästhetisierung des Körpers niederschlagen. Diese reflektiert sie auf Basis ritual- bzw. performanztheoretischer Ansätze. Der Fokus auf die Rituale des Todes, die Geschichten der Spender*innenfamilien, die Entscheidungsprozesse in Konfrontation mit dem Verlust eines Familienmitglieds sowie die spätere Reflexion der Entscheidung bringt Jensen zu der zentralen Aussage: »(...) organ donation is more than the question of deciding yes or no. It is a fundamental change in familiar traditions, processes and rituals surrounding death.«³⁹ Eine Grundproblematik, so stellt Jensen fest, bestehe vor allem in der Sprachlosigkeit, mit der man den Ambivalenzen der Organspende oft gegenüberstehe: »Thus organ donation is a strange figure, because I

37 Vgl. Kalitzkus 2009: 219.

38 Vgl. Jensen: 2011a.

39 Ebd.: 258.

discovered that an essential part of the strangeness is its complexity of being disturbing and sense making at the same time.«⁴⁰ In welche Richtung das emotionale Pendel im Nachhinein ausschlägt, wie Spender*innenfamilien die Vorgänge also retrospektiv erleben, ist damit auch eng verbunden mit der Performance des klinischen Personals. Diese Erkenntnis wird in den folgenden Kapiteln auch mit Blick auf die deutsche Organspendepraxis von Relevanz sein, da organspendekritische Beiträge sich häufig aus einem als unangemessen wahrgenommenen Umgang mit Beteiligten wie Spender*innenfamilien und Pflegepersonal speist (vgl. insbesondere Kapitel 5. und 7.).

Hans Hadders und Anne Hambro Alnæs veröffentlichen 2013 ihre Ergebnisse einer auf Feldforschungen in norwegischen Intensivstationen basierenden Studie. Während Anne Hambro Alnæs' länger zurückliegende Forschung (1996–1998) sich vorwiegend auf die Entscheidungsprozesse von Spender*innenfamilien konzentrierte, beforstete Hans Hadders die Variationen des Umgangs mit Tod und toten Körpern durch das medizinische Personal. Gemeinsam nutzen sie die analytischen Instrumente Annemarie Mols bzw. Mols und Laws Begriff der ontologischen Politik,⁴¹ um die Prozesse des Todes im Umfeld der Transplantationsvorgänge in den Blick zu nehmen:

»We argue that death, within the late modern context, is a multiple affair, embedded in medical, social, legal, ethical, aesthetical and economical practices – at individual as well as collective levels. Hence, the process of becoming dead, in a wider sense, is no longer non-debatable, at any rate within the context of high-tech hospital care.«⁴²

Die Autorinnen beteiligen sich explizit nicht an der ›metaphysischen‹, sozialwissenschaftlichen Diskussion um den Hirntod und die öffentliche Wahrnehmung der Transplantationsmedizin.⁴³ Die Arbeit von Hadders und Alnæs macht zudem deutlich, wie Praktiken des Todes in der Transplantationsmedizin sich im Laufe der Zeit verändert haben bzw. auch weiterhin wandelbar sind.

Die finnische Medizinanthropologin Susanne Ådahl veröffentlicht gleichzeitig bzw. wenig später (2012, 2013, 2017) Ergebnisse einer zweijährigen ethnografischen Studie, die sich vor allem Empfänger*innen postmortaler Nierentransplantate widmete. Auf Basis dieses Materials fragt sie zunächst nach den Verschränkungen von Gesundheitsinformation und Selbstsorge bzw. Pflege der kranken Nieren vor dem Hintergrund eines finnischen Wohlfahrtsstaates, dem Dankbarkeit nicht zuletzt durch ›gesunde‹ Lebensführung gezollt werden soll.⁴⁴ Basierend auf den bereits zahlreichen sozialwissenschaftlichen Beiträgen, die auf die Ambiguität von Transplantationspraktiken hinweisen, geht Ådahl der Frage nach, wie Empfänger*innen postmortal entnommene Organe als lebensverlängernde und zugleich durch den Tod entstandene Produkte einverleiben und in ihr jeweiliges Körperverständnis integrieren. Obwohl der Prozess der Transplantation im klinischen Kontext in vermeintlich neutrale Fachbegriffe gekleidet wird, spielt der Tod als bedeutsames Phänomen eine wichtige Rolle in der Selbstwahrnehmung von

40 Ebd.: 259.

41 Vgl. hierzu auch: Mol 1999: 74–89; Sørensen und Schank 2017: 422–426.

42 Hadders und Alnæs 2013: 246.

43 Vgl. ebd.: 246.

44 Vgl. Ådahl 2012.

Organempfänger*innen. Entfremdung, Schuldgefühle, Normalisierungsstrategien und Vorstellungen von einem ›gemischten Selbst‹ finden sich in ihren Berichten über das Leben mit dem Transplantat.⁴⁵ Die Sozialwissenschaft in Finnland interessiert sich, wie Ådahl erklärt, kaum für die Vorgänge der Organspende; auch im öffentlichen Diskurs scheint das Thema kaum auf und wird überraschend wenig kontrovers diskutiert. So ist Ådahls Arbeit die erste, die sich mit dem finnischen Transplantationsgeschehen befasst. Aus dem empirischen Material entwickelt die Autorin zuletzt die Frage nach einem spezifischen Solidaritätsverständnis vor dem Hintergrund des finnischen Wohlfahrtsstaates, das, wie sie feststellt, sich nicht etwa durch die Spendenbereitschaft äußert, sondern vielmehr durch technische Möglichkeiten erst hervorgebracht wird:⁴⁶ »Organ donation in Finland enacts solidarity, making donation an act of citizenship, and, crucially, an act that allows others to continue on as hard-working and autonomous citizens.«⁴⁷ Der finnische Umgang mit Organspende in der lokalen öffentlichen Debatte wird als Vergleichsfolie auch in dieser Arbeit eine Rolle spielen (vgl. insbesondere Kapitel 5. und 8).⁴⁸

Deutschsprachig veröffentlicht Katrin Amelang 2014 unter dem Titel *Transplantierte Alltage* eine auf ethnografischen Feldforschungen basierende Studie über die Produktion von Alltags- und Normalität im Umfeld lebertransplanterter Patient*innen in Deutschland. Empirisch zeichnet Amelang die Geschichten und Praktiken transplanterter Patient*innen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nach. Sie fokussiert die Schnittstellen klinischer Nachsorge und individueller Alltage und damit auch, wie voraussetzungsreich die (Wieder-)Herstellung dieser Alltage für die Betroffenen und ihr Umfeld ist: »Die Herstellung von Alltag und Normalität nach einer Lebertransplantation ist weder ein Individualprojekt Transplanterter noch ein ohne Spannungen ablaufendes Unterfangen.«⁴⁹ Amelang liefert damit nicht zuletzt einen wichtigen und auch wegweisenden Einblick in diese ›andere Seite‹ der Organtransplantation, deren Darstellung in Pressemitteln und öffentlichen Kampagnen als Erfolgsgeschichten einer ›zweiten Chance‹ meist geprägt ist von spezifischen Narrativen: »[...] Transplantierte werden als fröhliche, gesunde, wieder arbeitende, manchmal schwangere, häufig sportlich aktive Menschen porträtiert, die Dank der Transplantation wieder ein ganz normales Leben führen können.«⁵⁰ Die ›Normalität‹ transplanterter Alltag hingegen erfordert zahlreiche Investitionen, ist komplex, muss situationsspezifisch hergestellt werden und ist nicht zuletzt auch reguliert durch Verschränkungen mit nachsorgetherapeutischen Regimen und spezifischen Rollenerwartungen.⁵¹

Die britischen Soziologinnen Jessie Cooper und Ciara Kierans befassen sich mit den Auswirkungen der Integration von organspendebezogenen Prozessen in die Pflege von Patient*innen am Lebensende und wie in diesem Zusammenhang Tod und Sterben

45 Vgl. Ådahl 2013.

46 Vgl. Ådahl 2017.

47 Ebd.: 41.

48 Ein systematischer Vergleich mit Finnland wird in dieser Arbeit nicht angestrebt; zwei Stipendien und mehrere Aufenthalte vor Ort haben mir jedoch Einblicke in die Organspendekulturen Finnlands ermöglicht (hierzu mehr in Kapitel 4).

49 Vgl. Amelang 2014: 9.

50 Ebd.: 1, Hervorhebung im Original.

51 Vgl. ebd.: 230ff.

verhandelt werden. Ergebnisse ihrer Feldforschungen in einem britischen Krankenhaus präsentieren sie in mehreren gemeinsamen Artikeln.⁵² In *Organ Donation, Ethnicity and the Negotiation of Death* legen die Autorinnen das Augenmerk auf die Kommunikation mit Spender*innenfamilien, die als Angehörige ethnischer Minderheiten eingestuft werden.⁵³ Obwohl die Kommunikation über das Versterben von Angehörigen entkoppelt von der Frage nach Organspende geschehen soll, sind beide in der Praxis doch stark verwoben. So beeinflusst die Kommunikation über eine mögliche Spende die Art, wie der Hirntod an Familien kommuniziert wird. Die Autorinnen interessieren sich dabei vor allem für die Verschränkungen lokaler Praktiken (beispielsweise der Aufklärung über den Hirntod) und den Tod als bedeutsamem Familienereignis und im Zuge dessen für Richtlinien, Dokumente und Regularien, die vor dem Hintergrund der biopolitischen Prämisse entstehen, die Zahlen von Organspenden zu erhöhen. Cooper und Kierans liefern wichtige Einblicke in die Verschränkungen der Logiken gesundheitspolitischer Maßnahmen, medikaler Kulturen und Praktiken von Tod und Sterben im Krankenhaus vor dem Hintergrund eines um Spender*innen ringenden, britischen Transplantationssystems.

Sara Beas Dissertation *No Heroics, Please* (2016) beschäftigt sich ebenfalls mit der klinischen Praxis in einem Transplantationszentrum (in ihrem Fall in Katalonien). Der Fokus liegt demnach auf den Praktiken der Transplantation an einem Ort, an dem diese zum Kerngeschäft gehört; vor allem die Frage nach dem Enaktieren von Spender*innen im Kontext des Transplantationszentrums steht im Mittelpunkt der Studie. Bea verortet ihre Arbeit im Bereich der *Science and Technology Studies*, folgt insbesondere den theoretischen Überlegungen Annemarie Mols und nimmt damit die von ihr analysierten medialen Praktiken als soziomaterielle Praktiken in den Blick. Essenziell für eine Theoretisierung des Körpers im Kontext der Transplantationspraktiken ist damit auch die Rolle materieller Bestandteile, wie Organe, Decken oder Pumpen,⁵⁴ weniger die Problematisierung der Transition von Patient*in zu Spender*in, wie sie in vorhergehenden Arbeiten (beispielsweise von Anja Jensen) vorgenommen wird.⁵⁵ Bea folgt mit Blick auf die Materialität der Praxis dem Desiderat der STS und Autor*innen wie Annemarie Mol, John Law und Bruno Latour und aktualisiert die sozialwissenschaftliche Analyse klinischer Abläufe der Organtransplantation mit Blick auf das spanische und das schottische Transplantationssystem. Vor dem Hintergrund schottischer Debatten über die Einführung eines Opt-Out-Systems bezieht Bea vergleichend und auf Basis ihrer Analysen Stellung zur Einbindung von Angehörigen in die Spende-Entscheidungen im Krankenhaus: »I would argue against diminishing the role of families in regards to the decision, this research presents robust evidence to assert that their intervention is essential at the hospital.«⁵⁶ Die Einführung einer Widerspruchslösung ohne Möglichkeit für Angehörige, zu intervenieren, würde mehr negative Konsequenzen nach sich ziehen als dem Ziel der

52 Cooper und Kierans 2011, 2013 und 2016.

53 Vgl. Cooper und Kierans 2016: 4f.

54 Vgl. Bea 2016: 14f.

55 Vgl. Jensen 2011a und b und Bea 2016: 9.

56 Bea 2016: 225.

Erhöhung von Spendenraten dienlich sein:⁵⁷ »families' intervention (sic!) is essential to provide legal authorisation to extraction, and also as key informants of eligible donors' medical and social history.«⁵⁸ Der Ausschluss von Angehörigen aus den Prozessen der Organspende würde mit einer Verantwortung kollidieren, die nicht nur gegenüber den Spender*innen, sondern auch deren Angehörigen und den Empfänger*innen besteht:

»Any policy proposals that are not informed by, and attuned to, the situated practicalities and specifics of organ procurement as a healthcare practice, and that exclude families' importance for donation, can not only be considered ineffective but also deeply irresponsible.«⁵⁹

Bea reflektiert zudem, wie auch der Titel der Arbeit andeutet, auf die Möglichkeiten, über Organspende zu sprechen. Narrative der Gabe und des Heldentums kritisiert sie als Abstraktion, die sich in den Praktiken der postmortalen Transplantation nicht wiederfinden lässt. Bea schlägt also vor, statt umschreibender Metaphern und Narrative darauf zu setzen, Organspende als das vorzustellen, was sie ist: Ein medizinischer Vorgang, der untrennbar mit dem Tod der Spender*innen verbunden ist, für den verhältnismäßig selten eintretende Voraussetzungen erfüllt sein müssen und der in den meisten Fällen auch Angehörige vor eine Entscheidung stellt.⁶⁰

»My proposal is that instead of considering the public as an aggregate of healthy, rational and autonomous individuals whose minds needs to be persuaded so that their bodies can become available, some space could also be made to think about how to inform such individuals, who are after all also relational and embedded, part of an entangled collective of mortal beings.«⁶¹

Der Tod des Menschen und das Konzept des ›Spendens‹ werden dabei immer in einem Spannungsverhältnis bleiben.⁶²

Julia Rehsmann beleuchtet in ihren ethnografischen Forschungen in Deutschland die Perspektive wartender Patientinnen und legt, wie auch Amelang (2014), einen besonderen Fokus auf Patient*innen mit Leberinsuffizienz.⁶³ Die Zeit des Wartens ist, so stellt Rehsmann fest, keinesfalls ereignislos, sondern überführt die Wartenden in einen Schwebezustand »between life and death«, ⁶⁴ der zentral durch die Algorithmen der Wartelisten verwaltet wird. Die aus Medizin und Recht entspringenden praktischen Logiken der Wartelisten regulieren dabei maßgeblich das Leben der wartenden Patient*innen;

57 Vgl. ebd.:225.

58 Ebd.: 225.

59 Ebd.: 227.

60 Vgl. ebd.: 227.

61 Ebd.: 228.

62 Vgl. ebd.: 228.

63 Die Dissertation von Rehsmann war zu dem Zeitpunkt, als das Kapitel entstand, noch nicht erschienen, daher wird Bezug auf die zu diesem Zeitpunkt erschienenen Artikel genommen: Vgl. Rehsmann 2017; 2018.

