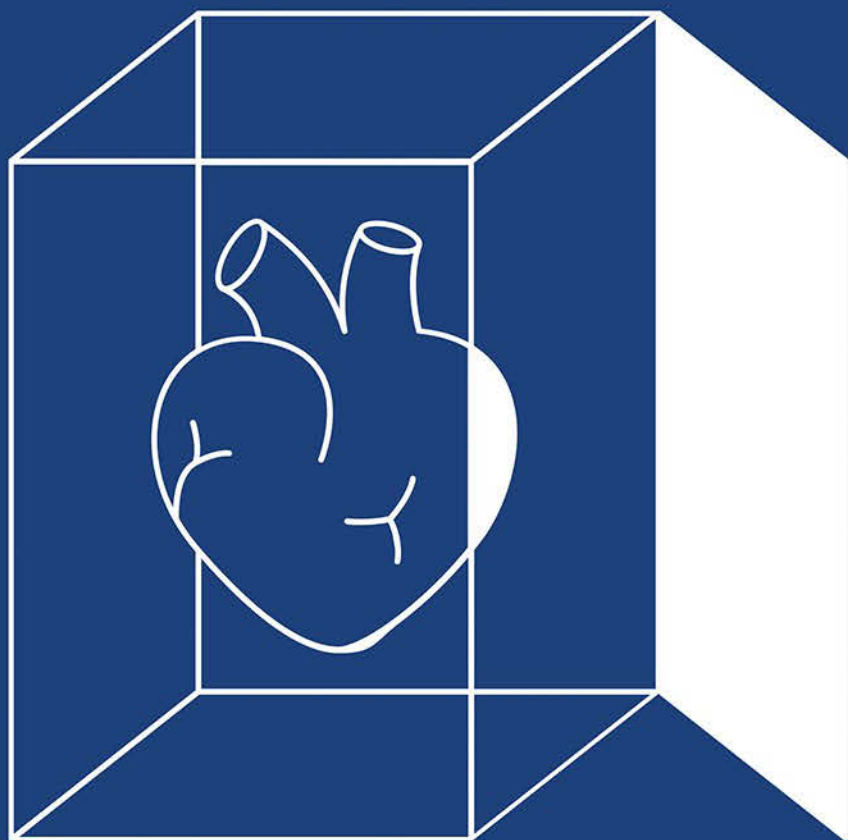




Annerose Böhler

AUF DEN SPUREN DES ORGANSPENDEAUSWEISES

Praxeografie eines Dokuments
und Objekte als materielle Metaphern

[transcript] Kultur und soziale Praxis

Annerose Böhrer
Auf den Spuren des Organspendeausweises

Editorial

Die Reihe **Kultur und soziale Praxis** präsentiert sozial- und kulturwissenschaftliche Studien, die zwischen empirischer Forschung, theoretischer Reflexion/Konzeption und textueller Praxis neue Zugänge zu Kultur und sozialer Praxis entwickeln. Im Rahmen dieses Programms werden soziale Differenzen und identitäre Prozesse auf verschiedenen Ebenen und entlang verschiedener raumzeitlicher Achsen – etwa als (trans-)lokale oder (trans-)nationale Prozesse – untersucht.

Annerose Böhrer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Würzburg. Als Soziologin forscht und publiziert sie zu Objekten, Metaphern und Kulturen der Medizin und experimentiert mit visuellen sowie künstlerischen Formaten. Ihre Forschung verbindet Ansätze aus Soziologie, Medizinanthropologie, Medizinethik und Science and Technology Studies (STS).

Annerose Böhler

Auf den Spuren des Organspendeausweises

Praxeografie eines Dokuments und Objekte als materielle Metaphern

[transcript]

Die diesem Buch zugrunde liegende Arbeit wurde unter dem Titel »Auf den Spuren des Organspendeausweises – Objekte, Praxis und materielle Metaphern« der Philosophischen Fakultät/Fachbereich Soziologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg zur Erlangung des Doktorgrades Dr. phil. vorgelegt von Annerose Böhler aus Nürnberg.

Als Dissertation genehmigt von der Philosophischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Tag der mündlichen Prüfung: 11. Juni 2024
Gutachter/in: Prof. Dr. Frank Adloff
Gutachter/in: Prof. Dr. Renate Liebold

Diese Publikation entstand im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekts »*Ich möchte lieber nicht.*« *Das Unbehagen mit der Organspende und die Praxis der Kritik. Eine soziologische und ethische Analyse*, Projektnummer: 252341816, Laufzeit: 2014-2020. Projektleitung: Prof. Dr. Frank Adloff und Prof. Dr. Silke Schick-tanz.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dn.b.de/> abrufbar.



Dieses Werk ist unter der Creative-Commons-Lizenz BY 4.0 lizenziert. Für die ausformulierten Lizenzbedingungen besuchen Sie bitte die URL <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

2026 © Annerose Böhler

transcript Verlag | Hermannstraße 26 | D-33602 Bielefeld | live@transcript-verlag.de

Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG (Text und Data Mining) zu gewinnen, ist ohne schriftliche Zustimmung der Rechteinhaber*innen untersagt.

Umschlaggestaltung: Lena Schäfferling

Umschlagabbildung: © Susi Vetter

Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen

<https://doi.org/10.14361/9783839437384>

Print-ISBN: 978-3-8376-7943-4 | PDF-ISBN: 978-3-8394-3738-4

Buchreihen-ISSN: 2703-0024 | Buchreihen-eISSN: 2703-0032

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Danksagung	7
Abbildungsverzeichnis	9
Häufig verwendete Abkürzungen	11
Hinweis zur gendersensiblen Sprache	13
1. Einleitung	15
2. Forschungsstand & Forschungsfrage – Organspende in den Sozialwissenschaften	19
2.1 Ethnografien	21
2.2 Sozialwissenschaftliche Studien: Gesellschaft, Kultur, Diskurs	33
2.3 Potenzielle Spender*innen im Fokus der Forschung	51
2.4 Fragestellung	56
3. Theoretische Rahmung: Objekte in der Praxis – eine Spurensuche	59
3.1 Praxeologie und der ›Sonderfall‹ ANT	59
3.2 Praxeografie, Multiplizität, Fluidität	66
3.3 Operationalisierung der theoretischen Rahmung: Vier Erfahrungsdimensionen	76
4. Material und Methoden	81
4.1 Ethnografieren auf der Spur von Objekten	82
4.2 Forschung im verminten Feld: Auf welcher Seite stehst Du?	88
4.3 Die Interviewten	90
4.4 Eine Karte aus Plastik und der Blick auf das Artefakt	102
5. Körperlichkeit & Mortalität: Organspende und der Tod des Menschen	109
5.1 (Körper-)Grenzen: Begriffe und Konzepte	110
5.2 Tod, Sterben und das Ende des Körpers	117
5.3 Das Zerlegen des Körpers	128

5.4 Die Bestandteile des Körpers selbst: Organe und ihr Eigenleben	144
5.5 Reflexionen: Der Organspendeausweis als Memento Mori?	158
6. Kollektiv & Solidarität – Einblicke in die Transplantationsgemeinschaft	163
6.1 Begriffe und Konzepte: Sozialfiguren und Gaben	165
6.2 Sozialfiguren: Vom arabischen Scheich zum Motorradfahrer	172
6.3 Gaben der Organspende	199
6.4 Reflexion: Der Ausweis als Mitgliedskarte?	208
7. Wissen, Glauben, Vermuten: Organspende als Information	213
7.1 Begriffe und Konzepte: epistemische (Un-)Gerechtigkeit und imaginierte Laien	215
7.2 Gesundheitskommunikation und was man über Organspende wissen sollte	223
7.3 Das medizinische Wir	230
7.4 David, Ilona und das Problem des Hirntods	236
7.5 Nun sag', wie hast du's mit der Organspende?	247
7.6 Reflexion: Der Organspendeausweis als <i>informed consent</i> ?	250
8. Dokument & Materialität: Der Organspendeausweis im Erfahrungsraum der Bürokratie	255
8.1 Objekte der Bürokratie: Begriffe und Konzepte	256
8.2 Die materiellen Zeitalter des Organspendeausweises	264
8.3 Der Organspendeausweis als statistisches Datum	271
8.4 Die ›offizielle‹ Wirkung des Organspendeausweises	281
8.5 Kartenspiele	287
8.6 Selbstverortungen	292
8.7 Reflexion: Der Organspendeausweis als Ausweis	294
9. Materielle Metaphern – Eine theoretisch-methodologische Reflexion	297
9.1 Objekte in der Praxis	298
9.2 Metaphern und Objekte	301
9.3 Objekte als materielle Metaphern	304
9.4 Organspende und die Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen	311
10. Zusammenfassung und science-fiktionaler Blick in die Zukunft	315
Literaturverzeichnis	323
TV-Sendungen und (Online-)Videos:	344
Anhang	345
Leitfaden Interviews	364
Demografiebogen (Interviews)	367

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt allen, die ich für dieses Buch befragen durfte, die ihre Geschichten, Ansichten, mitunter auch Ängste und Sorgen und die Bilder in ihrem Kopf mit mir geteilt haben und mir ihr Vertrauen geliehen haben. Jedes Gespräch war ein wichtiger Beitrag, auf den ich nicht hätte verzichten können. Bedanken will ich mich zudem bei meinen Betreuer*innen Frank Adloff und Renate Liebold für ihre Unterstützung sowie Nadine Metzger für die Begleitung durch die Disputation. Außerdem allen Teilnehmer*innen der Erlanger Oberseminare dafür, dass sie immer wieder und unermüdlich mit mir über Organspende(ausweise) diskutiert haben. Zudem will ich mich bedanken bei Mianna Meskus und allen anderen lieben Kolleg*innen aus Helsinki für ihre ermutigenden und hilfreichen Kommentare im »Totemi« und ihre Gastfreundschaft, die Helsinki zeitweise zu einem zweiten Zuhause gemacht hat. Außerdem bei Anja Jensen für ihre Gastfreundschaft in Kopenhagen und die hilfreichen Hinweise. Und wenn wir bei den verschiedenen Schreiborten sind, möchte ich mich auch bei Rosi Zahn bedanken für die vertrauensvolle Überlassung des »Häuslas«.

Besonders bedanken möchte ich mich zudem bei Henrik Eßler, Marie-Kristin Döbler, Alexander Pyrges und Irmgard Steckdaub-Muller – vielen Dank für eure Zeit, eure kritischen Blicke und hilfreichen Anmerkungen! Außerdem bei Larissa Pfaller und Marie-Therese Feist, die mich durch diese Zeit – vom »Stein der Weisen« bis in die Talsohle des Selbstzweifels und wieder hinaus – begleitet haben und allen lieben Freund*innen und Familienmitgliedern, die für mich da waren. Zuletzt will ich Peter Lintl danken, der die ganze Reise durch alle Vertrags-, Wohn- und Lebenssituationen mitgemacht hat – und trotzdem noch da ist.

Widmen möchte ich das Buch meiner Oma, die vielleicht nicht immer genau wusste, was ich da mache, aber immer ziemlich stolz auf mich war.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Übersicht der sensibilisierenden Konzepte	79
Abbildung 2:	Organspendeausweis aus Plastik	103
Abbildung 3:	Sammlung verschiedener Organspendeausweise	104
Abbildung 4:	Ausweise im Vergleich: Arbeitskreis Organspende und DSO	105
Abbildung 5:	Bundesverband Niere am Tag der Organspende in München 2016	149
Abbildung 6:	Mahtimaksa	151
Abbildung 7:	Supersankarimunuaienen	151
Abbildung 8:	Memento Mori-Objekte, Museum für Sepulkraalkultur, Kassel 2017	159
Abbildung 9:	Kollage aus Kampagnenmotiven 2014–2016	160
Abbildung 10:	Tag der Organspende 2017, Give-Aways	172
Abbildung 11:	Wartekampagne 2014, Motiv »Jennifer«	176
Abbildung 12:	Alternativer Organspendeausweis (Ausschnitt)	191
Abbildung 13:	BZgA Kampagne »Das trägt man heute«, Matthias Steiner	193
Abbildung 14:	Kalender 366 Tage Leben, Titelblatt	200
Abbildung 15:	Kalenderblatt 28. Oktober, 366 Tage Leben	200
Abbildung 16:	Grafik »#GeschenkeLeben«	203
Abbildung 17:	KAO-Organspendeausweis	229
Abbildung 18:	Tweet »Berliner Polizei«, 3. November 2022	246
Abbildung 19:	Organspendeausweise im Größen- und Materialvergleich	265
Abbildung 20:	Screenshot eines iPhones	268
Abbildung 21:	Grafik zum Besitz von Organspendeausweisen	272
Abbildung 22:	Life-Time Clock, Tag der Organspende 2016, München	274
Abbildung 23:	Life-Time Clock, Nahaufnahme, Tag der Organspende 2016, München	274
Abbildung 24:	Tortendiagramm »Mögliche Organspender« 2020	276
Abbildung 25:	Grafik »Zustimmung zu Organspende«	277
Abbildung 26:	Grafik »Entscheidung zur Organspende« 2022	278
Abbildung 27:	Organspendeausweis »Herzenswünsche e.V.«, Vorderseite	283
Abbildung 28:	Organspendeausweis »Herzenswünsche« e.V.«, Rückseite	283
Abbildung 29:	Schweizer Organspendeausweis.....	284
Abbildung 30:	Tag der Organspende 2017, Stand DSO	287
Abbildung 31:	Kampagnenmotiv von 2014.....	288

Abbildung 32:	Kalenderblatt 1. Juli, 366 Tage Leben	290
Abbildung 33:	Kalenderblatt 20. Mai, 366 Tage Leben	290
Abbildung 34:	Tag der Organspende 2017, Lastwagen	290
Abbildung 35:	Tag der Organspende 2017, Ausweis-Wand	291
Abbildung 36:	Tag der Organspende 2017, Organspende-Elf	292
Abbildung 37:	BZgA Kampagne 2014, Motiv Markus Lanz	296

Häufig verwendete Abkürzungen

DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
IHA	Irreversibler Hirnfunktionsausfall
NHBD	Non-Heart-Beating Donors
DCD	Donor After Cardiac Death
STS	Science and Technology Studies
ANT	Akteur-Netzwerk-Theorie

Hinweis zur gendersensiblen Sprache

In dieser Arbeit wird, wo immer möglich, eine gendersensible Sprache verwendet. Personenbezeichnungen erscheinen in der Regel in gendergerechter Form, zum Beispiel durch den Gebrauch des Gendersterns (z. B. Spender*innen). Bei dem Begriff »Laien« bzw. dem Fachbegriff »imaginierte Laien« wurde zur Vereinfachung der Lesbarkeit dem Sprachgebrauch der zitierten Autor*innen gefolgt.

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 lebertransplantierter Patient*innen in Deutschland. Empirisch zeichnet Amelang die Geschichten und Praktiken transplantierter 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 Transplantierte 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‹ transplantierter 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

Organpende 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 Organpende 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, Speichelproben 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 Transplantationssystems. 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 Gruselns und Ekeln 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.

3. Theoretische Rahmung: Objekte in der Praxis – eine Spurensuche

»Betrachtet man die Dinge, so stößt man auf
die Menschen.«

(Bruno Latour)

In diesem Kapitel möchte ich über den Praxisbegriff zur Bedeutung von Objekten und Materialität hinführen, die im Zentrum der theoretischen Rahmung stehen. Von besonderem Interesse sind hierfür Ansätze aus den *Science and Technology Studies*, insbesondere von Annemarie Mol. Da Mols Arbeit – wie auch andere ähnliche Ansätze aus den STS – auf einer bewussten Abgrenzung von etablierten sozialwissenschaftlichen Konzepten beruht, werde ich zunächst grundlegende theoretische Überlegungen zu Praxis und Objekt vorstellen, die als Grundlage für das Verständnis ihres Zugangs dienen. Um die Entwicklungen praxeologischer Ansätze und einen daraus abzuleitenden Begriff von »sozialen Praktiken« nachzuvollziehen, werde ich mich exemplarisch vor allem auf die epistemologische Ausarbeitung des Praxiskonzepts und der Praxeologie von Robert Schmidt (2012) stützen. Im Anschluss werde ich zentrale Begriffe und Überlegungen des praxeografischen Zugangs von Mol vorstellen und sie aus Sicht der Praxistheorie beleuchten, um daraus eine theoretische Grundlage zur Analyse von Objekten in der Praxis zu entwickeln. Im Folgenden unternehmen wir also eine kleine Reise vom Begriff der sozialen Praxis über den Sonderfall der Akteur-Netzwerk-Theorie hin zu multiplen Ontologien und fluiden Objekten, die sich – wie ich später vorschlagen möchte – als *materielle Metaphern* begreifen lassen. Das Konzept der materiellen Metaphern wird am Ende dieser Arbeit eine weitere Ausarbeitung und Reflexion erfahren.

3.1 Praxeologie und der ›Sonderfall‹ ANT

In der deutschsprachigen Soziologie wird der Begriff der ›Praxis‹ oft im Zusammenhang mit körpersoziologischen Fragestellungen ins Feld geführt: Was tun Menschen mit Körpern und Dingen und wie wird dadurch Ordnung hergestellt? Wenn ›Praxis‹ dann theoretisch betrachtet wird, sprechen wir meist von Praxistheorie, Praxeologie

oder Praxissoziologie.¹ Diese Begriffe bezeichnen jedoch keinen einheitlichen theoretischen Ansatz, »sondern ein neues und heterogenes Feld familienähnlicher analytischer Ansätze, Erkenntnisstile und theoretischer Vokabulare, das durch unscharfe Grenzen gekennzeichnet ist«² und zudem in verschiedensten Wissenschaftsdisziplinen zum Einsatz kommt. Unterschiedliche Begriffe von Praxis – von Lebensführung zu Weltgestaltung, von In-der-Welt-Sein, Erfahren, Sprachspielen und Regelfolgen – lassen sich bei Autor*innen verschiedener Disziplinen und Epochen von Aristoteles, über Hannah Arendt oder Karl Marx, Martin Heidegger, John Dewey oder Wittgenstein finden und immer wieder neu interpretieren.³ Unter dem Dach der Praxisforschung lassen sich zudem verschiedene als wegweisend geltende theoretische Ansätze aus der Soziologie versammeln,⁴ die auf unterschiedlichen Wegen zu der Erkenntnis kommen bzw. von der Erkenntnis ausgehen, soziale Praktiken würden »das Soziale« hervorbringen oder versuchen, zwischen Strukturalismus und Handlungstheorien zu vermitteln: Darunter Erving Goffmans Interaktionsstudien und Beobachtungen zum »Theater« des Alltags,⁵ Harold Garfinkels Ethnomethodologie,⁶ Norbert Elias' Figurationssoziologie,⁷ Bruno Latours Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT),⁸ Antony Giddens Ansätze zur Strukturierungstheorie⁹ oder Pierre Bourdieus praxeologische Überlegungen.¹⁰ Diesen Ansätzen gemein ist jedoch nicht in erster Linie das Forschungsdesiderat der sozialen Praktiken oder ein einheitlicher Versuch, Praxis zu theoretisieren, sondern vielmehr das Interesse eines sozialwissenschaftlichen Fachdiskurses, der diese verschiedenen Zugänge, die sich im weitesten Sinne mit »Praxis« und Praktiken befassen, zusammenführt, kanonisiert und unter entsprechenden Überschriften als praxistheoretische Ansätze sichtbar macht.¹¹ Eine solche Zusammenführung verschiedener Ansätze und zugleich epistemologische Ausarbeitung des Praxisbegriffs gibt uns 2012 Robert Schmidt an die Hand: Soziale Praktiken sind für ihn vor allem öffentliche Praktiken, die an Umstände, Orte, Kontexte sowie materielle Bedingungen gebunden sind und im Modus des Selbstverständlichen vollzogen werden. Soziale Praktiken sind in diesem Verständnis kollektive Handlungen, bei denen körperliche Performanzen ebenso eine Rolle spielen wie Routinen, praktisches, geteiltes Wissen und Artefakte.¹² Auch die Regelmäßigkeit des Auftretens bestimmter Praktiken ist ein zentrales Element:

1 Vgl. Schmidt 2017: 335.

2 Ebd.: 336.

3 Vgl. Schmidt 2017: 335f. Vgl. u.a. auch Schmidt 2012 und Schatzki 1996.

4 Vgl. Schmidt 2012 und 2017.

5 Goffman 1967 und 1956.

6 Garfinkel 2020.

7 Elias 2006.

8 Latour 2014.

9 Giddens 1995.

10 Bourdieu 1987 und 1976.

11 Vgl. Schmidt 2017: 336; Schatzki et al. 2001.

12 Vgl. Schmidt 2012: 10.

»Die Regelmäßigkeit von Verhaltensweisen, die Geordnetheit sozialen Geschehens und die Strukturiertheit sozialer Beziehungen, alle diese Grundmerkmale des Sozialen werden in und durch soziale Praktiken hervorgebracht.«¹³

Schmidt unterscheidet drei Dimensionen bzw. Trägerschaften von Praktiken: 1) verfügen sie über eine zeitliche, 2) über eine körperliche und 3) über eine materielle Dimension.¹⁴ Letztere ist für die Erkundung der Organspende als ›Praxis mit Organspendeausweis‹ von besonderem Interesse, um nachzuvollziehen, wie Objekte als Teil von Praktiken unterschiedlich theoretisch konzipiert werden können und auch, um (obgleich beide nicht explizit aufeinander verweisen) zu verstehen, auf welcher Basis das wissenschaftliche Programm von Mol steht bzw. wovon es sie abzugrenzen versucht.

In der Soziologie, so fasst Schmidt zusammen, liege das Augenmerk traditionell auf menschlichen Akteur*innen, während Dinge und Techniken als dem Menschen äußerliche Instrumente, Objekte des Zugriffs oder Hilfsmittel bei der Durchführung von Handlungen gelten. Ein praxistheoretischer Zugang eröffne die Möglichkeit, neben Zeitstrukturen und Körperaspekten auch Artefakte im Geschehen mitzudenken.¹⁵ Wenn Schmidt also vor dem Hintergrund des von ihm gewählten soziologischen Literaturkanons von ›Materialität‹ spricht und diese analytisch von Körperlichkeit und Zeitlichkeit trennt, meint er alle dem (menschlichen) Körper äußerlichen, nicht als ›menschlich‹ klassifizierten Dinge.

Artefakte sind in seiner Lesart die »zentrale Verankerung« für »die Regelmäßigkeit des sozialen Lebens«¹⁶ und werden damit zunächst als statische, materielle Träger dynamischer Prozesse begriffen. Welche Rolle ihnen im Zuge einer praxeologischen Analyse tatsächlich zukomme und welche *agency* ihnen zugesprochen wird, kann jedoch variieren: Artefakte bzw. nicht-menschliche Akteur*innen werden in unterschiedlichem Maße als ›am Geschehen beteiligt‹ in Betracht gezogen. Dies reicht von der Annahme, sie könnten das Geschehen beeinflussen, bis hin zur Möglichkeit einer aktiven Teilnahme, wie sie die Akteur-Netzwerk-Theorie vorsieht.¹⁷ Wenn Robert Schmidt aus einer Perspektive der deutschsprachigen Praxissoziologie über die ANT reflektiert, ist diese für ihn ein Sonderfall im Kosmos praxistheoretischer Zugänge. Der Mensch, der in den Beobachtungen sozialer Praktiken doch zunächst vordergründig erscheint, soll hier in den Hintergrund treten und nur einer von vielen möglichen Akteur*innen sein.