64 Rehsmann 2017: 55.

das Warten ist geprägt von immer neuen Unsicherheiten und Immobilität.⁶⁵ Wie Amelang verweist Rehsmann auf die besonderen moralischen Ökonomien und Schuldzuweisungen, mit denen Menschen mit Lebererkrankungen sich, über die lebensbedrohliche Krankheit hinaus, konfrontiert sehen.⁶⁶ Das Narrativ der ›eigenen Schuld‹ beeinflusst nicht zuletzt auch die Behandlung der Patient*innen mit alkoholbedingtem Leberversagen, sowie auch die Praktiken der Vergabe (z.B. durch die umstrittene Forderung sechsmonatiger Abstinenz vor Listung); die Krankheit wird zum moralischen Problem.⁶⁷ Vor dem Hintergrund einer möglichen Transplantation werden Phasen der Krankheit zu einer Zeit des Wartens, die von den Betroffenen in spezifischer Weise erfahren wird. Regelmäßige Tests und Termine in den jeweiligen Transplantationszentren haben somit auch eine soziale Funktion, füllen die Zeit und geben Patient*innen das Gefühl, nicht in Vergessenheit zu geraten. Der erwartete Erhalt eines Organs ist kein Heilmittel, sondern ein riskanter irreversibler Prozess, der die bestehenden Unsicherheiten lediglich durch andere ersetzt – so beispielsweise die Unsicherheit darüber, ob der Körper das Organ annehmen wird oder wie lange das Überleben mit dem Organ möglich sein wird. Die Zeit des Wartens, die auf den ersten Blick ereignislos erscheint, ist demnach gefüllt mit Ereignissen und Deutungen und die Transplantation selbst kein klar abgegrenzter Prozess.⁶⁸ Der ›öffentliche‹ Blick auf wartende und transplantierte Patient*innen wird uns in der hier vorliegenden Arbeit insbesondere auch in Kapitel 6 begleiten.

Zwischenfazit

Als zentrales Ergebnis dieses kurzen Überblicks lässt sich festhalten, dass verschiedene relevante Perspektiven der Transplantationslandschaft bereits untersucht wurden: Darunter Lebenswelten wartender Patient*innen und Organempfänger*innen sowie der berufliche Alltag von Fachpersonal und Institutionen. Während frühe Arbeiten wie etwa die von Fox und Swazey oder Hogle vor allem von Ambivalenzen gegenüber dem Hirntodkonzept und damit verbundenen gesellschaftlichen Debatten sowie Fragen nach einem neuen Körperverständnis geprägt sind, rücken später institutionelle Bedingungen der Transplantation und Patient*innenautonomie in den Fokus. Kritisch werden emotionale und symbolische Deutungsebenen der Transplantation sowie Missbrauchspotenziale und soziale Ungleichheiten in den Blick genommen. Gerade auch jüngere Untersuchungen wie die von Jensen, Amelang oder Rehsmann öffnen den Blick für Spender*innenfamilien und Organempfänger*innen. Die Lebenswelten und Praktiken potenzieller Spender*innen und damit auch die kulturelle Einbettung der Organspende als gesellschaftliche Praxis verbleiben bis dato jedoch weitgehend unter dem Radar.

65 Vgl. ebd.: 54.

66 Vgl. Rehsmann 2018.

67 Vgl. ebd.

68 Vgl. Rehsmann 2017: 54.

2.2 Sozialwissenschaftliche Studien: Gesellschaft, Kultur, Diskurs

Obwohl der gesellschaftliche Diskurs im weiteren Sinne in allen Arbeiten und sozialwissenschaftlichen Analysen der Organtransplantation eine Rolle spielt, gibt es doch einige, die das Augenmerk stärker auf die Analyse von Sprache, (Wissens-)Diskursen und Imaginationen und gesellschaftstheoretische Reflexion, als auf die Beobachtung institutioneller Bedingungen oder lokaler Praktiken legen. Im folgenden Kapitel möchte ich eine Auswahl von Arbeiten vorstellen, die diese Studie informieren, sich aber nicht explizit ethnografisch verorten. Da diese den wesentlich größeren Teil der Literaturlandschaft prägen, werde ich (obgleich immer wieder thematische Überschneidungen auftreten) diesen breiteren sozialwissenschaftlichen Diskurs in weitere thematische Felder untergliedern: »Organspende als Diskurs« und »Transplantationsmedizin als System« sowie Organspende in den Bereichen »Thanatologie und Körpersoziologie« und gaben-theoretische Untersuchungen. Vorrangig wird es nun also um diskursanalytische Auswertungen öffentlicher Debatten und Expertendiskurse gehen, um Analysen von Kampagnen und Interviews sowie institutioneller Bedingungen, Policy-Papiere und Richtlinien. Arbeiten mit speziellem Fokus auf potenzielle Spenderinnen werde ich gesondert noch einmal in einem dritten Unterkapitel behandeln.

Organspende als Diskurs

Die bereits 1972 eingereichte, aber erst 2013 in gekürzter Fassung publizierte Dissertation des Kommunikationswissenschaftlers Eckart Roloff analysiert die Berichterstattung der ersten Herztransplantation im deutschsprachigen Medizinjournalismus.⁶⁹ Da eben jene Transplantation in Kapstadt häufig als Startschuss für eine wachsende öffentliche Aufmerksamkeit gilt, möchte ich diese Arbeit (obgleich sie verhältnismäßig wenig rezipiert wurde) auch an den Anfang dieser Sammlung stellen: Aus 458 Texten und 328 Bildern aus dem Jahr 1967 und 1969 (über die erste in Deutschland stattfindende Herzverpflanzung) sowie einzelne Phasen aus den ersten vier Jahren nach der ersten Herztransplantation arbeitet Roloff *Die publizistische Entdeckung des Patienten*, als eine vermehrte mediale Beschäftigung mit dem kranken Menschen heraus. Die Kooperation von Medizin und Medien betrachtet er jedoch kritisch: »Ein Operieren vor Millionen wird veranstaltet, und jenseits aller Schweigepflicht, die sonst mit Recht und Bedacht gehütet wird, kommt es zu einer Neuinszenierung der ›Anatomischen Theater‹ des Mittelalters, diesmal mit lebenden Bildern.«⁷⁰ Das »kurative Moment des ärztlichen Bemühens«, so vermutet er, würde zu Gunsten kurzweiliger Unterhaltung aus dem Blick geraten. Eine Rhetorik, wie wir sie in Marais Malans geradezu euphorischer, mehrseitiger Berichterstattung im *Spiegel* (1968) finden, in der er von einem Herz schreibt, »das sich schmatzend und schwerfällig in einer Hülle aus dünner Haut« bewegt, in einer aktuellen Berichterstattung über Organspende schwer vorstellbar.⁷¹ Die anonymisierte Heldenerzählung um verstorbene Spender*innen, so könnte man Roloffs Arbeit aktualisieren, hat

69 Vgl. Roloff 2013.

70 Ebd.: 248. Hervorhebung im Original.

71 Malan 1968: 124.

die Heldenerzählung des einzelkämpferischen Chirurgen-Pioniers und dessen Schaffen am Körper abgelöst. Sowohl die Spenderin Denise Darvall (von der zu Lebzeiten keinerlei Zustimmung zu einem solchen Eingriff bekannt ist) als auch der zehnjährige schwarze Junge Jonathan van Wyk, Empfänger ihrer Nieren, verschwinden in der Berichterstattung hinter den beiden weißen Männern: dem Chirurgen Barnard und Louis Washkansky, dem Empfänger des ersten Herzens.⁷² Entsprechend arbeitet auch Roloff »Das Bild des Arztes«⁷³ und das »Das Bild des Empfängers«⁷⁴ heraus. Spender*innen und Empfänger*innen des gleichen Transplantationsvorgangs in einem Atemzug zu nennen, verhindert heute das Gebot der Anonymisierung. Zugleich zeigt sich Roloffs Analyse aber auch, dass bereits in dieser frühen Transplantationsgeschichte die Spenderin nur eine untergeordnete Rolle spielt.

30 Jahre nach diesem Ereignis, als bereits regelmäßig Organe postmortal transplantiert werden, diskutiert Deutschland im Zuge bzw. im Vorfeld der Verabschiedung eines Transplantationsgesetzes über den Hirntod. Diesen Diskurs vollzieht Werner Schneider in seiner 1999 veröffentlichten Dissertation nach. Zu fragen wäre (mit Schneider) also weniger, wann ein Mensch tot ist, sondern vielmehr, wie Gesellschaften Gewissheiten bezüglich dieser Grenzziehung produzieren. Auf Basis textueller Quellen aus Gesetzesvorlagen, Expertenanhörungen und dem Protokoll der Bundestagsdebatte arbeitet Schneider die kulturellen und politischen Deutungshorizonte des Hirntodes und damit einhergehende Vorstellungen über Körper, Krankheit und Tod heraus.⁷⁵

»Die öffentlichen Auseinandersetzungen waren zumeist geprägt von gegensätzlichen Positionen und polarisierenden Wertungen, die zwischen vorbehaltloser Affirmation und medizinkritischer Technikfeindlichkeit oszillierten. Während auf der einen Seite die Transplantationsmedizin als bruchlose Erfolgsgeschichte eines innovativen medizintechnischen Wissens- und Handlungsfeldes zum Wohle von Schwerstkranken propagiert wurde, kreiste die gegen sie vorgebrachte Kritik z.B. um eine Verurteilung der biotechnischen Ökonomisierung des menschlichen Körpers in der »Transplantationsindustrie« oder mündete mitunter gar in eine pauschale Ablehnung jeglicher medizinischer Neuerungen.«⁷⁶

Der Tod, so stellt Schneider mehrfach fest, sei nicht, wie oft behauptet würde, aus dem gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen, sondern als Gegenstand politischer Diskurse und normativer Wertungen in hohem Maße präsent.⁷⁷ Der Diskurs um die Anerkennung des Hirntodes als Todeskriterium, den er nachzeichnet, lässt keine Ambivalenzen oder Ungewissheiten zu, weder von Befürworter*innen noch von Kritiker*innen, obwohl eben diese Grenzen von *leben lassen* und *sterben helfen* sich zunehmend auflösen.⁷⁸

72 Vgl. hierzu auch Böhrrer und Pfaller 2024.

73 Roloff 2013: 155.

74 Ebd.: 157.

75 Vgl. Schneider 1999a.

76 Schneider und Manzei 2006: 7.

77 Vgl. Schneider 2014.

78 Vgl. Schneider 1999a und b.

Zu aktuellen politischen Debatten liefert Schneiders Arbeit einen interessanten historischen Vergleich, denn, wie wir auch in den folgenden Kapiteln (*insbesondere 5 und 7*) sehen werden, bestehen Ambivalenzen über die Legitimation des Hirntodkriteriums zwar weiterhin, die größeren politischen Debatten, wie der jüngste Versuch einer Gesetzesreform (2021), befassen sich jedoch vor allem mit der rechtlichen Einbettung der Erhöhung von Spendenzahlen.

Inwiefern öffentliche Diskurse auch von Übersetzungskonflikten geprägt sind, arbeiten – 20 Jahre später – Armin Nassehi, Irmhild Saake und Niklas Barth (2019) mit Blick auf den soziologischen Diskurs und Fachdebatten des Deutschen Ethikrates zur Organspende heraus. Der soziologische Diskurs kritisiere, so stellen die Autor*innen fest, vor allem eine fehlgeleitete Kommunikation von Expert*innen, die zentrale Aspekte der Praxis verschweige und strategischen Interessen folge.⁷⁹ Das Problem diagnostizieren sie wie folgt:

»Letztlich verweigern sich diese soziologischen Authentizitätsfiktionen dem empirischen Befund, dass eine Praxis aus einem Guss in einer funktional differenzierten Gesellschaft kaum denkbar ist. Sie rekonstruieren die komplexe Gemengelage nur aus der Perspektive jener Betroffenen, die empirisch tatsächlich in den Bestimmungsbereich ganz unterschiedlicher gesellschaftlicher Instanzen geraten. Es sieht ganz so aus, als lasse sich eine Soziologie, die so argumentiert, gar nicht auf die Praxisdimension des Gesamtkomplexes Organspende ein, sondern behandle das Problem nur aus der eher akademischen Perspektive einer zu führenden Debatte, die ja letztlich davon entlastet ist, die Allokation von Spenderorganen auch tatsächlich zu organisieren.«⁸⁰

Was die Autor*innen in diesem Falle als soziologischen Diskurs verstehen und als empirisches Material heranziehen umfasst vor allem Veröffentlichungen starker Kritiker*innen wie Anna Bergmann, Andrea Manzei, des Psychologen und Aktivisten Roberto Rotondo⁸¹ sowie Werner Schneider und damit Autor*innen, die sich der Organtransplantation vorwiegend über das Hirntodkriterium nähern. Aus den zahlreichen englischsprachigen Publikationen findet lediglich *Spare Parts*⁸² seinen Weg in die Analyse der sozialwissenschaftlichen Kritik. Obwohl die Darstellung des soziologischen Diskurses verkürzt erscheint, machen Nassehi et al. doch auf einen wichtigen Aspekt aufmerksam, der auch die Grundhypothesen dieser Arbeit stützt: Die Praxis der Transplantation ist ein Mosaik vieler Praktiken, die ganz unterschiedliche Gemengelagen mit sich bringen. Zudem verweist die Einschätzung der Autor*innen – zu Recht – auf die Problematik der Selbstpositionierung von Wissenschaftler*innen im Feld der Organspende und die deutlich sichtbare sozialwissenschaftliche Tendenz, kritisch gegen die Praxis der Organspende »anzuschreiben«.