Bruno Latour, auf den dieser Ansatz zurückgeht, versucht die stabilisierende Funktion von Artefakten in jeglicher Form von sozialem Geschehen, mit Begriffen wie ›Rahmen‹ und ›Netzwerk‹ zu modellieren.¹⁸ Gebäude etwa stellen einen Rahmen bereit und sind für bestimmte Praktiken konstitutiv (beispielsweise ›ins Büro gehen‹). Dabei stellt er nicht nur die Frage nach der Möglichkeit einer theoretischen Konzeption des Mate-

13 Ebd.: 10f.

14 Vgl. ebd.: 51f.

15 Vgl. ebd.: 66f.

16 Ebd.: 63.

17 Vgl. ebd.: 63.

18 Vgl. Latour 2001.

riellen, sondern auch an das theoretische Denken einer objektlos denkenden, soziologischen Zunft *per se*:

»Wie kann man sich einen Postschalter ohne Sprechvorrichtung (»Hygiaphone«), Schranktisch, Tür, Wände oder Stuhl vorstellen? Gestalten diese Dinge nicht im engeren Sinne den Rahmen der Interaktion? Wie kann man eine Tagesbilanz errechnen, ohne die Formulare, die Lieferscheine, die Konten und Bücher; wie kann man an dieser Stelle nicht die Solidität des Papiers sehen, die Dauerhaftigkeit der Tinte, die Prägung der Chipkarten, die Raffinesse der Büroklammern, den Lärm des Stempelns? [...] Sind die Soziologen nicht auf dem Holzweg, wenn sie das Soziale durch das Soziale konstruieren oder ihre Lücken mit dem Symbolischen zukleistern, während doch die Dinge in allen Situationen, deren Sinn sie suchen, omnipräsent sind?«¹⁹

In solchen materiell gerahmten Praktiken – und in ihrem Zusammenspiel – werden Verbindungen für Latour also von Artefakten getragen. Sie verknüpfen Zeit, Ort und lokale Praktiken miteinander und sind deshalb Knotenpunkte im Netzwerk. »Das Soziale erscheint in dieser Perspektive als Assoziation von menschlichen und materiellen Vermittlern. [...] Als Träger und materielle Vermittler können Artefakte zum Beispiel an sie delegierte Handlungsprogramme immer wieder aufs Neue in Praktiken übersetzen.«²⁰ Zum Beispiel kann »langsames Fahren« an Bodenwellen aus Beton an Autofahrer*innen delegiert werden oder das Verschließen der Tür durch eine bestimmte Art von Schlüssel erzwungen werden.²¹ Für diese Übersetzungsprozesse, aber auch für die Möglichkeit ihres Scheiterns,²² interessiert sich Latour und gibt zu bedenken, dass beispielsweise die Bodenwelle nicht nur aus Material (wie Beton) besteht, sondern in ihr zugleich Ingenieur*innen, Gesetzgeber*innen, ebenso wie Kies und Farbe stecken.²³ Er interessiert sich für eine Sphäre des »Dazwischen« und bezieht dabei ein breites Spektrum von Akteur*innen ein: »In dem blinden Fleck, in dem Gesellschaft und Materie ihre Eigenschaften austauschen, findet die Vermittlung, die technische Übersetzung statt, die ich zu verstehen suche.«²⁴

Objekte stehen also nicht einfach für sich und übermitteln im Auftrag ihrer Erschaffer*innen, was sie sollen, sondern sind an verschiedene Träger*innen und Beteiligte gebunden, in Netzwerke verwoben und können vielfältige (auch ungewollte) Effekte verursachen:²⁵ »Ebenso wenig wie wir treue Boten ihrer Kraft sind, übersetzen sie treu unsere Kraft.«²⁶ Sozialität entsteht in dieser Perspektive dann wiederum nicht durch autonomes Handeln von Individuen, sondern im Zusammenspiel von körperlichen (menschlichen) und materiellen (dinglichen) Knotenpunkten.²⁷ Die Akteur-Netzwerk-Theorie er-

19 Ebd.: 13. Hervorhebung im Original.

20 Schmidt 2012: 64f.

21 Vgl. Latour 2012.

22 Vgl. ebd.: 25.

23 Vgl. Schmidt 2012; Latour 2015: 232.

24 Latour 2015: 232.

25 Vgl. Schmidt 2012: 65.

26 Latour 2001: 25.

27 Vgl. Schmidt 2012: 65.

kennt Dingen damit mehr Wirkmacht zu als andere theoretische bzw. praxeologische Konzepte und versteht sie nicht nur als von Menschen genau in deren Sinne geschaffene und eingesetzte Werkzeuge, sondern beteiligt sie am Geschehen.²⁸

»Außer zu »determinieren« und als bloßer »Hintergrund für menschliches Handeln« zu dienen, könnten Dinge vielleicht ermächtigen, ermöglichen, anbieten, ermutigen, erlauben, nahelegen, beeinflussen, verhindern, autorisieren, ausschließen und so fort.«²⁹

Um die Wirkungsformen der Dinge zu beschreiben, macht Latour das ursprünglich aus der Wahrnehmungspsychologie stammende Konzept der *Affordanzen* (*affordances*)³⁰ für sich nutzbar.³¹ Das Konzept beschreibt den Angebotscharakter der Dinge, die ein Lebewesen umgibt,³² die »Qualitäten und Gebrauchsgewährleistungen von Dingen und Artefakten, die ein praktischer Sinn an ihnen zugleich (kognitiv) erkennt und (körperlich-praktisch) realisiert«³³ – zum Beispiel Befahrbarkeit, Begehbarkeit oder Handlichkeit. *Affordanzen* beziehen sich sowohl auf das Lebewesen als auch auf die umgebende und konfrontierende Umwelt,³⁴ sind sowohl »objektiv« als auch »subjektiv«, da sie nicht ausschließlich durch das wahrnehmende Subjekt verliehen werden, jedoch auch nicht unverbunden mit bestimmten kognitiven Fähigkeiten existieren können.³⁵ Auf dieser Basis fußt auch Latours Konzept der *Aktanten*:³⁶ »Soziales Handeln«, so Latour, »wird nicht nur von Aliens weitergetragen, sondern auf verschiedene Akteurstypen verlagert oder delegiert, die fähig sind, das Handeln durch andere Aktionsmodi, andere Typen von Materialien zu transportieren.«³⁷ Entscheidend sei dabei, dass bzw. ob ein bestimmter Gegenstand für die beobachtete Situation und die ausgeführten Handlungen einen Unterschied mache.³⁸

»Wenn Sie mit unbewegtem Gesicht behaupten können, daß es genau dieselbe Tätigkeit ist, einen Nagel mit und ohne Hammer einzuschlagen, Wasser mit und ohne einen Wasserkessel zu kochen, Vorräte aufzubewahren mit und ohne einen Korb, durch die Straßen zu gehen mit und ohne Kleider, ein Fernsehgerät mit und ohne Fernbedienung zu zappen [...] daß also die Einführung dieser prosaischen Geräte »nichts wesentliches« an der Durchführung der Aufgaben ändert, dann sind Sie im Begriff, auf den fernen Planeten des Sozialen auszuwandern und aus dieser niederen Welt zu verschwinden.«³⁹

28 Vgl. Latour 2014: 121.

29 Ebd.: 124. Hervorhebung im Original.

30 Vgl. hierzu auch: Gibson 2015; Gibson 1982; Costall 1995.

31 Vgl. Latour 2014: 124.

32 Vgl. Gibson 2015: 119.

33 Vgl. Schmidt 2012: 66.

34 Vgl. Gibson 2015: 119.

35 Vgl. Schmidt 2012: 66.

36 Vgl. Latour 2014: 123.

37 Latour 2014: 122.

38 Vgl. ebd.: 122f.

39 Ebd.: 123. Hervorhebungen im Original.

Latours Versuch, nicht-menschliche Akteur*innen in das soziologische Denken und Forschen einzubeziehen, sorgte in der Soziologie immer wieder für Kontroversen und wurde häufig so gelesen, wie Latour selbst ihn explizit nicht verstanden wissen wollte: als posthumane Behauptung einer gleichberechtigten Beteiligung von menschlichen und nicht-menschlichen Akteur*innen, die den Menschen aus dem Fokus drängt. So kritisiert auch Schmidt, die ANT würde mit der »Betonung der Handlungsfähigkeit von Dingen und Artefakten« die »für die praxissoziologische Perspektive zentrale Frage nach dem Zusammenspiel und Zusammenwirken verschiedener Träger und Praktikenbestandteile mit ihren je besonderen Mitwirkungen aus dem Blick verlieren«⁴⁰ und sei daher eher als »Grenzfall in der Familie der praxistheoretischen Zugänge«⁴¹ zu betrachten.

Latour hingegen betont, die Akteur-Netzwerk-Theorie sei nicht »die Behauptung irgendeiner absurden »Symmetrie zwischen Menschen und nicht-menschlichen Wesen«.⁴² Dinge als Beteiligte am Handlungsverlauf zu verstehen, bedeute »selbstverständlich nicht, daß diese Beteiligten das Handeln »determinieren«; vielmehr will er verstanden wissen, »daß zwischen voller Kausalität und schierer Inexistenz viele metaphysische Schattierungen existieren können.«⁴³ Im Unterschied zu Schmidt, der eine Praxissoziologie positionieren möchte, die klar zwischen menschlichen und nicht-menschlichen Akteur*innen bzw. Handlungen unterscheidet,⁴⁴ weist Latour eine strikte Trennung des Materiellen vom Sozialen zurück (»Es gibt keinen empirischen Fall, in dem die Existenz zweier kohärenter und homogener Aggregate, beispielsweise Technik »und« Gesellschaft, irgendeinen Sinn machen würde.«).⁴⁵ Latours Interesse an den »Verwicklungen von Menschen und Nicht-Menschen«,⁴⁶ an den Assoziationen und Hybriden prägt nicht nur die (später von anderen Autor*innen kritisierte) Vorstellung des Netzwerks, sondern auch das Interesse an Dingen in der Praxis, das wir in den STS vorfinden.

Von der Praxeologie zur Praxeografie

Neben der Kritik an der Konzeption nicht-menschlicher Akteur*innen und der Netzwerkmetapher gerät immer wieder auch Latours methodischer Zugang in den Fokus der Kritik. So moniert Lindemann das Fehlen jeglicher Verortung seiner Beobachterposition.⁴⁷ Dennoch hat das soziomaterielle Praxisverständnis vielfach auch Weiterentwicklungen erfahren und eine methodologische Lücke (zum Teil) gefüllt – unter anderem in den praxeografischen Studien Annemarie Mols, die ich im Anschluss für diese Arbeit anknüpfungsfähig machen werde. Eine kurze, aber hilfreiche Anmerkung zum Begriff der Praxeografie findet sich bei Schmidt in einer Fußnote:

40 Schmidt 2012: 68.

41 Ebd.: 69.

42 Latour 2014: 131.

43 Ebd.: 124.

44 Vgl. Schmidt 2012: 69.

45 Latour 2007: 131. Hervorhebungen im Original.

46 Latour 2014: 146.

47 Lindemann 2002: 62ff.

»In einer von der Bezeichnung ›Ethnografie‹ abweichenden Akzentuierung soll der Terminus ›Praxeografie‹ zum Ausdruck bringen, dass nicht so sehr ›Ethnien‹ im Sinne von kulturell verfassten und unterschiedenen Teilnehmergruppen, sondern eben soziale Praktiken mit ihren verschiedenen Teilnehmern, Trägern und Infrastrukturen Gegenstand von Beschreibungen sind.«⁴⁸

Das methodische Vorgehen gleicht folglich dem der Ethnografie (vgl. auch Kap. »Material und Methoden« im Anschluss), bezieht dabei jedoch eine größere Bandbreite von Akteur*innen in die Beobachtung und Analyse ein. Was in der Literatur oftmals als *practice turn* bezeichnet wird, lässt sich mit Schmidt an drei Leitlinien charakterisieren:⁴⁹

- 1) *Practice turn* heißt auch *empirical turn*: Handelnde sind daher immer auch als physisch-materielle Entitäten beteiligt am beobachteten Geschehen. Sie wirken auch körperlich zusammen und hinterlassen Spuren durch ihr Handeln.
- 2) Soziale Praktiken sind ein Zusammenspiel (geübter) Körper, Artefakte, natürlicher Dinge, Gegebenheiten, soziomaterieller Infrastrukturen und Rahmungen. Nicht nur der Mensch spielt demnach eine Rolle in der Hervorbringung des Sozialen im Zuge der Praxis.
- 3) *Practice turn* heißt auch *ethnographic* bzw. *praxeographic turn*: Nicht nur Sprechakte oder Texte werden in den Blick genommen, sondern auch nicht-linguistische Bereiche des Sozialen, das heißt »öffentliche, stumme, körperliche Vollzüge, situierte bildhafte Performanzen und Ähnliches«.⁵⁰ Daraus ergibt sich die den praxeologischen Ansätzen gemeinsame methodologische Affinität zu teilnehmender Beobachtung, Beschreibung und ethnografischer Forschung.

Praxisforschung bedeutet auch, statt *der* Gesellschaft als *Ganzes* einzelne Prozesse der Vergemeinschaftung zu beobachten, zu untersuchen und zu interpretieren – und dabei sowohl räumliche, zeitliche, materielle und kontextuelle Verknüpfungen mitzudenken. Es bedeutet außerdem, dass Praxeologie und Praxeografie, Theorie und Empirie nicht klar voneinander zu trennen sind: »Beide Bereiche werden in ihren wechselseitigen Verschränkungen neu veranschlagt.«⁵¹ Das Beschreiben von Beziehungsgeflechten erfordert daher auch intensive und aufmerksame Feldforschung, die ihren Niederschlag im Zuge der Post-ANT-Diskurse in der Praxeografie findet.⁵² Eine solche Form der Theoriebildung aus der Praxis begegnet uns unter anderem bei Annemarie Mol, deren Konzepte und Begriffe im Folgenden vorgestellt werden.