Kern des Artikels von Nassehi et al. ist jedoch eine Fallstudie zu Organspende-Debatten, die im Deutschen Ethikrat geführt wurden. Die Analyse stützt sich auf Verfahrensdokumente, Gesetzestexte und Protokolle aus den Jahren 2010, 2012 und 2013. Mit einem

79 Vgl. Nassehi et al. 2019: 194f.

80 Ebd.: 195.

81 Nassehi et al. beziehen sich hier auf Bergmann 2011, Manzei 1997 und 2012 sowie Rotondo 1997.

82 Fox und Swazey 1992.

systemtheoretischen Ansatz fragt der Beitrag nach den Funktionen von Beiträgen in der kommunikativen Praxis und geht davon aus, dass Gesellschaft *per se* auf Perspektivendifferenzen aufgebaut ist, die eine Analyse empirisch beobachtbarer Übersetzungsprozesse fruchtbar machen.⁸³ Die Institution ›Ethikrat‹ befasst sich, im Unterschied zum mit Anrufungen konfrontierten Individuum, das eine Entscheidung vor allem über den eigenen Körper treffen soll, auch mit gesamtgesellschaftlichen Problemen wie der Verteilung von Organen und lässt verschiedene Sprecher*innenpositionen zu Wort kommen:

- Wartende Patient*innen als Betroffene, die eine Medizin kritisieren, die sie zu lange warten lässt.
- Den klinischen Blick, der Patient*innen weniger als biografische Personen, denn als zeichenhafte Körper versteht, aus denen medizinische Parameter abzuleiten sind. Dabei existieren nebeneinander sowohl die Logik der rationalen Verteilung als auch die Parteinahme für die eigenen Patient*innen (als Grund für die im Jahr 2012 entdeckten Unregelmäßigkeiten in der Verteilung von Organen).
- Die juristische (verfassungsrechtliche) Perspektive, die weder Betroffene noch kranke Körper kennt, sondern nur juristische Personen.
- Sowie nicht zuletzt den ethischen Blick, der in der Logik der Institution der Idee des ›guten Dialogs‹ folgt und alle Gründe zunächst demokratisch nebeneinanderstellt.⁸⁴

Organspende ist hier vor allem eine Praxis des Debattierens, die sich aus der »Macht des gesprochenen Wortes speist«,⁸⁵ dabei aber nicht Einigung zum Ziel hat, sondern die Versammlung von Perspektiven. Spätestens an dieser Stelle wäre anzumerken, dass auch hier die Perspektive der Spender*innen bzw. auch Spender*innenfamilien vollends fehlt. Die Besonderheit des Ethikrates liegt, so diagnostizieren die Autor*innen, insbesondere darin, keine konkreten Entscheidungen oder Lösungen finden zu müssen, die Debatte also auf einer abstrakten und damit auch entdramatisierenden Ebene führen zu können.⁸⁶ Die jeweiligen fachlichen Perspektiven können schwer aus ihren Logiken ausbrechen, während die soziologische Literatur, die für diese Analyse herangezogen wurde, sich als engagierte Perspektive nicht dafür interessiert, »warum in einem solchen Setting die Perspektive der Betroffenen nur eine sozial wirksame Perspektive unter anderen ist«.⁸⁷ Der Lösungsvorschlag für dieses methodische Problem liegt damit in einem differenztheoretischen Ansatz. Das diskursive Feld der Organspende zeige, so stellen die Autor*innen fest, »geradezu exemplarisch eine für die moderne Gesellschaft typische Situation«, in der man eine »Multiplikation von Perspektiven eben nicht durch den Hinweis auf die privilegierte Perspektive« auflösen könne.⁸⁸ Die Studie von Nassehi et al. befasst sich folglich weniger mit systemimmanenten Problemen des Feldes wie gesellschaftlicher Akzeptanz oder der Anerkennung des Hirntodkriteriums, sondern begreift

83 Vgl. Nassehi et al. 2019: 197.

84 Vgl. Nassehi et al. 2019: 199ff.

85 Ebd.: 201

86 Vgl. ebd.: 204f.

87 Ebd.: 206.

88 Ebd.: 206.

Expert*innen-Debatten um Organspende als Exempel für Strukturprobleme pluralistischer Gesellschaften.

Während der Blick auf den Diskurs ›Organspende‹ vorwiegend als gesellschaftliches Phänomen sichtbar macht, legen zahlreiche weitere Studien das Augenmerk auf das dahinterliegende System.

Transplantationsmedizin als System

Im Mittelpunkt vieler Studien steht das Erleben des beteiligten Personals sowie Vorgänge und Strukturen rund um die Transplantation im klinischen Kontext. In ihrem Aufsatz über psychologische und ethische Implikationen der Organentnahme von 1985 (die Datenbasis wird in dem kurzen Artikel nicht geklärt) betonen Stuart Youngner et al. mit Blick auf das klinische Personal die verstörende Wirkung hirntoter Patient*innen. Besonders betroffen seien diejenigen, die an Entnahme von Organen beteiligt sind. Abhelfen sollen hier Aufklärung, neue Rituale und Information über die positiven Effekte von Transplantationen.⁸⁹ Aus einer Perspektive einer ebensolchen Betroffenheit befasst sich auch die deutsche Soziologin Andrea Manzei mit der Thematik: Ihre deutschsprachigen Arbeiten aus den späten 1990er und frühen 2000er Jahren umkreisen im Wesentlichen zwar ebenfalls anthropologische Problematiken des Hirntodkriteriums anhand von Analysen des öffentlichen Diskurses in Deutschland im Vorfeld der Einführung des neuen Transplantationsgesetzes Ende der 1990er Jahre⁹⁰ und mit Blick auf wissenshistorische Entwicklungen in der Verschränkung von Körper und Technik.⁹¹ Die medizinkritischen Analysen und Deutungen Manzeis sind dabei jedoch, wenn auch nicht explizit mit autoethnografischem Anspruch erhoben, doch eng mit ihrer Person und Erfahrungen aus beruflicher Tätigkeit im pflegerischen Bereich verknüpft: So widmet sie ihre 2003 veröffentlichte Dissertation ›Körper – Technik – Grenzen‹ »insbesondere jenen hirntoten Patienten, deren lebendige Erscheinung mich irritiert und verstört hat und deren stumme Anrufung mich über all die Jahre der theoretischen Auseinandersetzung mit Körper und Technik in der Medizin nicht losgelassen hat.«⁹² Die Kritik am Hirntodkriterium begleitet Manzei bis heute durch ihre Tätigkeit als Forscherin.

An der Schnittstelle systemischer Betrachtung und Analysen diskursiver Dynamiken bewegt sich auch Günter Feuerstein, der im ähnlichen zeitlichen Kontext wie Linda Hogle seine Studie *Das Transplantationssystem* (1995) vorlegt und Organtransplantation damit ebenfalls vor dem Hintergrund intensiv geführter politischer Debatten untersucht. Im Unterschied zu vielen anderen Arbeiten, zielt Feuerstein jedoch nicht auf eine problemzentrierte Detailstudie, sondern vielmehr auf ein Verständnis über das Transplantationssystem ›in Gänze‹. Feuerstein geht also der Frage nach, wie die einzelnen Komponenten des Systems zusammenhängen und auch moralisch aufeinander einwirken.⁹³ Organtransplantation, so schließt er, habe sich irreversibel im medizinischen Handlungs-

89 Vgl. Youngner et al. 1985.

90 Vgl. Manzei 1997.

91 Vgl. Manzei 2003.

92 Ebd.: 12.

93 Vgl. Feuerstein 1995: 18.

repertoire moderner Gesellschaften etabliert.⁹⁴ Probleme, die das Transplantationssystem nun lösen muss, betreffen daher weniger medizinische als gesamtgesellschaftliche Fragen. Mit systemtheoretischem Blick stellt Feuerstein die folgende Diagnose:

»Im gegenwärtigen Entwicklungsstadium der Transplantationsmedizin sind es also nicht mehr so sehr die medizinisch-funktionalen Imperative, die einen weiträumigen Systemzusammenhang erzwingen, sondern die Anforderungen der ressourcenbesitzenden Umwelt. Zur Sicherung der notwendigen Umweltintegrationen bedarf es eines beobachtungsgünstigen Erscheinungsbildes transplantationsmedizinischer Operationen. Neben der Demonstration des Erfolgs gehört hierzu vor allem die Erzeugung von Systemvertrauen.«⁹⁵

In anderen Worten gilt es also potenzielle Spender*innen von den positiven Effekten der Transplantationsmedizin zu überzeugen und mit positiver Antwort an das System zu binden. Die Auseinandersetzung des Systems mit der umgebenden Umwelt, die nicht nur über eine begrenzte Zahl an Organen verfügt, sondern auch moralisch sensibel und sozial fragil ist, gleicht einem Kampf gegen die Hydra: »Wie [...] die Geschichte der Transplantation deutlich werden ließ, gibt es kaum eine Lösung, die nicht postwendend zur Ursache neuer Probleme geworden wäre.«⁹⁶ Folgt man Feuersteins Diagnose, so würde jede Veränderung des Prozederes fast unausweichlich neue Legitimationsfragen aufwerfen und neue Ambivalenzen freilegen. Das Transplantationssystem kann in dieser Wahrnehmung kein Endziel erreichen, in dem alle Wartelistenpatient*innen mit einem (menschlichen, tierischen oder künstlichen) Organ versorgt werden; und doch kann es diese Hoffnung und die daraus entstehenden Praktiken und Formate der Anrufung glaubhaft in die systemeigene Selbstdarstellung integrieren. Potenzielle Spender*innen wären in dieser Lesart also nicht Teil des Systems, sondern »ressourcenbesitzende Umwelt« (s.o.), die aus Sicht des Systems anzupassen gilt.

Klaus Hoeyer und Anja Jensen veröffentlichen seit 2011 eine Reihe gemeinsamer Publikationen, die unter anderem auf Interviews mit medizinischem Personal im dänischen Transplantationssystem basieren (2011, 2013; 2015 mit Olejaz). In diesen Analysen steht vor allem die »Reanimation« hirntoter, potenzieller Spender*innen bei Herzstillstand im Mittelpunkt, wie diese von dem beteiligten Personal mitunter als grenzüberschreitend, invasiv oder sogar aggressiv erlebt wird und wie von den Beteiligten nach klaren Regeln und Richtlinien für diese Grenzbereiche gesucht wird.⁹⁷ Die Analysen zeichnen ein Bild des Konfliktes, der im Übergang von zu behandelnden Patient*innen hin zu deren Zweckhaftigkeit für andere entsteht und – im Unterschied zu den Einschätzungen von Fox und Swazey (1992), Sharp (2006), Lock (2002) oder Scheper-Hughes (2001) im Kontext eines praktischen Berufsethos gesehen werden soll. Die Interviewten zeigten, so betonen Hoeyer und Jensen, kein (oder kaum) Interesse daran, Spendenzahlen zu erhöhen. Vielmehr sind es die veränderten Parameter des Nutzens – die Verschiebung vom Fokus auf behandelte Patient*innen hin zu einer Behandlung ihrer Körper zum Wohle

94 Vgl. ebd.: 413.

95 Ebd.: 414.

96 Vgl. ebd.: 415.

97 Vgl. Hoeyer und Jensen 2011 und 2013.

(anonymer) anderer –, die Eingriffe wie Reanimationen als invasiver und gewaltvoller erscheinen lassen.⁹⁸ Technische Möglichkeiten, den Körper vital zu halten sorgen hier für ein komplexes Zusammenspiel von Technik, Normen und notwendigen Entscheidungen.⁹⁹ Beobachten ließen sich demnach ethische Strategien, um mit den entstehenden Ambivalenzen gegenüber Interventionen wie eben jenen Reanimationen, umzugehen sowie der Wunsch nach klaren Regeln, die auf diesem berufsethisch oft als fragwürdig empfundenen Terrain Sicherheit geben.¹⁰⁰ In einer jüngeren Studie von 2015 bearbeiten die Autor*innen die Daten erneut mit Fokus auf die Legitimationsstrategien in der Reflektion dieser mitunter als kontrovers wahrgenommenen Praxis und identifizieren dabei drei wesentliche Einschätzungen:¹⁰¹ »(i) the needs of organ recipients, (ii) respect for donors' autonomy, and (iii) the emotional needs of donors' relatives«,¹⁰² die mitunter kollidieren können. Eine Form des Umgangs mit auftretenden Kollisionen verschiedener moralischer Rechtfertigungsmuster charakterisieren Hoeyer et al. als »bewusste Unwissenheit« (*deliberate ignorance*).¹⁰³

»Furthermore, we have argued that ignorance has a more general salience in the organ transplant field and is found also in attempts to avoid information about the actual operation, the actual recipients and the modes of prioritisation used.«¹⁰⁴

Vorgetäuschte Ahnungslosigkeit über die Vorgänge erleichtert, so argumentieren sie, eine Form der Abstraktion, bei der die Organspende mit unkonkreten moralischen Werten (zum Beispiel Gutes zu tun) verbunden werden kann, anstatt im Licht der Zweckdienlichkeit bewertet zu werden. Der Hinweis auf die Möglichkeit, Leben zu retten, erleichtert das Vermeiden kritischer Fragen hinsichtlich der im Falle der Reanimation (und anderen invasiven Eingriffen in die Körper der Spender*innen klaren Priorisierung von Organempfänger*innen. »Deliberate ignorance« hat damit eine Schutzfunktion und hilft bei der Bewahrung lokaler, moralischer Welten. In den Blick gerät zuletzt die schwierige Gemengelage eines als begrenzt eingeschätzten Informationsbedürfnisses potenzieller Spender*innen und Zugehöriger sowie der oft verschwiegenen Einschätzungen medizinischer Mitarbeiter*innen, die, so Hoeyer et al. nach einem sozial nachhaltigen Transplantationssystem verlangen.¹⁰⁵ Gerade der Fokus auf den pragmatischen Umgang mit den Körpern der Spender*innen, der wohl zu den ambivalentesten von allen für die Transplantation ausgeführten Praktiken gehört, lenkt den Blick auf die Grenzen der Legitimationsmuster und Komfortzonen von beteiligten Personen.

Ebenfalls auf den professionellen Arbeitskontext, allerdings noch stärker in Zusammenhang mit Policy-Diskursen reflektiert auch das interdisziplinäre Autor*innen-Kollektiv Katharina Paul, Cees Avezaat, Jan Ijzermans, Roland Friele und Roland Bal (2014)

98 Vgl. Hoeyer und Jensen 2013: 613.

99 Vgl. ebd.: 615.

100 Vgl. ebd.

101 Vgl. Hoyer et al. 2015.

102 Ebd.: 590.

103 Vgl. ebd.: 590.

104 Ebd.: 590.

105 Vgl. ebd.: 590f.

mit Blick auf die (wesentlich liberaler als Dänemark und Deutschland agierenden) Niederlande. Ähnlich wie Hoeyer et al. argumentieren sie, dass es eben jene Policies sind, die die Abläufe in der Klinik und Bedürfnisse des Personals nicht adressieren und deren Ambiguität außen ausklammern. Die Autor*innen finden diese ebenfalls in dem Bereich des Übergangs von Patient*in zu Spender*in, den sie mit dem arbeitssoziologischen Begriff *transition work* fassbar machen.¹⁰⁶ Auch sie argumentieren, dass die benötigten Ressourcen sich nicht allein auf institutionelles Wissen beschränken, sondern auch emotionale Ressourcen benötigt werden; in diesem Bereich auftretende (berufs-)ethische Konflikte sind nicht technokratisch zu lösen, stattdessen müsse mehr Zeit darauf verwendet werden, die praktische Umsetzung und ihre empathischen Erfordernisse zu verstehen.¹⁰⁷

Organspende in der Thanatologie und Körpersoziologie

Ein weiterer Bereich der Literatur, der sich mit der postmortalen Transplantation von Organen beschäftigt, speist sich aus thanatosoziologischen, kulturwissenschaftlichen oder -historischen Perspektiven auf Tod und Sterben und widmet sich der Organspende als Teil von Sepulkralkulturen. Wie kaum ein anderes Thema mobilisieren Tod und Sterben im Allgemeinen sowie Hirntod und Transplantation im Besonderen die interdisziplinären Querverbindungen aus Soziologie, Philosophie, Kulturwissenschaft, Geschichte, Literaturwissenschaft, Anthropologie und Medizinethik. So finden sich Hirntod und postmortale Transplantationen seit den 1970er Jahren als Themen in zahlreichen Monografien und Sammelbänden in unterschiedlich großem Umfang.¹⁰⁸ Problematisiert werden dabei meist ähnliche Aspekte: Die soziale Konstruiertheit von Todeskriterien¹⁰⁹ sowie die Ambivalenzen, die vor allem der als »hirntot« diagnostizierte Spender*innenkörper hervorbringt und damit einhergehende philosophische Probleme,¹¹⁰ das Aufweichen imaginierter Grenzen von Leben und Tod,¹¹¹ mögliche Veränderungen im gesellschaftlichen Umgang mit Tod und Sterben sowie der Wahrnehmung des toten Körpers,¹¹² Fragen der Autonomie am Lebensende und die Rolle der Medizin in diesem anthropologisch essentiellen Bereich und deren (oft kritisch betrachteten) Verbindungen mit biopolitischen Prämissen.¹¹³ Thematisiert wird dabei häufig auch die Neu- und Andersartigkeit des Hirntodes¹¹⁴ verbunden mit den Potenzialen medizinischer Apparate.¹¹⁵ Der hirntote Körper und mit ihm einhergehende kulturelle Brüche sind dabei besonders im Fokus,

106 Paul et al. 2014: 373.

107 Vgl. ebd.

108 Die Bandbreite an Literatur ist auch hier so groß, dass im Folgenden nur einige der für diese Arbeit relevantesten Werke exemplarisch genannt werden.

109 Vgl. Bradbury 1999: 123; Lafontaine 2010: 57f; Feldmann 2010: 17, 20.–23.

110 Vgl. Bradbury 1999: 123; Feldmann 2010: 87, 112, 127f.

111 Vgl. u.a. Benkel 2019; Kahl et al. 2017.

112 Vgl. Lafontaine 2010; Benkel 2019; Thieme 2019: 79f.

113 Vgl. Gehring 2010; Birnbacher 2017; Zirden 2007; Thieme 2019: 81f. und 20 f; Aries 2008. Als Todeskriterium nimmt auch Birnbacher (2017: 27ff.) den Hirntod kritisch in den Blick.

114 Bradbury 1999: 124; Zirden 2007: 165–184; Birnbacher 2017: 27ff.

115 Vgl. Bradbury 1999: 123f.; Lafontaine 2010; Gehring 2010; Schneider 2007; Schneider und Manzei 2006; Aries 2008; Feldmann 2010: 108.

denn dieser, so diagnostiziert beispielsweise Mary Bradbury, ist tot und doch (zumindest temporär) geschützt vor den Zeichen des Verfalls:¹¹⁶ »Such bodies are treated more like patients than corpses«.¹¹⁷

Auch die Körpersoziologie befasst sich immer wieder mit der Transplantation von Organen, der Teilbarkeit des Körpers und den Bedingungen seines Todes.¹¹⁸ An den Schnittstellen der thanatosoziologischen, körpersoziologischen und auch medizinphilosophischen Forschung bewegt sich ein Sammelband, den ich hier gesondert hervorheben möchte:

Im Jahr 2017 von Antje Kahl, Hubert Knoblauch und Tina Weber veröffentlichten Band *Transmortalität* reflektieren die Herausgeberinnen gemeinsam mit anderen Autor*innen aus Soziologie und Medizinethik *Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft* (vgl. Kahl et al. 2017) und entwickeln den Begriff der Transmortalität in Abgrenzung zu dem zuvor von Céline Lafontaine vorgeschlagenen Begriff der Postmortalität.¹¹⁹ Das Aufweichen und immer wieder auch Neubestimmen der Grenzen zwischen Leben und Tod, wie es von den Autor*innen und Herausgeber*innen (unter anderem. mit Bezug auf die Arbeiten Gesa Lindemanns) beobachtet wird, wird in der Praxis der Organspende symptomatisch (Kahl et al. 2017: 22f.).¹²⁰ Transmortalität als Grenzkonzept wird uns auch durch *Kapitel 5* begleiten und deshalb an anderer Stelle genauer in den Blick genommen werden.

(Gaben-)Ökonomien der Organspende

Neben diskursanalytischen, systemtheoretischen und thanato- bzw. körpersoziologischen Analysen gehören gaben-theoretische und gabenökonomische Ansätze zu den einschlägigen Perspektiven auf das Phänomen »Organspende«. Der irische Soziologe Kieran Healy nähert sich in den beginnenden 2000er Jahren (2004, 2006) den Bedingungen der Organspende in den USA aus einem anderen Forschungsinteresse heraus: der Frage nach institutionellen Bedingungen für Altruismus.¹²¹ Forschungen über Altruismus im Allgemeinen heben, so Healy, meist Motive und Erfahrungen einzelner Spender*innen hervor, betten diese jedoch nicht ausreichend in ihre institutionellen Rahmenbedingungen ein. Dennoch, so stellt er fest, variiert die Bereitschaft zu altruistischem Verhalten, auch mit den Institutionen, die die entsprechende Infrastruktur bereitstellen, und deren Ressourcen.¹²² Healy sucht deshalb nach einem Ansatz, der diese Variationen auch mit den institutionellen Bedingungen verknüpfen kann und wählt dafür einen organisationssoziologischen Zugang.¹²³

116 Vgl. Bradbury 1999: 124.

117 Ebd.: 124.

118 Vgl. u.a. Knoblauch und Kahl 2017; Gugutzer und Bötcher 2012; Benkel 2017.

119 Vgl. Lafontaine 2010.

120 Mehr dazu im Kap. *Körperlichkeit und Mortalität*.

121 Vgl. Healy 2004. *Altruismus* wird hier verwendet im Sinne einer Handlung, die durch Sorge *um* oder Achtung *für* andere (also nicht für sich selbst) motiviert und freiwillig ist, der Hilfe anderer dient und keine Belohnung erlaubt.

122 Vgl. Healy 2004: 387.

123 Vgl. ebd.: 387.

Die von ihm anvisierten institutionellen Bedingungen findet Healy in der Literatur meist in Form von Ergebnissen darüber, dass Menschen zu altruistischen Handlungen eher geneigt sind, wenn sie direkt um Hilfe gebeten werden.¹²⁴ Empirisch, so nimmt Healy an, wissen wir jedoch wenig über altruistische Praktiken, die einmalige Erfahrungen für Individuen sind, zugleich aber von Institutionen verwaltet werden.¹²⁵ Healy lenkt die Aufmerksamkeit letztlich auf den wichtigen Aspekt, dass jene viel zitierten und häufig als zu niedrig beklagten Spenderaten nicht im luftleeren Raum entstehen oder ausschließlich an den Willen einzelner gekoppelt sind, sondern vielmehr ein Bestandteil komplexer, institutioneller und lokal variierender Prozesse sind, in diesem Sinne also kollektiv hervorgebracht werden. Dieser sozial-organisatorische Aspekt sei bis dato vernachlässigt worden, da die Erforschung von Altruismus sich vorrangig auf heroische, individuelle Altruisten konzentriert habe.¹²⁶ Auch Organspendeorganisationen (*organ procurement organisations*) und Aktivist*innen haben in dem Versuch, Organspende zu normalisieren, das Narrativ der altruistischen und freiwilligen Spende gefördert und öffentlich etabliert, sodass dieses sich letztlich auch wieder auf die Praxis auswirkt. Die Organisationen agieren damit sowohl strukturell als auch in der moralischen Landschaft der US-amerikanischen Organspende, bieten sowohl einen Kontext als auch Gründe und Bedeutungen für eine solche Spende. Healy kommt zu dem Schluss, dass das Altruismus-Motiv, das ursprünglich dabei helfen sollte, die Unterstützung innerhalb der Bevölkerung zu erhöhen nun zugleich einem möglichen alternativen Lösungsansatz im Weg stünde: Dem Einführen finanzieller Anreize.¹²⁷

Catherine Waldby und Robert Mitchell (2006) erforschen die Übertragung von Organen, Gewebe und Zelllinien in einem weiteren politischen und ökonomischen Kontext vor dem Hintergrund der Britischen und US-Amerikanischen Transplantationssysteme und untersuchen, wie menschliche Körperteile als Gabe oder Ware gerahmt werden. In *Tissue Economies: Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism* zeigen sie ausgehend von einer Welle solidarischer Blutspenden nach den Ereignissen des 11. September 2001 in den USA auf, wie mit der Entwicklung neuer medizinischer Technologien immer mehr Humanprodukte zu therapeutischen und Forschungszwecken gelagert und verteilt werden. Die beschleunigte Zirkulation menschlicher Gewebefragmente wirft für die Autor*innen soziale und ethische Bedenken auf, die sich darauf beziehen, wer Körpergewebe spendet oder verkauft, wer es erhält und wer von der Transaktion profitiert bzw. nicht profitiert oder mitunter gar benachteiligt ist. Waldby und Mitchell geben einen Überblick über die rasch expandierenden Tauschwirtschaften für menschliches Gewebe, erläutern die komplexen Fragen, die dabei aufgeworfen werden und zeigen mögliche Entwicklungen auf. Sie vergleichen die zeitgenössischen Gewebeökonomien im Vereinigten Königreich und in den Vereinigten Staaten und untersuchen die Trennung der Sphären altruistischer Spenden von jenen eines kommerziellen Marktes, deren Unterscheidung (Gesundheits-)Politik und Praxis prägen. Die Autor*innen stützen ihre Analysen auf einen heterogenen Datenkorpus unter anderem aus wissenschaftlichen Abhandlungen,

124 Vgl. ebd.: 391.

125 Vgl. ebd.: 391.

126 Vgl. ebd.: 22.

127 Vgl. ebd.: 26ff.

Policy-Empfehlungen, Äußerungen aus politischen Entscheidungsgremien und Presseberichten, aus denen sie Fallstudien herausarbeiten.