48 Schmidt 2012: 49, Fußnote 71. Hervorhebungen im Original.

49 Ebd.: 13.

50 Ebd.: 14.

51 Ebd.: 31.

52 Sørensen in Beck et al. 327f.

3.2 Praxeografie, Multiplizität, Fluidität

Der Praxisbegriff von Mol unterscheidet sich in einigen Punkten von den »klassischen« soziologischen Positionen, aus denen beispielsweise Schmidt seinen Praxisbegriff entwickelt, aber auch von Latours »neuer Soziologie für eine neue Gesellschaft«. Ein wesentlicher Unterschied liegt in der Rolle nicht-menschlicher Akteur*innen und im Verständnis dessen, was im Vollzug von Praktiken hervorgebracht wird. Im Folgenden werden wir also nachvollziehen, warum Dinge in der Praxis nicht nur verschiedene Identitäten annehmen können, sondern verschiedene Dinge *sind*, den Begriff des *Enactments* kennenlernen und Mols Verständnis von Identität und Performance in den Blick nehmen. Wir werden zudem nachvollziehen, warum sie sich gegen die Vorstellung der Konstruktion von Dingen wehrt, warum sie die Grenzen der Dinge lieber als *fluide* denken möchte und welche Konsequenzen sich daraus für den ontologischen Status ergeben. Zuletzt werden wir statt Netzwerken oder Diskursen, partielle Verbindungen (*partial connections*) kennenlernen, die Mols Vorstellung davon prägen, wie all die unterschiedlichen Begebenheiten, die wir beobachten können, zusammenhängen.

Ontologische Multiplizität statt multiple Perspektiven

In *The Body Multiple* nimmt Mol Feldforschungen in einer Klinik vor und folgt dort der Spur einer bestimmten Krankheit: Der Arteriosklerose. Aus der Beobachtung medizinischer Praktiken und der dort vorgefundenen Körperlichkeit und Materialität entwickelt sie ein Verständnis *ontologischer Multiplizität*. Phänomene wie »Krankheit« oder »Körper« werden also nicht nur aus verschiedenen Perspektiven betrachtet, sondern sind vielmehr multiple Entitäten, die durch soziomaterielle Praktiken hervorgebracht werden.⁵³ In dieser Lesart multiplizieren sich auch Phänomene wie Körper, Krankheit oder Objekte zu Vielheiten, die in verschiedenen Praktiken (bzw. Situationen) je unterschiedlich besprochen, analysiert, diagnostiziert, be- oder verhandelt werden:

Die Arterie beispielsweise muss nicht zwingend eine kleinere Einheit des Patient*innenkörpers sein, mit dem man zuvor als Person vielleicht gescherzt und ein gutes Gespräch geführt hat. Vielmehr wird die Arterie, die behandelt werden muss, auf dem OP-Tisch vielleicht viel »größer« als die Patientin, beeinflusst den Verlauf der Ereignisse unabhängig von einem Wollen dieser Person, um später ggf. wieder »klein« zu werden. Der Körper auf dem OP-Tisch – egal, ob an Arterien oder Organen operiert wird – ist Teil einer anderen praktischen Logik als der Körper, der sich im heimischen Wohnzimmer befindet. Die Realitäten von dem zu untersuchenden oder zu behandelnden Körperinneren umschließen einander nicht, sondern sind vielmehr nebeneinander situiert.⁵⁴ Dass all diese Entitäten nicht vollkommen unverbunden existieren, sei – so Mol – das Ergebnis komplexer Koordinationsprozesse. Ziel des praxeografischen Projekts sei daher sowohl das Einkreisen ontologischer Hervorbringungen von Entitäten als auch ein Verständnis darüber, wie diese zusammenhängen. In diesem von ihr als »empirical phi-

53 Mol 2002: 6f., 35; Sørensen & Schank 2017: 416.

54 Mol 2002: 149.

losophy«⁵⁵ bezeichneten Projekt, verortet sie die Objekte ihrer Untersuchung und deren »Seinsweise(n)«⁵⁶ in den von ihr beobachteten Praktiken, zum Beispiel der Diagnose, Beobachtung, Behandlung und Untersuchung. Diskurse, Narrationen oder Metaphern sind in dieser Lesart ebenfalls Teil bestehender und sich ausformender Praktiken. Doch auch für die zu beobachtenden Arrangements menschlicher und nicht-menschlicher Akteur*innen schlägt Mol einen alternativen Begriff als den der ›Praxis‹ vor: Den Begriff des *Enactments*.

Enactment statt Praxis?

Mit dem Konzept des *Enactment* übernimmt Mol die Annahme der Akteur-Netzwerk-Theorie, dass auch physische bzw. nicht-menschliche Objekte zur Produktion von Phänomenen wie Krankheiten beitragen.⁵⁷ Kurz gesagt: Keine Praxis ist nur sozial, Praktiken sind immer soziomateriell. Der Begriff des *Enactment* ergänzt bei Mol (synonym zum Begriff des ›Tuns‹⁵⁸) den Begriff der Praktiken.⁵⁹ Sie rekurriert zunächst auf Latour und folgt ihm bezüglich der Idee, die Trennung des Natürlichen vom Sozialen aufzuheben, von denen auch die Unterscheidung zwischen Subjekt und Objekt eine Spielart ist: »we have to learn to realize that we live in a world of mixtures«.⁶⁰ Mol bezieht in diesen Gedankengang auch die Prämisse der ANT ein, dass kaum eine Handlung, kaum eine Praxis, ohne Objekt auskommt, geht dabei aber davon aus, dass keine der Seinsweisen über absolute Stabilität verfügt: »we would do better to admit that in our daily lives we are engaged in practices that are thick, fleshy, and warm as well as made out of metal, glass, and numbers – and that are persistently uncertain.«⁶¹ Mit dem Begriff des Enaktierens bzw. Enactments betont Mol also sowohl die materielle Komponente von Praxis, als auch deren Wirkmacht und Prozesshaftigkeit.⁶²

In *The Body Multiple* geht es ihr vorrangig um Wissen, das in tägliche Ereignisse eingebettet ist und weniger um Wissen, das ausschließlich in Worten und Bildern artikuliert wird, die auf Papier gedruckt werden: »I privilege practices over principles and study them ethnographically.«⁶³ Die ethnografische bzw. praxeografische Forschung lokalisiert Wissen folglich vorrangig in Aktivitäten. Objekte (wie zum Beispiel auch der Organspendeausweis) warten in dieser Lesart nicht einfach nur passiv auf ihre Benutzung, vielmehr muss die Frage, was Objekte *sind* auf vielfältige Art beantwortet werden. Mol kritisiert im Zuge dessen eine lang gepflegte Wissenschaftstradition, die Sozialwissenschaften als Wissenschaften rahmt, die Aussagen über Menschen und deren Gesellschaft

55 Ebd.: 1.

56 Sørensen und Schank 2017: 407.

57 Vgl. ebd.: 408f. und 411.

58 Vgl. ebd.: 411, Fußnote 18.

59 Der Praxisbegriff bleibt ein zentrales Element ihrer Analysen und Ausführungen, doch vor allem das zugehörige Verb »enaktieren« (*to enact*), erweist sich als hilfreich, um zu beschreiben, wie Phänomene praktisch hervorgebracht werden.

60 Ebd.: 31.

61 Ebd.: 31.

62 Vgl. Sørensen und Schank 2017: 410.

63 Mol 2002: 32.

ten treffen können, während Naturwissenschaften über die natürliche Welt sprächen. Viele Disziplinen scheinen sich dem zwar zu entziehen, beispielsweise Architektur, Geografie oder Medizin, dennoch scheint sich dieses Wissenschaftsverständnis hartnäckig zu halten.⁶⁴ In diesem Sinne ist *The Body Multiple* auch als wissenschaftspolitisches Programm zu lesen.

Performance statt Identität

Um zu klären, was es mit Identitäten und Unsicherheiten im Zuge von Praktiken auf sich hat, stellt Mol den Bezug zu Goffman und dessen Übernahme der Sprache des Theaters her: ›Sich vorstellen‹ im Alltag hieße weniger, sich selbst vorzustellen, als sich selbst zu *performen*. Identität als Selbstkonzept wird entsprechend nicht ausgedrückt, sondern performiert und inszeniert.⁶⁵ Auch wenn die identitäre Realität hinter dem Akt des Tuns nicht klar exploriert werden könne, so seien die sozialen Konsequenzen der dargestellten Rolle doch sichtbar (bzw. *impressive*). Es sei das Dargestellte, worauf Menschen reagieren, das sozial wirksam wird, weshalb dieses ein wichtiges Objekt soziologischer Studien sei. Die Bühnen-Metapher aufgreifend konstatiert sie, dass es nur Bühnen gebe, die Vorhänge und Umkleieräume seien jedoch verschwunden. Ebenso seien (mit Blick auf Judith Butler) diejenigen, die performieren, handeln oder *enacten* selbst Ergebnisse variabler, situativer Konstruktionen. Wie aber, so fragt sie sich, kann man Praktiken beobachten, wenn es nur noch Bühnen gibt? Wo ist die Beobachter*innen-Position, wenn alles vielmehr einem Dokumentarfilm mit Handkamera zu gleichen scheint?⁶⁶ Die Antwort findet sie zunächst im Konzept der *Multiplizität*, das sie am Beispiel von Gender-Identitäten ausbuchstabiert. Gender zu ›tun‹ (*doing gender*) sei etwas Anderes im Supermarkt als in einem Meeting; nicht die Distanz des Beobachters helfe hier weiter, sondern der Kontrast: »Human subjects can be studied in this way: by investigating their contrasting identities as these are performed in a variety of sites and situations.«⁶⁷

Wie aber vollzieht sich dies mit Objekten, bzw. den nicht-menschlichen oder quasi-menschlichen Akteur*innen? Die Vagina als materieller Bestandteil von ›Weiblichkeit‹ wäre in dieser Sichtweise nicht mehr genug, um eine Frau zur Frau zu machen, vielmehr sei es ein komplexes Gefüge von Handlungen, Verhaltensweisen, Dingen etc. die zum ›Frau-Sein‹ beitragen (können). Identität zu performen ist, wie Mol feststellt, voll von Materialitäten, involviert eine Reihe von Dingen, wie zum Beispiel Kleidung, Schreibtische, Stühle etc. Geschlechtsorgane als materielle Bestandteile von Gender-Identitäten scheinen hier auf den ersten Blick zu verschwinden. Mol argumentiert dagegen, dass dies nur situativ der Fall ist: Der Penis werde auf der Straße nicht gebraucht, um Maskulinität zu performieren, sei in der Gemeinschaftsdusche des Schwimmbades dagegen aber hilfreich.⁶⁸

64 Vgl. ebd.: 31ff.

65 Vgl. ebd.: 34.

66 Vgl. ebd.: 36f.

67 Ebd.: 38.

68 Vgl. ebd.: 38f.

An Judith Butler kritisiert Mol, diese würde die beherrschenden, alltäglichen, zum Teil banalen Akte geschlechtlicher Performanz zwar in ihre theoretischen Überlegungen integrieren, diese aber nicht empirisch untersuchen, wie beispielsweise Hirschauer dies tue: Seine Studien über den transsexuellen Körper zeigen, welche Rolle ›Körper‹ im Prozess der Transformation spielen. Er kann nur bedingt von der Person selbst angepasst werden und benötigt Expert*innen. Der transsexuelle Körper ist Teil der Darstellung von Gender-Identität, er wird umgestaltet, nicht nur von der transsexuellen Person, sondern auch durch medizinisches Personal. Die körperliche Transformation folgt der psychologischen Feststellung, dass Gender-Identität und biologisches Geschlecht nicht übereinstimmen, der Körper wird angepasst. Körper verhindern in diesem Sinne nicht die soziale Performance, sondern sind Teil davon.⁶⁹

Mol schließt daraus: »Performances are not only social, but material as well.«⁷⁰ Den Terminus *Performance* allerdings, ersetzt Mol durch das Verb *enact* bzw. das Konzept des *Enactments*, da der Begriff der Performance für sie nicht nur das Konzept der Bühne, sondern auch ein Konzept der Leistung beinhalte. Mol möchte deshalb den Begriff des ›Enaktierens‹ als unbelasteten Begriff einführen:⁷¹ »In practice, objects are enacted.«⁷²

Enaktieren statt konstruieren

Warum aber spricht Mol nun von ›enaktierten‹ statt von ›konstruierten‹ Dingen?

Mit der Einführung des *Enactment*-Konzepts referiert Mol auf eine Art über Objekte zu sprechen, in denen die Idee der Konstruktion oft eine wichtige Rolle spielt, von der sie sich aber zugleich lösen will. Der Begriff der Konstruktion sollte dabei helfen, eine Sichtweise auf Objekte zu vermitteln, die diesen keine klaren, gegebenen Identitäten zuweist, sondern zeigen, dass auch Ding-Identitäten prozesshaft und durch Menschen entstehen. Während ihrer ›instabilen Kindheit‹, so Mol, werden Objekte, wenn ihre Konstruiertheit hervorgehoben wird, herausgefordert und sind offen für Transformation; sind sie aber ›ausgewachsen‹, ist also ein angenommener Endpunkt ihrer Entwicklung erreicht, werden sie als ›stabil‹ angenommen.⁷³ Von dieser Annahme der Stabilität nimmt sie Abstand.

Einen wichtigen Platz in der Entwicklung dieses Gedankens nehmen die Laborstudien von Woolgar und Latour (1986) ein: Diese haben versucht, sich von der Idee zu lösen, dass Realität bestimmte Merkmale habe und hinterfragen den Naturbezug wissenschaftlicher Aktivitäten. Ihre Suche nach dem Wesen der Dinge seien vielmehr selbst eine Konstruktion dieses ›Wesens‹:

»Scientific activity is not »about nature,« it is a fierce fight to construct reality. The laboratory is the workplace and the set of productive forces, which makes construction possible. Every time a statement stabilises, it is reintroduced into the laboratory (in the guise of a machine, inscription device, skill, routine, prejudice, deduction, programme,

69 Vgl. Mol 2002: 32f.; Hirschauer 1993.

70 Mol 2002: 40.

71 Vgl. ebd.: 41.

72 Ebd.: 41.

73 Vgl. ebd.: 41f.

and so on), and it is used to increase the difference between statements. The cost of challenging the reified statement is impossibly high. Reality is secreted.«⁷⁴

Aussagen über Dinge und wie oder was sie sind, stabilisieren sich vielmehr außerhalb des Labors, in (zum Beispiel in Meetings, Kongressen, Vorträgen) und wenn sie dies tun, werden sie (in Form von Maschinen, Inskriptionen, Fähigkeiten, Routine, Vorurteilen etc.) ins Labor zurückgeführt. Ein auf diese Weise konstruiertes und schließlich stabil gewordenes Objekt nimmt selbst eine stabilisierende, soziale Funktion ein.⁷⁵

Basierend auf diesen Überlegungen stellen Law und Mol (1995) in *Notes on Materiality and Sociality* die Stabilisierungsfunktion infrage:

»When a dominant male baboon looks away, his society collapses. But what of human society? Isn't the answer this? The moment a human turns his – or even her – head and looks away, the world may start to change. Sometimes, perhaps, there are networks. Sometimes, again, there are strategies. Sometimes those strategies brace themselves, one against another, and hold together. But sometimes what we find is partiality. Partial connections. Patchwork. Which means that materialities may shift. Socialities may move. And this may happen even if we concentrate and try to observe their multiple realities. For matter isn't as solid and durable as it sometimes appears. And if it does hold together? Well, this is an astonishing achievement.«⁷⁶

Materie, so stellen die Autor*innen fest, sei nicht so fest und überdauernd, wie sie mitunter erscheine. Wenn sie wirklich die Rolle übernehme, etwas zusammenzuhalten, sei dies eine erstaunliche Leistung. Um diesen Gedanken nachzuvollziehen, benötigen wir zwei weitere Begriffe aus dem Mol'schen STS-Universum: *Fluidität* und *partielle Verbindungen*. Zudem werden wir einen erneuten Blick auf die Ontologien von Dingen werfen müssen.

Fluidität statt Stabilität

Fluidität ist die Beschreibung einer Eigenschaft von Körpern, Dingen und anderen Akteur*innen, die bei Mol und De Laet die zuvor von Latour eingeführte Netzwerkmetapher ablöst.⁷⁷ Den Begriff der *Fluidität* schärfen die Autorinnen in ihrer Studie über die *Zimbabwe Bush Pump*, einer in Simbabwe entwickelten Wasserpumpe. Diese Studie liefert wichtige Gedanken zu den Grenzen von Objekten und legt zugleich den Grundstein für *multiple Ontologien* – nicht nur von Körpern, sondern auch von Dingen. Mol und De Laet verfolgen die Spur eines der Wasserpumpe, erkunden, welche Rolle diese in verschiedenen Zusammenhängen spielt und wie sich neue Konfigurationen in der sozio-

74 Latour und Woolgar 1986: 243. Hervorhebung im Original.

75 Latour beschreibt diese Funktion auch an anderer Stelle, wenn er von Primaten-Kolonien spricht, die im Unterschied zu Menschengesellschaften weitgehend ohne stabilisierende Objekte auskommen. Der Preis dafür wäre, Statusverhandlungen immer wieder neu führen zu müssen (vgl. Latour 2014: 121).

76 Law und Mol 1995: 291.

77 Mol 2002: 142f.; De Laet und Mol 2000: 226.

technischen Landschaft Simbabwe formen. Dabei arbeiten sie ihren Status als Akteurin heraus. Die Grenzen des Objektes erweisen sich als vage und beweglich; auch lässt sich die Frage, ob und wie die Pumpe *funktioniert* nicht eindeutig beantworten: »Instead there are many grades and shades of ›working‹«⁷⁸

Was die Autorinnen als ›fluide‹ beschreiben, ist auch eine Anerkennung von Komplexitäten, der diversen Verstrickungen, in denen wir Objekte in der Praxis wiederfinden. Es geht ihnen nicht um Vereinfachung im Sinne einer Beschreibung des Objekts als ›Symbol für‹ (also beispielsweise einer neuen Wasserpumpe als Symbol für Fortschritt oder humanitäre Hilfe). Die Rahmung des Objektes als Akteur braucht keinen solchen »solid character« und keine »stable identity«,⁷⁹ es gibt in diesem Sinne kein Wesen der Dinge, dem es auf die Spur zu kommen gilt. Akteur*innen wie die Pumpe können fluide sein, ohne ihre *agency* im Geschehen zu verlieren.⁸⁰ Am Beispiel der Wasserpumpe bedeutet Fluidität, also Folgendes:

- a) dass sie Verschiedenes ist bzw. sein kann: ein mechanisches Objekt, ein hydraulisches System, ein Werkzeug, das von einer Gemeinschaft installiert wird, ein Träger von Gesundheitskommunikation und staatenbildender Apparat, ein technischer Gegenstand, aber auch Mittelpunkt von Dorffesten.⁸¹ Sie wird nicht als Artefakt beschrieben, das von sozialer Umwelt umgeben ist, sondern als konstitutiver Teil davon – mit variablen Identitäten.
- b) bedeutet Fluidität hier, dass die Frage, ob sie funktioniert oder nicht, nicht binär zu verstehen ist, also keine Frage von Ja oder Nein ist: »The Pump may work as a water provider and yet not bring health. It may work for extended families but fail as a connecting element in larger communities. It may provide health in the dry seasons but not in the rainy season. It may work for a while and then break down.«⁸² Zudem können Teile der Pumpe durch andere ersetzt werden oder weggelassen; die Pumpe ist anpassungsfähig und inkludiert als Technologie die Möglichkeit ihres Scheiterns.

Die Metapher des Fluiden lässt sich also auf vielfältige Phänomene anwenden, auf abstrakte Konzepte wie ›Krankheit‹, ebenso wie auf Körper oder Artefakte und beschreibt einen alternativen Blick auf Technologien, Praktiken und Wissen:

»Der Fluiditäts-Begriff bietet nicht nur die Möglichkeit Technologie und Wissen neu zu konzipieren, er unterstreicht auch den Versuch der Akteur-Netzwerk Theorie (sic!), Technologien und Wissen nicht substanzphilosophisch zu verstehen, sondern als verteilt und prozessual.«⁸³

Jedes Enaktieren entsteht und ist zusammengesetzt aus einer Vielzahl menschlicher und nicht-menschlicher Akteur*innen und Mikropraktiken, die nicht unähnlich, aber auch

78 De Laet und Mol 2000: 225.

79 Ebd.: 227.

80 Vgl. ebd.: 227.

81 Vgl. ebd.: 252.

82 Ebd.: 252.

83 Sørensen 2012: 334.

nicht gleich sind und sich nicht notwendigerweise entsprechen.⁸⁴ Epistemische und ontologische Ebenen sind im praxeologischen Ansatz nicht klar zu trennen, Zuschreibungen nicht nur als rein epistemisch zu verstehen; vielmehr verlangen sie nach einem ontologischen Status.⁸⁵ Wissen und Dinge werden in Praktiken also gleichermaßen auch hervorgebracht bzw. *enacted*.⁸⁶ Was aber bedeutet dies nun für die Seinsweisen der Dinge?

Ontologien von Dingen

Objekte, so überlegt Mol, müssen dezentralisiert werden; es gehe nicht (nur) darum, ihnen eine Geschichte zu geben, sondern auch eine Gegenwart, in der ihre Identitäten fragil, situiert und lokal sind, sich also von Ort zu Ort unterscheiden können.⁸⁷ Hieraus leitet sie erneut die Notwendigkeit ab, mit ethnografischen Methoden zu arbeiten, zu beobachten und herauszufinden, als *was* Phänomene situativ hervorgebracht werden und welche Bestandteile aus dieser Erkenntnis, sich auf andere Situationen übertragen, sich also in größere Zusammenhänge einbetten lassen.

In diesem methodischen Vorgehen erkennt Mol die Möglichkeit, Materialitäten (*physicalities*) in ihre Studien einzubeziehen und mit der Trennung des menschlichen Subjekts vom natürlichen Objekt zu brechen (»but not in a way such that physics can take over the world, or that genetics is allowed to explain us all«⁸⁸). Menschen und Objekte werden gerahmt als Bestandteile von Ereignissen, die auftreten und inszeniert werden (»plays that are staged«⁸⁹): »If an object is real it is because it is part of a practice. It is a reality enacted.«⁹⁰ Die Seins- und Beziehungsweisen von Objekten, die Teil von *enactments* sind bezeichnet Mol mit dem Begriff »lokale Identitäten« (*local identities*), die es im Zuge der Beobachtung zu identifizieren gilt. Die Sozialwissenschaft, die Mol in *The Body Multiple* erproben und etablieren möchte, erzählt folglich nicht von Menschen und ihren Beziehungen, von Funktionsweisen von Institutionen oder Gesellschaft oder von der Herstellung sozialer Ordnung, sondern, wie sie betont, von Praktiken und Ereignissen. Verglichen werden in ihrem methodischen Vorgehen vor allem Szenen, »snapshots«.⁹¹

»The important roles in these sketches are played by things as well as words, hands as well as eyes, technologies as well as organizational features. Together these heterogeneous features allow me to tell about atherosclerosis. Not about the social causes and the consequences of the disease, nor about the way patients, doctors and whoever is involved perceive it. But about atherosclerosis itself. What it is.«⁹²

84 Mol 2002: 142f.

85 Vgl. Sørensen und Schank 2017: 414f.

86 Vgl. ebd.: 416.

87 Vgl. Mol 2002: 43.

88 Ebd.: 44.

89 Ebd.: 44.

90 Ebd.: 44. Hervorhebung im Original.

91 Vgl. ebd.: 53.

92 Ebd.: 53. Hervorhebung im Original.

Mit dem hier betonten Verb »ist« nähern wir uns schließlich Mols Verständnis von multiplen Ontologien: »The new ›is‹ is one that is situated. [...] To be is to be related.«⁹³ Was sie als Ontologien in der medizinischen Praxis exploriert, ist demnach an Orte und Situationen gebunden, die Arteriosklerose, der sie folgt ist mehr als eine: »there are different atheroscleroses in the hospital but despite the differences between them they are connected. Atherosclerosis enacted is more than one—but less than many.«⁹⁴ Mol möchte ihren Zugang, wie oben bereits angedeutet, unterschieden wissen von einem »perspectivalism«,⁹⁵ der das Beobachtete als verschiedene Perspektiven auf einen Gegenstand, wie beispielsweise eine Krankheit, thematisieren und in diesem Sinne zum Beispiel zwischen professionellen und Laien-Perspektiven unterscheiden würde. Natürlich könne es unterschiedliche Perspektiven geben, doch seien diese nicht explizit das Objekt ihrer Beobachtung.⁹⁶

Sie expliziert dies, indem sie selbst die Metapher der Perspektive – also des Blicks – der Metapher der Berührung gegenüberstellt. Die Metapher der Perspektive, so erläutert sie, rücke das beobachtete Objekt in einen imaginierten Kreis von Beobachtern, die dann aus ihrer jeweiligen Perspektive vor allem betrachten, vielleicht auch hören, das Objekt aber nicht berühren. In dieser Berührungslosigkeit verbliebe es unberührt und damit zugleich stabil: »Intangibly strong«.⁹⁷ Der wichtige Schritt, der nun getan werden müsse, sei neben der sozialwissenschaftlich etablierten Ebene der Bedeutung von Gesagtem, nun die Praktiken, Materialitäten und Ereignisse in den Vordergrund zu stellen:⁹⁸ »If we take this step, ›disease‹ becomes part of what is done in practice.«⁹⁹ Damit erhält ›Krankheit‹ nicht nur den Status von situativer Realität, sondern einen ontologischen, zugleich beweglichen (oder fluiden).

Wenn Mol von multiplen Ontologien spricht und davon ausgeht, dass Körper oder Krankheit an unterschiedlichen Orten und in unterschiedlichen Situationen etwas anderes sind, meint sie damit nicht, dass diese lokalen Seinsweisen unverbunden nebeneinander existieren. Das ›Zusammenhängen‹ sei aber eben immer nur partieller Natur.