Organspende reiht sich in dieser Betrachtung ein in einen breiten und schwer zu überblickenden Markt aus Produkten wie Blut, Gewebe, Zellmaterial, Spermien, Eizellen, Speichelpollen etc., die für sich genommen je spezifische Problemfelder öffnen: »Each new technology involves a reorganization of the boundaries and elements of the human body [...]«. ¹²⁸ Die Autor*innen reflektieren die Praktiken und Argumente rund um den Handel mit Organen der, so argumentieren sie, vor allem deshalb floriert, weil nationale Gabenökonomien sich als untauglich erweisen, den ständig länger werden den Wartlisten industrialisierter Länder zu begegnen. Im Fokus steht hier die Beziehung zwischen eben jenen Wartelisten und einem wachsenden Schwarzmarkt von Nieren, die ärmeren »Spender*innen« über Organhändler an wohlhabende Patient*innen in reicheren Industrieländern vermitteln. Das Argument, diese Art von Markt sei nur eine Reaktion auf ein ineffektives Gaben-System, das durch einen regulierten Markt verbessert werden und dem Schwarzmarkt die ausbeuterische Komponente nehmen würde, verliere jedoch aus dem Blick, dass die Unersättlichkeit der Nachfrage nicht zuletzt grundsätzlich auch befeuert wird von einem in der Transplantationsmedizin gängigen Körperverständnis der Ersetzbarkeit. ¹²⁹ *Tissue Economies* lenkt den Blick darauf, wie die Produktivität des Körpers in soziale Systeme, Gesellschaften und Politiken überführt wird und auf die kulturellen Bedeutungen von Veränderungen und Entscheidungen in diesen Bereichen. ¹³⁰ Ausgehend von Foucaults Begriff der Biopolitik blicken die Autor*innen also auf die Machtbeziehungen von »life and the life sciences« ¹³¹ und verstehen ihre Analyse als kritischen Beitrag zur Debatte über die Organisationsstrukturen des institutionellen Umgangs mit Humanprodukten und Übersetzungen medizintechnischer Entwicklungen in Körperpolitiken und Gesetzgebung. Die Dichotomie von Spende vs. Vermarktung stellen sie in den Ökonomien von Organen, Geweben und anderen Körperprodukten in Frage:

»Gift systems and commodity systems for managing human tissues are often cast in this way, as mutually exclusive and morally incompatible social forms. In this book we hope to complicate and disorganize the gift-commodity dichotomy, because we consider it an inadequate way to conceptualize the political economy of tissues in the modern world of globalized biotechnology.« ¹³²

Die ebenfalls häufig zitierten Studien von Magi Sque und Sheila Payne ¹³³ hinterfragen die Rahmung postmortal gespendeter Organe als Gabe. Die Autorinnen widmen sich in Form narrativer Interviews vorrangig Spender*innenfamilien in Großbritannien, sowie Familien, die sich gegen eine Spende entschieden haben und konzentrieren sich dabei auf Gründe für die Zustimmung oder Ablehnung, die retrospektiv geschilderten Er-

128 Waldby und Mitchell 2006: 7.

129 Vgl. ebd.: 30 und 160–180.

130 Vgl. ebd.: 30.

131 Ebd.: 30.

132 Ebd.: 9.

133 Vgl. Sque und Payne 1996, Sque et al. 2007, Sque et al. 2008.

fahrungen und Emotionen. Im Kontext dieser Interviews erscheint die Erzählfigur der Schenkung vor allem deshalb problematisch, weil es das Leiden und die Trauer der Zugehörigen nicht aufzufangen vermag. Die Autorinnen schlagen stattdessen den Begriff des Opfers (*sacrifice*) vor:

»It has been suggested that the donation event is better represented as a ›sacrifice‹ as this discourse acknowledges the suffering of the bereaved family and the possible difficulties encountered in their decision-making about organ donation.«¹³⁴

Die gewonnen Einblicke sollen, so argumentieren die Autorinnen 2007, zu einer Verbesserung des Spenden-Erlebnisses führen und damit letztlich zu einer Erhöhung der Spenderaten.¹³⁵ Entsprechend versteht sich der Sammelband *Organ and Tissue Donation: An Evidence Base for Practice*, in dem unter anderem Ergebnisse der Autorinnen präsentiert werden, als Ratgeber für Transplantationskoordinator*innen und andere professionell in das Transplantationsgeschehen involvierte Berufsgruppen.¹³⁶

Sque und Payne beziehen ihren Vorschlag der Rahmung als ›Opfergabe‹ auf eine feministische Kritik bzw. religionskritische Analyse der US-amerikanischen Philosophin und Medizinethikerin Ann Mongoven, die Parallelen zwischen Narrativen der Organspende und christlichen Mythologien des Spendens herausarbeitet und theologische wie auch säkular-feministische Kritiken an Idealisierungen des Opferkonzeptes auf die Rezeption der Organspende anwendet.¹³⁷ Sie stellen fest, dass beide Konzepte, Gabe und Opfer, die Motivation des Helfens, wie auch die kultische Komponente, die mit der Idee des Opfers verbunden sind,¹³⁸ eine wichtige Rolle in der Wahrnehmung der Zugehörigen spielen. Letzteres, die konzeptionelle Rahmung des Vorgangs als ›sacrifice‹ kommt v.a. in den Erzählungen über das ›Loslassen‹ zum Tragen, das eng verbunden ist mit der Erlaubnis, den Körper fortzubringen oder zu verletzen.¹³⁹

Ähnlich kritisch blickt Rhonda Shaw (2010) auf die Gaben-Metapher. Ihre Analyse, die sich sowohl auf transplantationsbezogene Dokumente als auch Interviews mit medizinischem Personal stützt, zeigt, wie das Narrativ der Gabe in Gesprächen mit Spender*innenfamilien nicht als überzeugendes Argument funktioniert, aber durchaus als Instrument, das einen moralischen Mehrwert der Transplantationsvorgänge zu generieren vermag. Die Überlegungen von (unter anderem) Sque und Payne aufgreifend fragt Shaw sowohl nach der Metapher der Gabe (*gift*) als auch nach dem Konzept des Opfers (*sacrifice*). Die Geschenk-Analogie funktioniert für Shaw vor dem Hintergrund zeitgenössischer Konsumkulturen nur bedingt:

»In consumer cultures, where gifts are purchased with relatively little thought and effort, compared to the bespoke or hand-made gift, there is little personal risk to the giver if the gift is thrown away. The identity of the giver is as ephemeral and as easily

134 Sque et al. 2007: 40, Hervorhebung im Original.

135 Vgl. ebd.: 40.

136 Vgl. ebd.: 1f.

137 Vgl. Mongoven 2003: 90; Sque et al. 2007: 45f.

138 Vgl. Mongoven 2003: 90, Mongoven trennt hier zwei Ebenen: »motivational« und »cultural«.

139 Vgl. Sque et al. 2007: 49, 50f.

replaced as the gift that is purchased. When the fungibility associated with the contemporary understandings of the gift is applied to body parts and tissues, then the connection between gift-giving and altruism as counterpoint to commodification becomes meaningless.«¹⁴⁰

Was Shaw, Sque und Payne als das ›kultische‹ Moment der Organspende bezeichnen, also letztlich die Dimension der Körperlichkeit, bleibt in der Gaben-Metapher und deren Hervorhebung des altruistischen Moments, verborgen. Diese Art der Kommunikation sei, so Shaw, vielleicht angemessen für eine Art von öffentlicher Kommunikation, wie sie in Gesundheitskampagnen vorgenommen wird, trage jedoch nicht dazu bei, Zugehörige im direkten Gespräch zur Freigabe des Körpers zu ermutigen.¹⁴¹

Die öffentliche Kommunikation stellt Mona Motakef in ihrer Dissertation *KörperGabe* von 2011 einer Reflexion von Expert*innendiskursen über das Transplantationsgeschehen gegenüber. Motakef hebt dabei einen Aspekt des Gabendiskurses hervor, der in den bisherigen Arbeiten wenig Beachtung gefunden hat: Die Konstruktion des Organmangels. Kritisch blickt sie dabei auch auf die Entwicklungen im Bereich der Medizinethik, die – anders als Motakef in ihrer Arbeit – den ›Organmangel‹ nicht als Deutungsmuster thematisiert, sondern vielmehr als gegeben annimmt.¹⁴² Mit Foucaults Konzept(en) von Biopolitik lässt sich Organmangel als diskursive Praxis auffassen, ausgehend von einem Diskursbegriff, der diesen als »machtvolle und historisch spezifische Form der Konstitution des Wissens, zu der immer auch eine Praxis und eine Materialität gehören« begreift.¹⁴³ Motakef folgt damit einer Auffassung, die Diskurse als produktiv annimmt und zeichnet nach, wie Aussagen nicht auf der sprachlichen Ebene verbleiben, sondern ›wahr‹ werden, sich materialisieren, wie in diesem Falle also Organmangel diskursiv hervorgebracht wird. Der Diskurs des Organmangels wirkt sich dabei nicht alleine auf die Praxis der Transplantation aus, sondern darüber hinaus auch auf die Art und Weise wie ›Körper‹ gesellschaftlich konzipiert wird: Organe werden, je nach Programm, zu Gabe, Clubgut oder Ware und verweisen auf Deutungsmuster, die Individuen in unterschiedlicher Weise als veräußerbare Subjekte aufrufen. Bestimmte Formen von Körperwissen werden bereitgestellt und damit Körperverständnisse nahegelegt, so beispielsweise die Idee, der Ersetzbarkeit einzelner Körperteile. Die Formen der Anrufungen potenzieller Spender*innen und auch der Gabendiskurs selbst, sind jedoch dynamisch.¹⁴⁴ Die Dynamiken dieses Diskurses produzieren auch Dynamiken der Ökonomisierung von Humanprodukten, die weitreichende Konsequenzen haben: »Hier steht jedoch nicht nur eine Regelung auf dem Spiel, vielmehr werden fundamentale Fragen körperlicher Subjektivität berührt.«¹⁴⁵ Das Konzept der Gabe ist aus Motakefs Perspektive kein Widerspruch zur Ökonomie, sondern vielmehr eine spezifische Form davon.¹⁴⁶ Im Lichte zunehmend

140 Shaw 2010: 613.

141 Vgl. ebd.: 614.

142 Vgl. Motakef 2011: 30.

143 Ebd.: 34.

144 Vgl. ebd.: 34ff.

145 Ebd.: 218.

146 Vgl. ebd.: 219.

vernetzter Märkte bemerkt sie (auch mit Blick auf Waldby und Mitchell), dass eine Weiterentwicklung einer Soziologie der Biopolitik von Nöten ist, ebenso wie ein soziologischer Begriff von Organen, die in den sozialen Konstruktionen des Organspendediskurses ohne Einbezug von Leibaspekten nicht immer aufgehen. Ihre Forderung, dass neue Technologien auch neue Formen der Auseinandersetzung brauchen, folgen im Wesentlichen (wenn auch nicht explizit) den Forschungsdesideraten der Science and Technology Studies: Wie verändern Technologien unsere Vorstellungen von Körper? Und welche Auswirkungen haben sie darauf, wie wir uns als Gesellschaft verstehen? Motakefs Bilanz ist kritisch, wenn sie fordert, dass nicht nur die Effizienz bestimmter Praktiken geprüft werden müsse, sondern auch die durch sie vermittelten Werthaltungen hinterfragt und zur Diskussion gestellt werden müssen.¹⁴⁷

Kulturelle Aspekte und Einhegungen der Organspende

Organspende ist, wie bereits mehrfach festgestellt wurde, nicht nur Teil medizinischer Forschung und klinischer Arbeit, sondern hält auf unterschiedliche Weisen auch Einzug in die Alltagskulturen außerhalb von Operationssälen: Sie liefert Stoff für Geschichten, bringt Praktiken der kulturellen Einhegung hervor und öffnet die Pforten in das Reich der Fantasie, Mythen und Imaginationen. Einige Arbeiten widmen sich daher expliziter den Fiktionen, Vorstellungswelten, Bildern und Metaphern, in denen sich Imaginarien der Transplantation entfalten und nicht allein auf die Analogie des ›Spendens‹ beschränken. Andere befassen sich explizit mit sozialpsychologischen und anthropologischen Aspekten des Phänomens Organspende. Eine Auswahl von Arbeiten, die sich mit verschiedenen kulturhistorischen und kulturellen Dimensionen der Transplantation und Organspende befassen möchte, ich in diesem Subkapitel vorstellen:

Die Londoner Historikerin Ruth Richardson veröffentlicht im Jahr 1987 Ergebnisse ihrer Forschungen unter dem Titel *Death, Dissection and the Destitute* über *body snatching* (das Stehlen von Leichen, um diese für die anatomische Forschung zu nutzen) im England des frühen 20. Jahrhunderts und die aus heutiger Sicht unglücklich geratene Gesetzgebung, Körper hingerichteter Sträflinge für eben jene Zwecke freizugeben und damit als posthume Bestrafung zu rahmen sowie die Regelung der Freigabe von Personen, die mangels monetärer Mittel nicht bestattet werden können.¹⁴⁸ Im Jahr 2000 wird das Buch erneut herausgegeben, weitgehend unverändert, jedoch mit einem zusätzlichen Nachwort der Verfasserin, das die Erkenntnisse der historischen Forschung mit einem Blick auf die aktuellen medizinischen Diskurse, insbesondere die Transplantationsmedizin verbindet.¹⁴⁹ Parallelen zwischen diesem Verfügbarmachen von Körpern im 19. Jahrhundert und der heutigen Praxis der Transplantation bedingen, so legt Richardson nahe, zum Teil auch eine kulturelle Verankerung von Unbehagen mit der postmortalen Transplantation. Nachdem verschiedene Versuche der britischen Regierung, dem Mangel an Körpern beizukommen, gescheitert sind, floriert das Geschäft der *body snatcher* und unterläuft eine zeitgenössische Trauerkultur, in der Zugehörige oft lange Zeit mit

147 Vgl. ebd.: 226f.

148 Vgl. Richardson 1987.

149 Vgl. Richardson 2000.

den Verstorbenen verbringen, sie anfassen, küssen und auf deren Äußeres achten. Die immer wieder bekanntwerdenden Fälle von Leichendiebstählen führten, wie Richardson darlegt, zu Protest und Widerstand; Arzthäuser und anatomische Ausbildungsstätten werden demoliert.¹⁵⁰ Ähnlich wie bei für die Transplantation heute war auch der Körper für die Anatomie des 19. Jahrhunderts vor allem dann wertvoll, wenn er möglichst ›frisch‹ war. Doch frische Körper bedeuten (damals wie heute), frische Trauer und die Körper der Verstorbenen sind damit gerade dann am wertvollsten, wenn die Überlebenden am verletzlichsten sind.¹⁵¹ Die Geschichte der Nutzung von Körpern zu Zwecken der Sektion oder Transplantation wie Richardson sie erzählt, ist vor allem eine Geschichte sozialer Ungleichheit, sei es durch Akquise von Körpern aus Armenhäusern oder mit Blick auf die ersten Transplantationsversuche des Arztes John Hunter im 18. Jahrhundert, der 150 Jahre vor der Entstehung der Medizinethik und ohne tiefere Kenntnis von Immunabstoßungsreaktionen Zähne verarmter Kinder und Jugendlicher besser betuchten Erwachsenen als Zahnersatz anbot.¹⁵² Auch mit Blick auf das empirische Material meiner Dissertation wird sich zeigen, dass das ein kultureller Wissensbestand über soziale Ungleichheit in der medizinischen Versorgung bis heute immer wieder eine Rolle spielt, wenn Menschen einer möglichen Spende ihrer Organe kritisch gegenüberstehen.

Donald Joralemon widmet sich 1995 in einer anthropologischen Analyse dem Problem des Organmangels vor dem Hintergrund des amerikanischen Transplantationsystems. Dabei interessieren ihn besonders kulturelle Widerstände gegen die Praxis des Transplantierens, die er in divergierenden Körperbildern verankert sieht. Denn eben die Weigerung ein für die Akzeptanz der Organspende notwendige fragmentiertes Körperbild zu übernehmen, das ›Person sein‹ an Bewusstsein koppelt, sieht er als Hauptursache für den Mangel an Organen. Die Grundproblematik des kulturellen Widerstandes und die diversen Versuche, ihn zu überwinden, stellt er in einen ideologischen Zusammenhang mit immunsuppressiven Medikamenten, denn diese seien »designed to inhibit cultural rejection of transplantation and ist view oft he body.«¹⁵³ Wie auch Fox und Swazey (1992), Hogle (1999), Lock (2002), Sharp (2007) und Jensen (2011) identifiziert Joralemon die Gabe nicht nur als dominante Metapher für den öffentlichen Diskurs, die den ebenfalls prominent mobilisierten Narrativen der individuellen Entscheidung und der Idee des kommerziellen Handels mit Organen gegenüber diametral gegenüber steht; eine Logik des Marktes sieht er als unvereinbar mit einer Logik des altruistischen Handelns. Keine dieser Strategien vermag zudem den Wunsch nach körperlicher Integrität zu überwinden, denn er ist nicht nur biologisch verankert, sondern auch durch Prozesse der Abstoßung von Organen als erwiesen betrachtet.¹⁵⁴ Diese nicht unproblematische Analogie körperlicher Abstoßungsreaktionen und kultureller Widerstände gegen Organspende, die dieser viel zitierten Studie zu Grunde liegt, wird in der Literatur bis dato erstaunlich unkritisch rezipiert.

150 Vgl. Richardson 2007.

151 Vgl. ebd.: 8

152 Vgl. Richardson 2007.

153 Joralemon 1995: 335.

154 Vgl. ebd.: 347.

Eine weitgehend affirmative Studie zu sozialen Repräsentationen potenzieller Spender*innen auf Malta legt 2009 die Sozialpsychologin Marie Anne Lauri vor. Sie fokussiert in ihrem Artikel *Metaphors of organ donation, social representations of the body and the opt-out system* von 2009 vor dem Hintergrund von Debatten über die Einführung der Widerspruchslösung in Großbritannien und Malta, die jeweils starke öffentliche Reaktionen hervorgerufen haben, mit Moscovicis Konzept »sozialen Repräsentationen« auf die Imaginationswelten potenzieller Spender*innen. Dafür greift sie auf Material aus Fokusgruppen zurück, die sie schon einige Jahre zuvor (im Zuge einer Organspende-Kampagne) durchgeführt hat, um aus diesen Ergebnissen Policy-Empfehlungen abzuleiten.¹⁵⁵ Soziale Repräsentationen versteht sie nicht einfach als Haltungen, Meinungen oder Motive, sondern als Laien-Theorien, die sich in Alltagssprachlichen Äußerungen wiederfinden und als Orientierungshilfe dienen. Sprachbilder und Metaphern, die Unvertrautes in vertraute, strukturell ähnliche Bilder übersetzen, spielen dabei eine wesentliche Rolle. Das Glaubenssystem der katholischen Kirche stellt auf Malta, so arbeitet Lauri heraus, wesentlich Bestandteile für eine intuitive Orientierung auf dem für viele Teilnehmenden noch neuen Feld der Organtransplantation bereit. Entsprechend häufig stößt sie auf ein Verständnis von Organspende als Akt der Nächstenliebe.¹⁵⁶ Lauri arbeitet wichtige Vergleichskonzepte und Imaginationen heraus, darunter die Gabenanalogie (die sie vom Konzept der Wohltätigkeit unterscheidet) sowie Organspende als Pflicht, Recycling, Solidarverbund (im Sinne eines Clubmodells), Vorstellungen über ein »Weiterleben« und damit kollidierend Bilder von Entweihungen, Zerstückelungen sowie Befürchtungen über ein (dann nicht mehr mögliches) Leben nach dem Tod, Zerstörung der personalen Identität sowie humane Kompetenzüberschreitungen im Sinne illegitimer Einmischungen in Gottes Plan.¹⁵⁷ Die zu Grunde liegende Konzeption potenzieller Spender*innen werde ich an anderer Stelle erneut aufgreifen.

Irmela Marei Krüger-Fürhoff nähert sich 2012 den Imaginationen, Fiktionen und Narrationen rund um die Organspende aus literatur- und kulturwissenschaftlicher Perspektive:

»Gerade weil die Transplantationsmedizin ethisch nicht unumstritten ist, hat sie einen großen und vielstimmigen Niederschlag in Literatur und Film gefunden, denn künstlerische Werke sind in einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft in der Lage, kollektive Hoffnungen, Phantasien und Ängste zu artikulieren, die in anderen Diskursen nicht oder nur eingeschränkt zum Ausdruck kommen.«¹⁵⁸

Die von ihr untersuchten Werke vermögen in dieser Lesart Phänomene wie das Übertragen von Körperteilen »antizipieren und kritisch hinterfragen, aber auch bestätigen.«¹⁵⁹ Die dabei eingesetzten narrativen und ästhetischen Strategien sind nicht allein als Zeugnisse von Akzeptanz oder Nicht-Akzeptanz zu verstehen; vielmehr leisten sie, so Krüger-

155 Vgl. Lauri 2009.

156 Vgl. ebd.: 649ff.

157 Vgl. Lauri: 656.

158 Krüger-Fürhoff 2012: 22f.

159 Ebd.: 23.

Fürhoffs Annahme, einen wichtigen Beitrag zur »Produktion, Vermittlung und Durchsetzung von Wissen über den Menschen«,¹⁶⁰ verweisen auf wichtige Konfliktlinien, auch wenn diese sich an den Grenzen des Sagbaren bewegen und darüber hinaus auf Konzepte von Körper und Identität, die mit der kulturellen Verarbeitung der Möglichkeiten von Transplantationen einhergehen.¹⁶¹ Fiktionale Formate können, so Krüger-Fürhoff, im größeren Ausmaß als andere, Ambivalenzen zulassen und Ängste, Hoffnungen und Konflikte durchspielen, verbleiben dabei jedoch nicht auf einer vollends realitätsfernen Sphäre. Repräsentationen in Literatur und Film können vielmehr daran beteiligt sein, neue Technologien in die kulturellen Archive des Vorstellbaren und Erzählbaren zu überführen und Grenzbereiche auszuloten.¹⁶² Auf Basis von 90 literarischen Texten und 40 Filmen aus dem vorwiegend deutschen, englischen und französischen Sprachraum, die sowohl autobiographische als auch utopisch oder dystopisch fiktionale Erzählungen einschließen, erkundet die Autorin die »Poetik der Transplantation«.¹⁶³ Ihr besonderes Augenmerk liegt dabei auf Konzeptionen von Körpern und Körperteilen, den repräsentierten Verhältnissen von Körpern, Fremdkörpern und imaginären Verwandtschaften bzw. »Körpervorstellungen, immunologischen Konzepten und durch Transplantationen gestiftete Sozialbeziehungen«.¹⁶⁴

Fiktionale Werke spielen die möglichen Folgen medizinisch-technischer Innovationen durch und greifen dabei auf ein breites Spektrum von Figuren des Wissens zurück, auch wenn deren Bestandteile mitunter in der zeitgenössischen Medizin als überholt (oder nicht erwiesen) gelten. Eine eigenständige Poetik oder Ästhetik der Transplantationsliteratur ergibt sich hieraus nicht, vielmehr greifen die untersuchten Werke auf je zeitgenössische Strategien zurück, die sich, gerade in der Moderne, im Prozess der Einhegung von Irritation oder gar Verletzung herausbilden.¹⁶⁵ Was hier grundlegend anthropologisch verarbeitet wird, so schließt Krüger-Fürhoff, ist die »Angst, am Ende aller chirurgischen und biomedizinischen Interventionen könne sich die Kategorie des Menschen, wie wir ihn zu kennen glauben, auflösen.«¹⁶⁶ Als einer von wenigen thematisiert Krüger-Fürhoffs Beitrag auch den Organspendeausweis, wenn auch nur, um die geringe Zahl an ausgefüllten Ausweisen als Indikator für eine noch mangelnde Akzeptanz der Organspende in der Bevölkerung zu anzuführen.¹⁶⁷ Ähnlich wie Healy argumentiert sie zudem, dass eine Rahmung der Organspende als Akt der Nächstenliebe eine Bringschuld signalisiere, die den Besitz eines Ausweises, der eine Entnahme von Organen erlaubt, moralisch verpflichtend mache.¹⁶⁸

Weniger bekannt ist der Impuls von Katrin Solhdju (2015), Kulturen der Transplantation, als *Kulturen des Interesses* zu begreifen und die Vorgänge der Transplantation vom

160 Ebd.: 23.

161 Vgl. ebd.: 23.

162 Vgl. ebd. 2012: 27.

163 Ebd.: 28.

164 Ebd.: 313.

165 Vgl. ebd.: 326ff.

166 Ebd.: 335.

167 Vgl. ebd.: 18f.

168 Vgl. ebd.: 300.

Organ aus zu denken.¹⁶⁹ Solhdju liefert damit zugleich einen der wenigen Vorstöße zu den materiellen Kulturen der Organtransplantation. Organe versteht sie als Einheit, die Spender*in und Empfänger*in verbindet und zugleich zwischen ihnen steht, als wandelnde Lebensformen und Existenzmodi. Die Geschichte(n) von Organen sind entsprechend Geschichte(n) des Inter-Esses, des Dazwischenseins – ein *inter-essierter* Existenzmodus. Das isolierte Transplantat verfügt über eine eigensinnige und quasi-personale Form von Lebendigkeit, die es zu erkunden und zu hinterfragen bzw. durch neue Begrifflichkeiten herauszufordern gilt. Der Blick auf das Organ soll demnach ermöglichen, neue Fragen nach den Beziehungen zwischen den Lebenden und den Toten bzw. Leben und Tod zu stellen. Folgt man dem Weg der Organe in der Medizin, wird das Leben vom Tode her experimentiert: Die Sektion toter Körper dient als Instrument der Wissensgewinnung über die Existenzweisen der lebenden. Zunehmend werden Praktiken entwickelt, die ähnlich invasiv in den lebenden Organismus eingreifen. Experimente am lebenden Organ dienen zunächst dazu, die Funktionen einzelner Organe unabhängig voneinander zu bestimmen und erschaffen zugleich Entitäten, bestimmte Formen von Lebewesen, die letztlich die Grundlage für die Entwicklung von Transplantationspraktiken bilden. Organe, so arbeitet Solhdju heraus, werden in diesem Zusammenhang oft subjektiviert und personalisiert und damit als Wesen verstanden, die ernährt und gepflegt werden müssen und oft in der Lage, ihren Organismus zu überleben.