Partielle Verbindungen statt Diskurs

Als eine in den Sozialwissenschaften häufig bemühte Möglichkeit, Zusammenhänge zu beschreiben, identifiziert Mol die Vorstellung des Diskurses. Auch das Phänomen der Organspende wurde – wie im vorherigen Kapitel gezeigt – häufig als Diskursfeld untersucht, etwa auf verschiedenen gesellschaftlichen und institutionellen Ebenen. Um den für sie relevanten Stellenwert des Diskursbegriffs zu klären, stellt Mol zunächst auf einem von John Law vorgebrachten Diskursverständnis ab:¹⁰⁰

93 Ebd.: 54. Hervorhebung im Original.

94 Ebd.: 55.

95 Ebd.: 10.

96 Vgl. ebd.: 10f.

97 Ebd.: 12.

98 Vgl. ebd.: 12f.

99 Ebd.: 13.

100 Vgl. ebd.: 68f.

»My proposal is that we take the notion of discourse and cut it down to size. This means: first, we should treat it as a set of patterns that might be imputed to the networks of the social; second, we should look for discourses in the plural, not discourse in the singular; third, we should treat discourses as ordering attempts, not orders; fourth, we should explore how they are performed, embodied and told in different materials; and fifth, we should consider the ways in which they interact, change, or indeed face extinction.«¹⁰¹

Überwindet man das hier kritisierte ›Paradigma des Diskurses‹, gilt es folglich, nach alternativen Beschreibungsmöglichkeiten für die Zusammenhänge verschiedener *Enactments* und ihrer hervorgebrachten Ontologien zu suchen. Mol erläutert im Wesentlichen zwei ›postdiskursive‹ Wege – beide entspringen ihrem Zweifel an der Wirkmacht von Diskursen: diese Zweifel betreffen a) die Kräfte, die Diskurse als Ganzes zusammenhalten sollen, und b) den Umfang von solchen Diskursgebilden.

Ein Versuch, den Zweifel an den allumfassenden, alles zusammenhaltenden Kräften zu überwinden, ist die Metapher des Netzwerks, die statt einer umfassenden Macht viele kleine Kräfte nahelegt, denn das Netzwerk hängt immer nur graduell zusammen. Kräfte oder Assoziationen könnten nicht einfach vorausgesetzt werden, vielmehr muss man sie in der Analyse auch zeigen können. Der Zweifel am Umfang von Diskursen führt Mol von der Beschreibung *einer* Ordnung hin zu vielen, koexistierenden Ordnungen, die interagieren, sich verändern oder mitunter aussterben können. Aus dieser Michel Foucault¹⁰² zugleich folgenden, ihn jedoch auch überwindenden Auseinandersetzung ergeben sich für Mol Fragen, die es zu beantworten gilt: Assoziationen lassen sich vielleicht in einem Netzwerk nachvollziehen, aber was, wenn es mehr als eines gibt? Wie lassen sich die Unterschiede innerhalb und zwischen den Assoziationen beschreiben? Könnten verschiedene Netzwerke auf verschiedene Arten zusammenhängen? Gibt es verschiedene Arten von Assoziationen? Was macht einen Modus der Ordnung zu einem Modus der Ordnung? Welche Begriffe können wir benutzen, um Differenzen zu beschreiben?¹⁰³ Wie also hängt alles, was wir beobachten, zusammen?

Ein Schlüsselwerk, das verschiedene STS-Studien inspiriert hat,¹⁰⁴ ist Marylin Stratherns Konzept partieller Verbindungen (*partial connections*).¹⁰⁵ Strathern (2004) formuliert eine Kritik an essentialistischen Verständnissen von Kultur, die zwar eine Pluralität von Kulturen einräumen, innerhalb dieser Gebilde jedoch Verwandtschaften und Verbindungen zu sehen glauben, die an einen Organismus erinnern und sie damit als in sich geschlossene Einheit denken. Was Strathern hier unter Bezugnahme auf Robert Thornton (1988) formuliert ist zunächst vor allem eine Kritik an den klassischen Methoden und Narrationen der Ethnografie. Die Vorstellung eines großen Ganzen, dessen Teile man in sinnvoller Weise zuordnen könne, bezeichnet Thornton als die »essenzielle Fiktion der Ethnografie«:

101 Law 1994: 95.

102 Foucault 1976.

103 Vgl. Mol 2002: 70f.

104 Vgl. z.B. Law und Mol 2002.

105 Strathern 2004.

»In other words, reference to some ulterior entity is always implicit in holism: we merely choose between the moral imperative of society, the »spirit« of history, the textile-like »text« which is no text in particular, or the »nature« of Man. Like the imaginary »frictionless space« in Newtonian mechanics, these ulterior images of wholes are not directly accessible to either the author's nor his subject's experience. They can only exist in the imaginations of the author, his informants, and his readers. This is the »essential fiction« of the ethnographic text.«¹⁰⁶

Diese Art des Schreibens über Kulturen, Kollektive, Völker – oder wie immer diese in der wissenschaftlichen Rhetorik der jeweiligen Zeit dann jeweils genannt werden – hat, so vermutet Strathern, nicht zuletzt mit der Überforderung der Forscher*innen durch das empirische Material und daher mit dem Versuch zu tun, dieses systematisch zu organisieren. Die Kulturtechnik des wissenschaftlichen Schreibens erfordert ein komplexitätsreduzierendes Vorgehen, das dem Forschungsgegenstand möglicherweise nicht gerecht werden kann. Die Notwendigkeit, im Prozess der Ergebnisdarstellung Überschriften, (Zu)Ordnungen, Reihenfolgen und Verbindungen herzustellen verstellt, so kritisiert Strathern, den Blick auf die Komplexitäten menschlicher und nicht-menschlicher Kollektive und kultureller Gefüge.¹⁰⁷ Mit Strathern entwickelt Mol also die Idee einer Spurensuche, die nur einzelnen Fäden komplexer Netze folgen kann, die niemals in Gänze überblickt werden können – ein Gedanke, der in Grundzügen auch an die Geertz'sche Forderung nach dichten Beschreibungen erinnert.¹⁰⁸ Während Geertz jedoch noch von einem kulturellen Ganzen ausgeht, das nicht vollständig *beschrieben* werden kann,¹⁰⁹ verschwindet die Idee des kulturellen Ganzen (oder des Organismus) bei Mol und Strathern zu Gunsten der partiellen Verbindungen, die erkundet und sichtbar gemacht werden können. In diesem sowohl methodologischen als auch theoretischen Denken, geht es folglich nicht um die Reduktion von Komplexität, sondern vielmehr darum, diese anzuerkennen und ggf. auch Spuren und Verbindungen zu folgen, die sich auch verlieren können.¹¹⁰

»what it is to hang together is turned into an open question. The question of how objects, subjects, situations and events are differentiated into separate elements and how they are coordinated together is opened up for study.«¹¹¹

Wie die Dinge zusammenhängen, wird somit als offene Frage formuliert, die es praxeografisch zu erkunden gilt.

106 Thornton 1988: 289. Hervorhebungen im Original.

107 Strathern 2004: u.a. 116ff.

108 Geertz 1987.

109 Vgl.ebd: 41.

110 Vgl. Strathern 2004: 119.

111 Mol 2002: 83.

3.3 Operationalisierung der theoretischen Rahmung: Vier Erfahrungsdimensionen

In diesem theoretisch-begrifflich und methodisch-konzeptionellen Streifzug von Schmidt bis Mol lässt sich vor allem eine ontologische Verschiebung beobachten: von Praktiken, die Teil von Sozialität sind und Normen, Werte, Hierarchien etc. objektivieren und sichtbarmachen hin zu soziomateriellen Praktiken, die das Soziale erst auf komplexe Weise hervorbringen und daher auch in ihrer Multiplizität untersucht werden müssen. Hinter der Praxis liegen in diesem Verständnis nicht *das* Soziale oder *der* Diskurs, *die* Gesellschaft oder *das* System. Praxis ist in ihren komplexen und multiplen Zusammenhängen das, was wir als Gesellschaft untersuchen. Im Folgenden wird es also nicht etwa darum gehen, den Organspendeausweis als Symbol oder Objektivation¹¹² für die Organspende vorzustellen, sondern vielmehr darum, ihm als fluidem, multiplem Objekt durch verschiedene kulturelle Erfahrungsdimensionen für potenzielle Spender*innen zu folgen, in ihnen lose Enden zu verbinden und damit letztlich auch aufzuzeigen, wie vielschichtig und komplex sich die kulturellen Einbettungsprozesse der Transplantationsmedizin vollziehen. Mit dem praxeografischen Ansatz wird Komplexität nicht reduziert, sondern zugelassen – gerade durch die Betonung von Vielfalt und Mehrdeutigkeit von Praktiken anstelle vereinfachender, kohärenter Erklärungen. Statt also nach einer einzigen Realität zu suchen, kann mit diesem Ansatz betont werden, dass Realitäten durch unterschiedliche Praktiken unterschiedlich und situativ gestaltet werden. So können auch Widersprüche, Unstimmigkeiten und Fragmentierungen erkannt und analysiert werden, wie sie in alltäglichen Praktiken auftauchen. Wir werden also sehen, wie Organspende, mögliche Spender*innen und kursierende Ausweise *Organspende* als gesellschaftliche Praxis formen und zugleich daraus hervorgehen – und wie vielstimmig diese Praxis sich zugleich gestaltet.

Der Ausweis ist materieller Bestandteil dieser Prozesse und macht postmortale Organspende im Alltag erlebbar. Zudem ist er in den verschiedenen Dimensionen der Organspende, die ich noch vorstellen werde, jeweils etwas Anderes. Wenn im Folgenden von dem ›Phänomen Organspende‹ oder ›Kulturen der Organspende‹ gesprochen wird, beschreibt dies also keine in sich geschlossenen Einheiten, sondern lediglich das Praxisfeld, das für diese Studie als Ausgangspunkt der Überlegungen dient. Der Ausweis ist dabei die Spur, der wir auf der Suche nach Zusammenhängen folgen werden. Drei erkenntnistheoretische Grundannahmen begleiten uns im nächsten Schritt zu den vier empirischen Dimensionen der Organspende und sind zentral für die weiteren Überlegungen:

- a) Objekte entfalten sich in der Praxis und werden verschiedenen Situationen unterschiedlich hervorgebracht: Der Organspendeausweis beispielsweise ist als Verfügung im Zusammenhang mit Tod und Sterben etwas anderes als im Deutungszusammenhang von Kollektiv und Solidarität (s.u.).

112 Vgl. Berger und Luckmann 2016: 36–48.

- b) Praktiken bzw. *Enactments* sind soziomateriell, sowohl Dinge als auch einzelne Bestandteile von Körpern sind an ihnen beteiligt und können in einer Situation ›größer‹ werden, in einer anderen in den Hintergrund treten.
- c) Objekte besitzen keine stabile Identität, ihre Grenzen sind fließend. Jeder Kulturtechnik wohnt gleichsam auch die Möglichkeit ihres Scheiterns inne – ein Aspekt, der ebenso aufschlussreich sein kann wie ihr ›Funktionieren‹.

Im Folgenden möchte ich nun die vier kulturellen Erfahrungsdimensionen vorstellen, an denen sich die spätere Analyse des empirischen Materials strukturiert. Was ich hier als ›Dimensionen‹ bezeichne sind Themenkomplexe, die sich aus dem empirischen Material ergeben haben und auf unterschiedliche Erfahrungsbereiche verweisen und in denen das zentrale Objekt »Organspendeausweis« je etwas anderes ist. So berührt das postmortale Spenden von Organen unsere materielle Körperlichkeit in Verbindung mit Tod und Sterben ebenso wie Vorstellungen über ein Transplantationskollektiv und Fragen nach Solidarität; Organspende ist zudem immer wieder Schauplatz von konfligierender Wissens- und Glaubensfragen und knüpft nicht zuletzt auch an Erfahrungen mit Dokumenten, Verträgen und bürokratischen Prozessen an.¹¹³ Innerhalb der vier Erfahrungsdimensionen werden uns verschiedene theoretische Konzepte als *sensitizing concepts*,¹¹⁴ also sensibilisierende Konzepte, begleiten und eine am Ende jedes Kapitels stehende Reflexion stützen. »Whereas definitive concepts provide prescriptions of what to see, sensitizing concepts merely suggest directions along which to look.«¹¹⁵ Diesem Vorschlag von Herbert Blumer (1954) folgend geht es nicht darum, dem empirischen Material definitive Konzepte überzustülpen, sondern darum, Sensibilisierungsinstrumente zu nutzen, um daraus Konzepte von theoretischem Nutzen entstehen zu lassen. Die Auswahl der sensibilisierenden Konzepte für die jeweiligen Kapitel ist das Ergebnis umfassender Literaturrecherchen zu den jeweiligen Themenschwerpunkten. So habe ich für die Reflexionen am Ende der Kapitel Konzepte ausgewählt, die in vorangegangenen Studien zu den jeweiligen Schwerpunkthemen der Kapitel und/oder verwandten Themenfeldern Anwendung gefunden haben. Mit Blick auf Körper, Tod und Sterben kristallisierte sich die Verwendung von Konzepten, die den Umgang mit Grenzen erklären als fruchtbar heraus (vgl. Kap. 5). Dieses erste empirische Kapitel nimmt Aspekte von Materialität und Vergänglichkeit des (Spender*innen)-Körpers in den Blick, die, wenn um Organspende geworben wird, meist wenig Beachtung finden. Organspende ist eine *end-of-life decision* und ruft bei potentiellen Spender*innen die Imagination des eigenen Todes auf den Plan. In dem Kapitel werde ich zeigen, wie die Verlagerung auf den Organspendeausweis eine Schließung abjekter Konfrontationsräume und Einhegung von Grenzüberschreitungen ermöglicht und zugleich auf das kulturkonstituierende Moment eben jener vermeintlich ausgeschlossenen bzw. auszuschließenden Aspekte verweist. Der Organspendeausweis tritt hier nicht nur als eine Art *memento mori*, sondern auch als Verfügung über den Umgang mit dem toten Körper und Erinnerung an seine Zerlegbarkeit hervor.