Dieses Überleben erweist sich jedoch als relational: das schlichte hineinpumpen von Flüssigkeiten reicht nicht aus und es braucht Technologien, um die Organe in die richtige Relation zu setzen und die notwendigen Überlebensbedingungen zu schaffen. Die Lebendigkeit des Organs ist also nicht klar, materiell begrenzt, sondern angewiesen auf Prozesse des Austauschs; sie ist angewiesen auf Assoziationen und eben das, was zwischen Organen und anderen Einheiten geschieht. Sowohl die Lebendigkeit des Transplantats als auch der Tod der Spender*innen sind komplexe medizintechnische Konstrukte und damit zentrale Probleme der postmortalen Transplantation: Die Arbeit am Überleben des Organs, das für das Überleben eines empfangenden Körpers wichtig ist, gilt nicht klar abgrenzbaren Entitäten, sondern agiert an prekären Zwischenräumen. Die Abstoßung eines Transplantats wird, wie Solhdju feststellt, oft als etwas beschrieben, was der Empfänger*innenkörper aktiv *tut*. Mit Blick auf die Existenzweisen des Organs ließe sie sich jedoch auch als komplexes Geflecht zweier Lebewesen beschreiben, die Forschung und Praxis um die Transplantation als Arbeit am Zusammenspiel solcher Assoziationen und damit als Kulturen des Interesses.¹⁷⁰

Larissa Pfaller nimmt vorangegangene Forschung zur Ablehnung von Organspende als Grundlage für eine theoretische Konzeption des Imaginären an den Grenzen des Sozialen und untersucht im Zuge dessen Organspende als das *Unheimliche in der Medizin*.¹⁷¹

Postmortale Organspende, so argumentiert sie, kann von Spender*innen nicht selbst erlebt werden und ist daher für die meisten Menschen mehr eine Art öffentliche Imagination als eine Alltagspraxis.¹⁷² Krüger-Fürhoffs Überlegungen aufgreifend stellt Pfaller

169 Vgl. Solhdju 2015.

170 Vgl. Solhdju 2015.

171 Vgl. Pfaller 2021.

172 Vgl. ebd.: 57.

ler fest, dass Organspende als Praxis, die wie kaum eine andere medizinische Utopien mit menschlichen Schicksalen verbindet, bis heute viel mediale Aufmerksamkeit erhält – sowohl im fiktionalen als auch im dokumentarischen Bereich. In den verschiedenen Verarbeitungsformen der Organspendethematik dokumentieren sich nicht zuletzt auch kulturelle (Be)Deutungen. Das ›Unheimliche‹¹⁷³ speist sich dabei sowohl aus einem Mangel an Erfahrung und fehlenden Orientierungen als auch aus einer Mischung aus Grauen und Bewunderung.¹⁷⁴ Mit ihren Überlegungen öffnet Pfaller nicht zuletzt den Blick für die produktiven Kräfte des Grusels und Ekels und für die verschiedenen kulturellen Einhegepraktiken, mit denen wir als Gesellschaft der Möglichkeit begegnen (können), das unsere Körper anderen zur Reparatur dienen kann – darunter auch verschiedene Kampagnenformate und der Organspendeausweis.¹⁷⁵ Wir werden diese Überlegungen später erneut aufgreifen (Kapitel 5).

Zwischenfazit

Auch in diesem breiter gefassten Bereich der Literatur zu Organspende- und transplantation finden wir zahlreiche, wichtige Perspektiven, die den Grundstein für ein Nachdenken über Organspende als gesellschaftliche Praxis legen: So wird Organspende als gesellschaftlicher Diskurs ebenso in den Blick genommen wie Transplantationsmedizin als System, wird die postmortale Übertragung von Humanprodukten in Thanato- und Körpersoziologie aufgespannt, in ihren (Gaben)Ökonomien erkundet sowie Prozesse der kulturellen Einhegung analysiert. Diese Perspektiven öffnen den Blick auf breitere gesellschaftliche Diskurse und Expert*innendebatten, liefern Einblicke ›hinter die Kulissen‹ der Institutionen und kritische Auseinandersetzungen mit dem dominanten Begriff der ›Spende‹, geben historische Einblicke und ermöglichen länderübergreifende Vergleiche. Organspende und Transplantation lassen sich hier vor allem als (immaterielle) Aushandlungen begreifen und durch den Blick auf die (materiellen) Praktiken der kulturellen Einbettung fruchtbar ergänzen. Der Fokus der bisher vorgestellten Arbeiten liegt vorrangig auf größeren, diskursiven sowie professionellen Settings, weshalb ich im Folgenden nun den Blick auf die Konzeption potenzieller Spender*innen werfen möchte, wenn diese als Träger*innen von Organen, Entscheider*innen und Laiinnen in den Blick sozialwissenschaftlicher Studien und Erhebungen geraten.

2.3 Potenzielle Spender*innen im Fokus der Forschung

Während in der ›frühen‹ Organspendeliteratur (bis in die 1990er Jahre) vor allem das Etablieren des neuen Todeskriteriums auf wissenschaftliches Interesse stößt, geraten nach dessen legislativer Einbettung immer wieder die potenziellen Spender*innen in den Fokus. Wird der Blick auf sie gerichtet, steht meist die Frage nach der Bereitschaft zur Organspende bzw. nach Motiven für das (Nicht-)Spenden im Mittelpunkt

173 Vgl. hierzu auch Jentsch 2014.

174 Vgl. Pfaller 2021: 57.

175 Ebd.: 64f.

der Untersuchungen. Je nach institutioneller Einbettung der Studien geschieht dies häufig auch mit dem Ziel, aus den gewonnen Erkenntnissen Strategien zu entwickeln, mögliche Hinderungsgründe zu beseitigen und die Zahl der Organspenden zu erhöhen. Das Mittel der Wahl, um in die Welten dieser schwer kontrollierbaren und doch wichtigen Entscheider*innen vorzudringen, ist oft die Quantifizierung. Bereitschaft und Haltung zur Organspende werden immer wieder in verschiedenen Studienformaten untersucht, in Zahlen gemessen und dann grafisch dargestellt. Die einflussreichsten Zahlen für den deutschen Diskurs liefert hierzu die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (vgl. hierzu auch Kapitel 8).¹⁷⁶ Doch auch einige qualitative Studien befassen sich mit den Bedingungen von Zustimmung, Ablehnung oder genereller Haltung zur Organspende in der Bevölkerung:

2001 erforscht die Psychologin Margareta Sanner vor dem Hintergrund des schwedischen Transplantationssystems potenzielle Spender*innen und deren Einstellung zur Organspende mit dem Ziel, die Gründe für Zustimmung und Ablehnung von Organspenden besser zu verstehen. Diese Frage untersucht sie im Zusammenhang mit Körperkonzepten und Identität und stößt dabei auf mechanistische Konzeptualisierungen des Körpers (Körper als Maschine oder Ansammlung von Ersatzteilen). Sanner spricht von Kommerzialisierung und kritisiert, dass die Praxis der Transplantation eine mechanistische Sicht auf den Körper aktiv fördert. Einem solchen Körperbild steht ein Verständnis von Ganzheitlichkeit gegenüber, das auch die einzelnen Teile des Körpers als Teil eines umfassenden Ganzen versteht.¹⁷⁷ Die Vorstellung, das transplantierte Organ würde – über die reine Funktion des Organs hinaus – Einfluss auf die Persönlichkeit von Empfänger*innen nehmen können, wird, so findet Sanner heraus, in Gesprächen mit Empfänger*innen ausgeklammert. Sie fordert, dass eben diese ganzheitliche Sicht auf den Körper stärker auch wieder Einzug in das medizinische Verständnis des Körpers finden sollte. Auch in einer späteren Studie von 2006 geht es darum, ein tieferes Verständnis für unterschiedliche Haltungen zur Organspende explizit auch dafür einzusetzen, um die Kommunikation mit potenziellen Spender*innen zu verbessern,¹⁷⁸ denn die mangelnde Akzeptanz der Bevölkerung identifiziert Sanner als einen der wichtigsten Faktoren, die den Fortgang des Transplantationsprojekts hemmt.¹⁷⁹ Ähnlich wie bei Feuerstein (1995) sind Spender*innen in der Analyse von Sanner vor allem als eine Art Umweltfaktor konzipiert, den es aus Sicht ›des Systems‹ zu verstehen und anzupassen gilt.

Laura Siminoff, Christopher Burant und Stuart Youngner (2004) setzen ebenfalls bei der öffentlichen Wahrnehmung der Organspende in den USA an, fragen dabei jedoch nicht nach Körperlichkeit und Identität, sondern nach dem öffentlichen Verständnis der rechtlichen Einbettung. Obgleich das Hirntodkriterium und die Dead-Donor-Rule (also die Regelung, dass kein Mensch durch eine Entnahme lebenswichtiger Organe getötet werden darf) in der klinischen und rechtlichen Praxis bereits fest verankert sind, sei, so

176 Vgl. Zimmering und Hammes 2023 sowie DSO: <https://dso.de/organspende/statistiken-berichte/organspende>

177 Vgl. Sanner 2001: 1497.

178 Vgl. Sanner 2006: 134.

179 Vgl. ebd.: 141.

die Autor*innen, wenig bekannt über die Einstellung(en) hierzu innerhalb der Bevölkerung. Aus einer breit angelegten Telefonbefragung geht hervor, dass viele der Antworten nicht gut über diese Konzepte informiert waren, woraus die Autor*innen ableiten, dass mehr sachliche Aufklärung auch zu höheren Spender*innenzahlen führen müsste.¹⁸⁰ Auch in einer früheren Studie kommt Siminoff gemeinsam mit Kata Chillag (1999) zu ähnlichen Schlüssen: Die Erklärung für geringe Spendenraten liege in den starken Differenzen zwischen professionellen Todeskonzepten und solchen, die im Alltag potenzieller Spender*innen etabliert sind. Auch die Rahmung des Vorgangs als Geschenk (*gift of life*) Sorge für Unklarheiten und lege eine Reziprozität nahe, die in der Praxis nicht einzuhalten sei. Familien, so stellen sie fest, spendeten nicht aus altruistischen Gründen, sondern vielmehr aus dem Wunsch heraus, ein geliebter Mensch möge weiterleben.¹⁸¹ Gründe für eine Ablehnung von Organspenden finden die Autor*innen vor allem dort, wo der Hirntod nicht als Todeskriterium anerkannt wird sowie in Ängsten vor schlechterer medizinischer Behandlung oder einem würdelosen Umgang mit dem toten Körper. Gerade in den USA sei die Bindung an den toten Körper groß: Beerdigungen fänden häufig am offenen Sarg statt und selten käme es zu Einäscherungen. Diese Art des Umgangs mit Verstorbenen kollidiert mit den pragmatischen Vorgaben der Organspende.¹⁸²

Die oben bereits erwähnte Studie von Mary Anne Lauri (2009) erforscht die Haltungen potenzieller Spender*innen mit dem Ziel, Hilfestellung für eine Organspendekampagne auf Malta zu leisten, die mit möglichst geringem Widerstand in der Bevölkerung eine Opt-out-Lösung in den politischen Ring werfen soll.¹⁸³ Fokusgruppen mit Bewohner*innen unterschiedlicher Regionen Malts sollen Aufschluss darüber bringen, unter welchen Bedingungen und mit welchen Begründungen ein solcher Gesetzesvorschlag auf Ablehnung stoßen könnte und wie dem (offenbar erwarteten) Gegenwind adäquat begegnet werden könnte. Lauri geht davon aus, mit entsprechend gestalteten Kampagnen Einfluss auf die Haltungen innerhalb der Bevölkerung verändern zu können:

»Changing the attitudes of people towards organ donation through public communication campaigns helps to increase the number of people who are willing to donate their organs [...]. But changing attitudes on such a complex issue as organ donation requires that the change agents understand the deeply rooted views held by the general public«¹⁸⁴.

Explizit geht es also nicht nur um ein tieferes Verständnis für Lebenswelten und kulturell oder religiös geprägte Vorbehalte, sondern auch um die Ableitung einer entsprechenden Kommunikationsstrategie, die mit den mit Organspende verbundenen Metaphern und sozialen Repräsentationen in Einklang steht und die Tatsache nutzt, dass es innerhalb der herausgearbeiteten Vorstellungswelten immer auch einen Kern von Personen gibt, die ein Opt-out-System befürworten. Auch eine nationale Umfrage habe, so Lauri

180 Vgl. Siminoff et al. 2004.

181 Vgl. Siminoff und Chillag 1999: 40.

182 Vgl. ebd.: 41.

183 Die Widerspruchslösung wurde auf Malta inzwischen eingeführt. Vgl. Legiżlazzjoni Malta: <https://legislation.mt/eli/cap/558>.

184 Lauri 2009: 663.

ergeben, dass die Einstellungen gegenüber Organspende im Allgemeinen überwiegend positiv sei, die Einstellungen zur Einführung einer Widerspruchslösung jedoch eher gemischt ausfielen.¹⁸⁵ Letztlich sollte die Kampagne Botschaften generieren, die an positive Einstellungen aus allen identifizierten metaphorischen Welten der Organspende anknüpfungsfähig sind, um den Widerstand gegen die Einführung einer Widerspruchslösung zu minimieren: »the campaign should not try to push hard for the opt-out system«.¹⁸⁶ Während vorherige Studien vor allem auf der Frage abstellen, ob das Konzept des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls verstanden und akzeptiert wird und in der Folge mehr Aufklärung gefordert wird, finden wir in Lauris Studie explizit das Ziel, die Einstellung der (maltesischen) Bevölkerung zur Einführung einer Widerspruchslösung zu beeinflussen und damit mehr Spender*innen zu generieren. Obgleich wir in Lauris Veröffentlichung nicht erfahren, ob und in wessen Auftrag die Studie durchgeführt wurde, legt sie doch nahe, dass die Erhöhung von Spender*innenzahlen auch ein relevantes Legitimationsmoment für qualitative Forschungen über potenzielle Spender*innen darstellen kann.¹⁸⁷

Dieses Moment greift, wenn auch mit anderer Stoßrichtung, das Forschungsprojekt von Frank Adloff und Silke Schicktanz auf, an das auch die hier vorliegende Dissertation angeschlossen war.¹⁸⁸ Vor dem Hintergrund, dass die Transplantationsmedizin auf Rückhalt innerhalb der Bevölkerung angewiesen ist, hat sich dieses Projekt vorrangig auf die Frage fokussiert, wie ein Nein innerhalb eines normativ geprägten Diskurses möglich ist. Das DFG-geförderte Projekt näherte sich dieser Frage aus zwei Perspektiven: Zum einen ging es darum, welche Positionen der Ablehnung, des Zweifels, der Skepsis oder Ambivalenz von potenziellen Spender*innen eingenommen werden, zum anderen darum, mit welchen Entscheidungsaufforderungen diese im Alltag konfrontiert sind, wie sie damit umgehen und inwieweit überhaupt Formulierungen für eine Ablehnung angeboten werden. Das Spannungsfeld zwischen öffentlichem Diskurs und individueller Entscheidung wurde im soziologischen Teilprojekt in Fokusgruppen (Gruppendiskussionen) und Einzelinterviews ausgelotet (vgl. auch Kapitel 4). Im medizinethischen Teilprojekt wurden Kampagnen der letzten 20 Jahre untersucht mit Blick auf moralische aufgeladene Deutungen ausgewertet.