113 Natürlich finden sich immer wieder Überschneidungen, die durch Querverweise innerhalb der Kapitel gekennzeichnet werden.

114 Vgl. Blumer 1954: 7.

115 Ebd.: 7.

Mit Blick auf den kollektiven Aspekt der Organspende stellte sich die Frage danach, wer Teil dieser Gemeinschaft ist und was diese Gemeinschaft (zumindest im übertragenen Sinn) zusammenhält. Diese Frage ließ sich am besten mit Mosers und Schlechtriemens Konzept der *Sozialfiguren* beleuchten, das das bereits mehrfach auf das Feld der Organspende angewandte Konzept der *Gabe* ergänzen konnte, um die Idee einer vorwiegend abstrakten und vorgestellten Gemeinschaft greifbarer zu machen (vgl. Kap. 6). Dieses zweite empirische Kapitel *Kollektiv und Solidarität* folgt dem Organspendeausweis in die Sphären der Transplantationsgemeinschaft, ihrer Mitglieder und Sozialfiguren. Die Vorstellung eines solchen Kollektivs und seiner Solidaritätsanforderungen reichen weit über den Akt der Übertragung von Organen hinaus in verschiedene politische Sphären hinein. Die machtvolle metaphorische Rahmung des Vorgangs als ›Spende‹ ruft dabei verschiedene interpersonale Beziehungen, von der Familie bis zum Staat auf. Der Organspendeausweis wird in dieser Dimension vor allem in einer symbolischen Funktion relevant, fungiert als Gabe bzw. Verweis auf die Möglichkeit einer Gabe, fordert Gegengaben und wird in eben dieser Eigenschaft immer wieder auch in Frage gestellt. Die vorgestellte Transplantationsgemeinschaft ist jedoch nicht ausschließlich eine Gemeinschaft der Solidarität, die von Gedanken der Nächstenliebe und Hilfeleistung getragen wird, sondern auch ein System des Wettbewerbs und des Wettkampfes, sowohl im europäischen Kontext als auch im Sinne eines Systems, das Karrierewege ermöglicht und Gruppengrenzen konstituiert. Der Organspendeausweis hilft in dieser Dimension dabei, bestimmte Vorstellungen Gruppen und Zugehörigkeiten vorzustellen und fungiert als eine Art Mitgliedskarte.

Der Aspekt des Wissens hingegen brauchte andere Konzepte, um das empirische Material zu strukturieren und besser zu verstehen. Hier ging es vor allem darum, die epistemischen Dimensionen der Organspende zu beleuchten und zu zeigen, wie Wissen und Glaubwürdigkeit verteilt sind und welche Rolle Laien und Expert*innen darin spielen, weshalb sich hier insbesondere Konzepte aus der Medizinethik, Wissenschaftsforschung und Religionssoziologie als hilfreich erwiesen (vgl. Kap. 7). In diesem dritten Teilkapitel wird es also darum gehen, wie das Thema *Wissen, Glauben, Vermuten* innerhalb des Feldes Organspende explizit thematisiert wird und welche Rolle der Organspendeausweis als Ausdruck informierter Zustimmung darin spielt. Zentral für das Kapitel ist die empirische Beobachtung eines sich wiederholenden Narrativs notwendiger Aufklärung des Volkes und entsprechenden Informations- und Überzeugungspraktiken. Potenzielle Spender*innen werden hier als imaginierte Laien konzipiert. Zugleich lassen sich konkurrierende Wissenssysteme beobachten, die sich nicht einfach mit bestimmten Personen oder Vertreter*innen bestimmter Gruppen oder Institutionen gleichsetzen lassen, sondern vielmehr personenübergreifend als Ambivalenzen oder (scheinbare) Widersprüchlichkeiten auftauchen. Wesentlich ist die empirische beobachtbare Aushandlung über ein Konzept im Umgang mit dem Körper, das sich oftmals an Debatten um den Hirntod entzündet und das mit großer Vehemenz in bestimmten Kontexten vertreten, aber auch in Frage gestellt wird.

Im letzten empirischen Kapitel (Kap. 8) geht es vor allem darum, die Kulturtechnik des Ausweises und damit Organspende auch im Kontext von Bürokratie und Staatlichkeit zu verstehen. Thema des vierten und empirischen Kapitels sind daher *Dokument und Materialität*, also die Erfahrungsdimension des Dokuments und wie diese für die

Organspende als sozio-materielle, gesellschaftliche Praxis eine Rolle spielt. Hier finden sich zum einen Hinweise auf alltagskulturelle, bekannte Organisationslogiken von Personaldokumenten, Verträgen und Verfügungen, zum anderen aber auch Wirkmächte, die dem Ausweis zugesprochen werden (wie beispielsweise eine Erhöhung von Spendenzahlen). Die praktische Handhabbarkeit des Objektes, Erfahrungen mit ähnlichen Objekten und die verschiedenen Dimensionen der Organspende verbinden sich hier. Es wird zudem deutlich, wie »die Medizin« als alleiniges Deutungssystem für eine gesellschaftliche Akzeptanz der Organspende nicht ausreichend ist. Zudem zeigt sich, wie der Ausweis und seine prägnante kulturelle Ausdeutung als bürokratische und offizielle Einbettung der Organspende nur bedingt funktionieren und wie ihm als Kulturtechnik sowohl das Potenzial der Ordnung als auch das Potenzial des Scheiterns innewohnen. Der Organspendeausweis wird hier mit dem Konzept der *Gouvernementalität*¹¹⁶ als *Grenzbjekt*¹¹⁷ reflektiert.

Abbildung 1: Übersicht der sensibilisierenden Konzepte



Eigene Grafik, Icons erstellt mit KI auf Basis der Kapitelüberschriften

Dem Organspendeausweis durch diese vier Dimensionen der Organspende zu folgen und ihn als Objekt in der Praxis zu reflektieren, bedeutet nicht nur, Komplexität zuzulassen, sondern eröffnet auch einen kritischen Blick auf die Konzepte der Praxisforschung. Im Anschluss werde ich deshalb anhand des Organspendeausweises zeigen, wie sowohl die Praxeografie zum einen vernachlässigt, dass und wie Objekte in der Praxis auch Bestandteil von Narrationen sind und sich damit nicht nur auf unser Handeln, sondern auch unsere Vorstellungen und Aushandlungsprozesse auswirkt; hierfür wird der Begriff der materiellen Metapher eingeführt. Dieses allgemeinere Konzept über Objekte in Praxis erweist sich als anschlussfähig für zahlreiche weiterführende Forschungen, sowohl im Bereich der STS und Medizinsoziologie als auch außerhalb.

¹¹⁶ Vgl. Engemann 2013.

¹¹⁷ Vgl. Star und Griesemer 1989.

4. Material und Methoden

Die eingeführten Überlegungen zu Praktiken und Objekten stellen nicht nur die theoretische Rahmung dar, sondern begründen auch das methodologische Fundament dieser Arbeit. Auf Basis dieser Überlegungen geht diese Studie davon aus, dass die postmortale Transplantation von Organen aufgrund ihrer Rückbindung an eine Zustimmung der Allgemeinbevölkerung auch eine gesellschaftlich-kulturelle Einbettung erfährt bzw. erfahren muss, um zu ›funktionieren‹. Ein medizin-technisches Potenzial, das von möglichst vielen angenommen, aber von nur wenigen faktisch umgesetzt werden kann, existiert deshalb nicht einfach auf einer abstrakten Ebene potenzieller Möglichkeiten, sondern wird vielmehr in Handlungen, Bildern und Geschichten übersetzt, die sich beobachten und interpretieren lassen.

Eine zentrale Rolle spielt der Organspendeausweis, der die kulturelle Konzeption der Organspende bildlich, sprachlich und physisch prägt und auch im außerklinischen Alltag eine praktische Erfahrbarkeit von ›Organspende‹ ermöglicht: Er beeinflusst auf eine besondere Weise das Sprechen über Organspende (›Ich habe einen Organspendeausweis. Und Du?«), macht mitunter abstrakte und komplexe Vorgänge praktisch handhabbar und übersetzt sie in einfache Alltagshandlungen (zum Beispiel Ausfüllen und Unterschreiben); er kann statt verstorbener Menschen, geöffneter Körper oder entnommener Organe auf Plakaten abgebildet werden sowie Antwortmöglichkeiten auf die Frage nach Organspende und Vorstellungen über Abläufe und Institutionen vorzeichnen.

Um also der Frage nachzugehen, was es heißt, Organspender*in zu sein und davon ausgehend, dass eine Sicht der Betroffenen bzw. Angehörigen hierfür allein nicht ausreichend ist, wurde ein ethnografisches Vorgehen gewählt, das sowohl Interviews als auch teilnehmende Beobachtungen und die Analyse von Artefakten und Dokumenten einschließt. Denn, so der Ausgangspunkt, das faktische Transplantieren von Organen entfaltet im Leben potenzieller Spender*innen meist keine direkte Relevanz. Die Herausforderung besteht also darin, auch das weite Feld kultureller Repräsentationen und Praktiken von Spender*innen zu erkunden, ohne den Überblick, den roten Faden, und vor allem den Kontakt zu den Akteur*innen zu verlieren – sie braucht ein verbindendes Element.

Die Arbeit schlägt daher einen methodisch herausfordernden Weg ein: Ich habe den Ausweis als Ausgangspunkt für eine Ethnografie der Organspende gewählt und folge sei-

nen Spuren durch das Feld. Der Weg führt dabei vom Objekt selbst, das in seiner Materialität ernst genommen wird, zu Spender*innen, Kampagnen, Broschüren und Archiven, durch Presseberichte, ebenso wie individuelle Erfahrungsberichte und auch hin zu »alternativen« Organspendeausweisen.

Der Fokus auf den Ausweis stellt dabei, wie ich auch im Folgenden zeigen möchte, keineswegs eine Verkürzung oder unnötige Beschränkung dar, sondern öffnet den Blick für die komplexen Strukturen des Konstrukts Organspende, in dem sich medizinisch-technologischer Fortschritt, Spiritualität und Transmortalität, Körperpraktiken, moderne Subjektkonstitution, Vorstellungen von Gerechtigkeit und Generativität ebenso verschränken wie Fragen der Politik, Medizin und Ethik. Der Fokus auf den Ausweis als Element, das den meisten Akteur*innen der Organspende bekannt ist, durch seine Einfachheit und Anschlussfähigkeit in allen Facetten der Organspende gespiegelt wird, fungiert als (partiell) verbindendes Element, als *tertium comparationis* und macht in seinen unterschiedlichen Seinsweisen, die Vielschichtigkeit des Phänomens Organspende auf eine andere Art sichtbar, als dies der Vergleich verschiedener Perspektiven der Betroffenheit tun würde.

Die Analyse steht deshalb vor methodischen Herausforderungen, weil sie Ethnografie mit Artefaktanalyse verbindet, in Interviews das Sprechen über den Ausweis genauso als Datenmaterial nutzt wie Beobachtungsprotokolle, Felddokumente und Organspendeausweise. Im Folgenden werde ich also nachzeichnen, was ein Ethnografieren auf der Spur des Objektes für diese Arbeit bedeutet und erläutern, was dies für ein Forschen auf einem teilweise verminten Feld wie der »Organspende« mit sich bringt. Ich werde zudem gesondert den Ausweis als Ausgangspunkt und die Interviewten Spender*innen und Skeptiker*innen in kurzen Fallporträts vorstellen.