Als Ergebnis des soziologischen Teilprojekts zeigen Adloff und Pfaller 2017, dass eine angemessene Sprache zur Formulierung eines Unbehagens gegenüber Organspende oftmals fehlt:

»There are many people who feel uneasy about this, without, however, being able to precisely articulate what the source of their discomfort is. They find it difficult to translate this feeling into intersubjectively comprehensible arguments and are thus

185 Vgl. ebd.: 663f.

186 Ebd.: 664.

187 Anmerkung: Im Verlauf der Forschung wurde mir häufig die Frage gestellt, ob es in meiner Arbeit darum ginge, für mehr Organspender*innen zu sorgen (hierzu mehr in Kapitel 4.2).

188 Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) – Projektnummer 252341816, Laufzeit: 2014–2020. Projektleitung: Prof. Dr. Frank Adloff und Prof. Dr. Silke Schicktanz.

unable to convey their misgivings about the dominant discourse into a determined critique.«¹⁸⁹

Das hängt zum einen damit zusammen, dass es an angemessenen ethischen Argumentationsmöglichkeiten fehlt; zum anderen wird das Unbehagen mit der Organspende im medizinischen Diskurs meist in den Bereich der privaten Idiosynkrasie verwiesen.¹⁹⁰ Im Zuge der Analyse wurden vier Typen der Organspende-Kritik herausgearbeitet.¹⁹¹

- 1) *Information deficit*: Wegen fehlender verlässlicher Informationen findet hier die Verweigerung einer wie auch immer gearteten Entscheidung (also für oder gegen Organspende) statt. Verkürzte Slogans und der Eindruck einseitiger Werbung leisten hier ebenfalls einen Beitrag. Angesichts einer als unsicher wahrgenommenen Informationslage scheint das ›Nein‹ zur Organspende für die Teilnehmer*innen oft die sicherere Variante.¹⁹²
- 2) *Mistrust*: Hier werden Misstrauen in das Transplantationssystem und seine Akteur*innen ins Feld geführt, zum Beispiel die Angst, nicht ausreichend medizinisch versorgt zu werden, wenn ein Organspendeausweis vorliegt. Wie auch in der ersten Kategorie wird das Transplantieren von Organen hier nicht generell abgelehnt. Das Sample des Projektes zeigt, dass auch Menschen, die dem Transplantations- oder Gesundheitssystem misstrauisch gegenüberstehen, Gründe haben können, sich doch für ein ›Ja‹ zu entscheiden (zum Beispiel, wenn der Fokus stärker auf dem Motiv der Hilfeleistung liegt).¹⁹³
- 3) *No-killing*: Aus dieser Position wird Organspende mit moralischer Entrüstung abgelehnt. Dreh- und Angelpunkt ist hier eine Nicht-Akzeptanz des Hirntods als Todeskriterium und in der Folge die Annahme, Organspender*innen würden durch die Entnahme von Organen getötet. Der vorgebrachte Einwand richtet sich hier ebenfalls nicht *per se* gegen die Möglichkeit, kranke Menschen mit menschlichem Körpermaterial zu therapieren, sondern lediglich gegen die Rekrutierung hirntoter Patient*innen.¹⁹⁴
- 4) *Bodily integrity*: Für die Befürworter*innen der körperlichen Unversehrtheit stellt das ›Nein‹ zur Organspende eher eine Art Unbehagen und schwer definierbaren Vorbehalt dar als eine ausdrückliche und klar argumentierte Entscheidung. In dieser Wahrnehmung sind Person und Körper untrennbar miteinander verbunden; der pragmatische Umgang mit den einzelnen Teilen des Körpers wird als dehumanisierend wahrgenommen und unter starker emotionaler und moralischer Aufladung abgelehnt. Zugleich scheint gerade diese Position schwer zu formulieren: Teilnehmer*innen sprechen von Intuitionen und Bauchgefühl, doch macht die Tatsache, dass das Unbehagen schwer zu erklären ist, es für sie nicht weniger valide.¹⁹⁵ Mo-

189 Adloff und Pfaller 2017: 24f.

190 Vgl. ebd.: 25.

191 Vgl. Pfaller et al. 2018: 1334.

192 Vgl. ebd.: 1334f.

193 Vgl. ebd.: 1335f.

194 Vgl. ebd.: 1336f.

195 Vgl. ebd.: 1338f.

ralische Anrufungen (zum Beispiel in öffentlichen Kampagnen), die Organspende als uneingeschränkt gute Tat darstellen, verursachen moralische Dilemmata: »Here, the participants struggle since they cannot satisfy the standards of a worthy person sharing the values of the community«. ¹⁹⁶

Weder für den Wunsch nach körperlicher Integrität noch die Ablehnung des Hirntod-Kriteriums (die sich nicht selten aus prägenden familiären Verlusterfahrungen speist) scheint eine Gesundheitskommunikation, die medizinische Daten und Abläufe in moralische Aufforderungen übersetzt, auf fruchtbaren Boden zu fallen (vgl. hierzu auch Kapitel 5 und 7). Mit Blick auf die Projektergebnisse sind potenzielle Spender*innen also auch Personen, deren »Nein« als gültige Haltung anerkannt werden muss und denen nicht nur die Möglichkeit gegeben werden sollte, Informationen über Abläufe einzuholen, sondern auch, ihre (möglicherweise ablehnende) Positionen zu artikulieren. Angemessene Deutungsangebote für eine Ablehnung zur Organspende sind in der öffentlichen Debatte – auch wenn zunehmend betont wird, es käme vor allem darauf an, überhaupt eine Entscheidung zu treffen – jedoch kaum zu finden. Die Ergebnisse des Projektes leisten somit einen wichtigen Beitrag, nicht nur für eine kritische Auseinandersetzung mit den Instrumenten öffentlicher Gesundheitskommunikation, sondern auch für eine Konzeption potenzieller Spender*innen, die diese als Kritiker*innen oder Skeptiker*innen ernst nimmt, statt Versuche der Umerziehung zu unternehmen. Der Blick auf potenzielle Spender*innen in Zusammenhang mit ihrer Entscheidungsmündigkeit hat damit oft auch eine politische Dimension, denn als Mitglieder einer demokratischen Gesellschaft bilden sie nicht zuletzt die Basis für Veränderungen wie die Einführung einer Widerspruchslösung. Die Ergebnisse des Projektes stellen auf dieser Ebene also auch die Frage nach den Möglichkeiten, Pluralismus in den Haltungen zur Organspende auszuhalten, was für das Transplantationssystem bis heute eine der größten Herausforderungen darstellt.

2.4 Fragestellung

Eine zentrale Forschungslücke ergibt sich aus der Tatsache, dass potenzielle Spender*innen in der sozialwissenschaftlichen Forschung häufig entweder als bloße Variable in quantitativen Erhebungen oder als zu überwindendes Hindernis in der Transplantationsmedizin betrachtet werden. Ihre Perspektiven, Entscheidungsprozesse und Ambivalenzen bleiben dabei oft unberücksichtigt. Zudem wird Organspende meist als klinischer Vorgang verstanden, ohne ihre Einbettung in gesellschaftliche und alltägliche Praktiken zu reflektieren. Potenzielle Spender*innen – also potenziell »alle« – sind als Forschungsfeld zudem schwer einzugrenzen. Vielleicht auch deshalb kommen sie in der sozialwissenschaftlichen Forschung häufig entweder gar nicht vor oder gelten als eine Art Hinderungsfaktor, den es zu verstehen und möglichst auch im Sinne der Transplantationsmedizin zu verändern gilt. Auch im fiktionalen und dokumentarischen Bereich, der nicht zuletzt die öffentliche Wahrnehmung prägt, ist Transplantationsmedizin

196 Ebd.: 1339.

meist eine Geschichte, die ohne Spender*innen erzählt wird.¹⁹⁷ Der Organspendeausweis fungiert dabei als materielles Objekt, das in öffentlichen Debatten als Symbol für Zustimmung oder Ablehnung dient, dessen soziale und kulturelle Bedeutung jedoch selten hinterfragt wird. Diese Arbeit setzt an diesen Leerstellen an, indem sie Organspende als gesellschaftliche Praxis außerhalb medizinischer Räume betrachtet und die Rolle materieller Objekte in Entscheidungsprozessen untersucht. Durch eine praxeografische Annäherung an die Erfahrungswelten potenzieller Spenderinnen wird so eine neue Perspektive eröffnet, die nicht nur bestehende Dichotomien aufbricht, sondern auch die Verflechtungen von Medizin, Kultur und Alltag in den Blick nimmt.

In Untersuchungen zu potenziellen Spender*innen werden befragte Personen zudem meist als Befürworter*innen oder Gegner*innen in klaren Kategorien getrennt und das ›Haben‹ oder ›Nicht-Haben‹ eines Organspendeausweises meist ganz selbstverständlich als Artikulationsmöglichkeit angenommen. In dieser Vereinfachung gäbe es folglich Menschen mit Ausweis, die Organspende befürworten und sich dafür entschieden haben, ihre Organe nach ihrem Tod freizugeben und Menschen ohne Ausweis, deren Ablehnung es noch beizukommen gilt. Das empirische Material dieses Projektes zeigt, dass gerade diese kategorischen Grenzen oftmals nicht so klar zu setzen sind: Ambivalenzen finden sich auch bei jenen, die Organspende klar befürworten und generelle Zustimmung oder altruistische Motive auch bei jenen, die sich bisher gegen eine Zustimmung entschieden haben.

Um einen tieferen Einblick in die Welt(en) potenzieller Spender*innen zu erhalten, werde ich im Folgenden Organspende als gesellschaftliche Praxis in den Blick nehmen, wie sie vorrangig außerhalb professioneller Settings wie Krankenhäusern oder Transplantationszentren stattfindet. Dort nämlich, wo im engeren Sinne keine Organe oder andere Körperteile ›kursieren‹, sondern Personen Entscheidungen treffen und artikulieren und als Entscheider*innen adressiert werden, wo vorrangig Bilder, Dinge und Geschichten produziert und weitergegeben werden, erweist Organspende sich als komplexe soziomaterielle Praxis, die an verschiedene kulturelle Erfahrungsdimensionen anknüpft. Sie lässt sich nicht, wie vielleicht die Vorgänge einer Organentnahme oder die Nachsorge mit und an transplantierten Patient*innen an bestimmten Orten und in einem festen zeitlichen Rahmen beobachten. Vielmehr gilt es, verzweigten Spuren zu folgen und auch die materiellen Bestandteile der Praxis ernst zu nehmen.

Die Arbeit folgt deshalb einer doppelten Fragestellung, die sowohl inhaltlich als auch theoretisch und methodologisch zu verorten ist:

- a) Werde ich der Frage nachgehen, wie Organspende als gesellschaftliche Praxis außerhalb von Operationssälen funktioniert und welche Rolle das in Deutschland im Zusammenhang mit Organspende omnipräsente Objekt ›Organspendeausweis‹ als materieller Bestandteil dieser Praxis spielt. Was also bewirkt die medizinische Praxis der Transplantation in unseren Alltagskulturen, wie wird sie damit verwoben, darin eingeeht und in soziale und materielle Praktiken übersetzt?

197 Vgl. z.B. Krüger-Fürhoff 2012. In ihren Auswertungen von Dokumentationen und Transplantationsfiktionen, die meist kurz vor der Operation beginnen (S. 81), finden Organspender*innen so gut wie nicht statt.

- b) Werde ich mich den Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen aus einer praxeografischen Perspektive nähern und da in diesen Erfahrungswelten vor allem der Organspendeausweis immer wieder als Objekt der Praxis erscheint, seiner Spur folgen. Um zu klären, wie einer solchen Objektspur mit Blick auf potenzielle Spender*innen in der ›Organspende‹ gefolgt werden kann, werde ich mich zunächst dem Begriff der Praxis in der Praxeologie und Praxeografie nähern und herausarbeiten, wie Objekte, Artefakte bzw. Alltagsdinge hier konzipiert werden und wie sich diese Konzeptionen auch methodisch einfangen lassen. Im Folgenden werde ich mich vor allem auf Perspektive der *Science and Technology Studies* stützen, um daraus ein Konzept von Objekten in der Praxis zu entwickeln. Eine zweite Fragestellung, der ich am Ende dieser Arbeit noch einmal nachgehen möchte, lautet also: Wie lassen sich Objekte in der Praxis untersuchen und konzeptualisieren?

Die Arbeit widmet sich folglich einer Lücke, die sowohl mit Blick auf den Forschungsstand der sozialwissenschaftlichen Untersuchung von Organspende und Transplantationsmedizin sichtbar wird als auch einer theoretisch-methodologischen Frage, die sich im Zuge der Arbeit am Thema aufgetan hat. Zunächst aber werfen wir einen Blick auf die theoretischen Grundlagen, die wir brauchen, um uns der Organspende als »Praxis mit und ohne Ausweis« sowie der Frage nach Medizinobjekten im Alltag zuzuwenden.