4.1 Ethnografieren auf der Spur von Objekten

Viele Arbeiten aus den STS stützen sich auf die bereits im vorangegangenen Kapitel explizierte Forderung nach einer symmetrischen Anthropologie und damit auf den Ansatz, auch nicht-menschlichen Akteur*innen im Feld Beachtung zu schenken: zum Beispiel Michel Callon,¹ wenn er Kammuscheln verfolgt, Bruno Latour, der über den Berliner Schlüssel sinniert² und Forscher*innen durch den Dschungel folgt,³ oder Annemarie Mol und Marianne De Laet,⁴ wenn sie eine Wasserpumpe in Simbabwe beobachten. Objekte werden zwar in den Mittelpunkt gestellt und zum Teil ethnografisch bzw. beobachtend vorgegangen, dabei aber oft wenig Aufschluss über das methodologische Vorgehen mit Blick auf die Objekte oder sonstigen nicht-menschlichen Akteur*innen gegeben. Diese sind dann zwar Teil der einer Art dichten Situationsbeschreibung, inwiefern sie aber auch Teil der Datenerhebung waren bleibt oftmals im Dunkeln.

1 Vgl. Callon 2006.

2 Vgl. Latour 2012.

3 Vgl. Latour 2000.

4 Vgl. De Laet und Mol 2000.

Was heißt es also, auf der Spur eines oder mehrerer Objekte zu ethnografieren, und was bedeutet es konkret für das Vorgehen in dieser Arbeit? Mein eigenes Vorgehen möchte ich im Folgenden anhand der vier zentralen Merkmale des ethnografischen Arbeitens (soziale Praktiken als Forschungsgegenstand, Feldforschung, Methodenopportunismus und die Versprachlichung des Sozialen) beschreiben, die Breidenstein et al. herausgearbeitet haben, und an denen sich auch ein praxeografisches Vorgehen orientieren muss. Breidenstein et al. gehen davon aus, dass beide Begriffe (Ethnografie und Praxeografie) synonym zu verwenden seien.⁵

Soziale Praktiken als Forschungsgegenstand

Den Begriff der Ethnografie übersetzen Breidenstein et al. zwar zunächst mit »Kulturbeschreibung«, betonen jedoch, dass auch in der ethnografischen Forschungstradition das klassische Interesse »für die Beschreibung ganzer Ethnien«⁶ oder etwa ein Kulturbegriff der ganze Gesellschaften umfasst, längst in Kritik geraten und kleinteiligeren Interessensgebieten und Gegenstandsbereichen gewichen seien.⁷ Im Zentrum des ethnografischen bzw. praxeografischen Vorgehens stehen Praktiken und ein wesentliches »Markenzeichen« ist ein perspektivisches Hinein- und Herauszoomen:

»Das Skalierungsniveau der Ethnografie bezieht sich auf den Bereich gelebter und öffentlich praktizierter Sozialität, der gewissermaßen auf halber Strecke zwischen den Mikrophänomenen der Interaktionsanalyse und den Makrophänomenen der Sozialstrukturanalyse komplexer Gesellschaften angesiedelt ist.«⁸

Ethnografisches Forschen bezieht sich folglich auf soziale Praktiken.

Das Empirieverständnis von Breidenstein et al. erlaubt der ethnografischen und praxeografischen Forschung eine Beschäftigung mit verschiedenen Sinnschichten wie etwa Sprache, Diskursen, kognitiven Schemata, situierten Praktiken, Infrastrukturen oder materieller Kultur, um ein tieferes Verständnis für kulturelle Phänomene zu generieren.⁹ Demzufolge stützt sich auch diese Arbeit auf eine Sammlung verschiedener empirischer Materialien, die im Verlauf des Forschungsprozesses gesammelt, gesichtet und systematisiert wurden. Konkret handelt es sich um:

- 21 narrative Interviews: a) 14 Interviews mit Personen, die sich selbst als Organspender*innen klassifizieren, die einem unterstützenden Leitfaden folgten und in denen unter anderem verschiedene Organspendeausweise und Kampagnenmotive als Gesprächsanlass im Laufe des Interviews vorgelegt wurden (dazu mehr unter Punkt 4.4). b) Zudem lagen mir sieben Interviews aus dem Projekt *»Ich möchte lieber nicht«. Das Unbehagen mit der Organspende und die Praxis der Kritik* in transkribierter und anonymisierter Form vor, die der Fragestellung des Projektes folgend mit

5 Vgl. Breidenstein et al. 2015: 31–36.

6 Ebd.: 31.

7 Vgl. ebd.: 31.

8 Ebd.: 32.

9 Vgl. ebd.: 32f.

Organspende eher skeptisch oder unentschieden gegenüberstehenden Personen geführt wurden. Auch hier wurden einem für das Projekt erstellten Leitfaden folgend, Kampagnenmotive, aber keine Organspendeausweise in das Gespräch integriert. Die erhobenen Interviews wurden transkribiert und anonymisiert, ebenso wie die zugehörigen Protokolle zur Interviewsituation und ersten Eindrücken, die für die Interviews mit ›Spender*innen‹ erstellt wurden. Eine Übersicht der wichtigsten demografischen Eckpunkte, die zusätzlich in einem Fragebogen erfasst wurden, findet sich im Anhang. Zitate aus Interviews wurden weitgehend an die gängige Schriftsprache angepasst. Stotterer, Abbrüche im Wort oder Zögerungslaute (wie »äh«, »ähm«) wurden zur besseren Lesbarkeit und aus Respekt vor den Interviewten weitgehend entfernt und geglättet. Lachend gesprochene Worte werden mit @ gekennzeichnet (zum Beispiel: »@@das ist@@lustig«).

- Feldnotizen, Fotos und Tonaufnahmen aus teilnehmender Beobachtung bei unterschiedlichen Veranstaltungen wie dem Tag der Organspende (2016, 2017 und 2020) und drei nationalen sowie einem internationalen Transplantationskongress, aus Hintergrundgesprächen, die ebenfalls im Zuge der Feldforschung entstanden sind, sowie Beobachtungsnotizen aus der Übertragung der Bundestagsdebatte 2020 zur Neuregelung des Transplantationsgesetzes oder ausgewählten Medienereignissen wie der Debatte zu Organspende im Talkformat »Anne Will« (vom 9. September 2018) oder dem Themenabend Organspende des Senders Sat.1, der im Jahr 2016 ausgestrahlt wurde. Zusätzlich wurden punktuell Diskussionen eines Online-Forums für transplantierte und wartende Patient*innen zwischen 2016 und 2021 beobachtet und ausgewertet.¹⁰
- Eine breit angelegte Material- und Dokumentensammlung (verschiedene Organspendeausweise, Broschüren, Werbegeschenke, Informationsmaterial, Veranstaltungsprogramme etc.), die ich im Zuge meiner Feldforschung angelegt habe.
- Zeitungsartikel, Webseiten und Online-Kampagnen zum Thema ›Organspende‹.

Nicht alle empirischen Materialien, die für diese Arbeit gesichtet wurden, die Studie informiert und geholfen haben, einen besseren Einblick in das Feld zu erhalten, werden in dieser Arbeit direkt zitiert. Zur besseren Übersicht findet sich jedoch eine detaillierte Auflistung der wichtigsten Materialien im Anhang.

Feldforschung

Eine weitere Prämisse der ethnografischen und praxeografischen Forschung, an der sich die vorliegende Arbeit orientiert hat, ist die Forschung im ›Feld‹ im Sinne einer Suche nach unmittelbarer Erfahrung, einem persönlichen Aufsuchen von Orten und Situationen,¹¹ aber vor allem auch einer kritischen Reflexion darüber, wie das Feld durch uns selbst als Forschende generiert wird und welchen Standpunkt wir darin einnehmen

10 Um die Anonymität der Gruppenteilnehmer*innen zu gewährleisten, verzichte ich auf die Preisgabe detaillierter Informationen über das Diskussionsforum.

11 Vgl. Breidenstein 2015: 33.

(können):¹² »Wichtig ist, dass Feldforschung als ein gebündeltes System verstanden wird, das mit verschiedenen Techniken und Instrumenten arbeitet und das in jedem Fall vom empirisch forschenden Subjekt geprägt ist.«¹³

Das Forschungsfeld der hier vorliegenden Arbeit war zunächst das weite und mitunter schwer zu überblickende Feld der postmortalen Organspende und wurde begrenzt durch ein kontinuierliches Fragen nach möglichen Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen, der Organspende als gesellschaftlicher Praxis und den Ausweisen als materiellen Fluchtpunkten darin. Wesentlicher Bestandteil des Prozesses war die beständige Verunsicherung¹⁴ auf diesem oft hochgradig dynamisch erscheinenden Feld und die Bewegung weg von der Frage nach dem Objekt ›Ausweis‹, um letztlich immer wieder zu ihm als rotem Faden zurückzukehren, seine verschiedenen Seinsweisen herauszuarbeiten und damit wiederum die Vielschichtigkeit des Phänomens ›Organspende‹ besser zu verstehen. Dies beinhaltete auch, dass sich die im Verlauf des Forschungsprozesses an das Material gestellten Fragen veränderten und konkretisiert werden mussten.

Dem Objekt im Feld zu folgen, hieß in meinem Fall also nicht, ein bestimmtes Objekt ausschließlich kulturhistorisch nachzuzeichnen, seine Produktionswege oder ein bestimmtes Objekt durch eine individuelle Biografie zu begleiten. Es hieß zunächst, das Objekt bzw. die Objektkategorie ›Organspendeausweis‹ überhaupt als Bestandteil von Organspendepraktiken in Betracht zu ziehen, verschiedene Ausweise zu sammeln, zu drehen, zu wenden und sowohl als materielle Gegenstände als auch als beschriftete Dokumente zu analysieren. Es hieß, verschiedene Ausweise zu finden und zu verstehen, dass die Kategorie ›Organspendeausweis‹ weit mehr umfasste als den (aus meiner damaligen Perspektive) ›Standard‹-Ausweis, der mir in Auslagen und als Bild auf Plakatwänden begegnete. Es bedeutete, den Organspendeausweis in seiner Funktion, Spender*innen zu generieren, zu hinterfragen. Es heißt auch, verschiedene Ausweisgeschichten und -situationen von Menschen zu versammeln und zu vergleichen und schließlich auch Menschen mit Ausweisen über Organspende und über verschiedene Ausweise zu befragen, die wir gemeinsam im Interview drehten, wendeten und besprachen. Es hieß zu fragen, was Organspende als Praxis mit Ausweis ist und was sie ohne wäre. So erscheint das Objekt ›Organspendeausweis‹ in verschiedenen Aggregatzuständen immer wieder im empirischen Material:

- In Form materiell vorhandener, greifbarer, kleiner Karten, die ich gesammelt, gefunden, bestellt oder geschenkt bekommen habe – aus Papier, Plastik, Pappe und auch in digitaler Form.
- Als Protagonist*innen von Geschichten, in denen Menschen von ihren Organspendeausweisen erzählen oder Organspendeausweise als Bild und Metapher einsetzen.
- Als Bestandteil von Gesten, mit denen Menschen sich auf Bildern oder Situationen der Begegnung zu Organspende positionierten.
- Als Zahl und statistisches Datum, das abstrakte Zustände wie ›Zustimmung in der Bevölkerung‹ messbar machen soll

12 Vgl. Bischoff 2014: 27ff.

13 Ebd.: 27.

14 Vgl. ebd.: 28.

- Als Dekorationselement und Botschafter der Organspende
- Oder: Als (im Zuge meiner eigenen Feldkonstruktion konstruierte) Leerstelle, die, wenn er abwesend ist, mit anderen Bildern, Gesten und Themen gefüllt werden muss.

Methodenopportunismus

Diese offene Herangehensweise an das ›Objekt in der Praxis‹ generierte ein maximal heterogenes Datenkorpus aus »Datentypen, die sich wechselseitig kommentieren und ergänzen können«¹⁵ und forderte auch ein, was Breidenstein et al. als »Methodenopportunismus« und »integrierten Forschungsansatz« bezeichnen, der »Beobachtungen mit Interviews, technischen Mitschnitten und Dokumenten aller Art« kombiniert.¹⁶ So mussten für verschiedene empirische Materialien verschiedene Auswertungsmethoden kombiniert und immer wieder auch den Erfordernissen des Forschungsgegenstandes angepasst werden. Entsprechend konnte hier kein einheitliches und spezialisiertes Analyseverfahren wie Narrations- oder Diskursanalyse über alle vorhandenen Materialien gelegt werden.¹⁷ In der Auswertung wurde daher zunächst mit offener Kodierung gearbeitet, um wiederkehrende Kategorien, Schlagworte und Themen zu identifizieren und das Material zu systematisieren.¹⁸ Entlang der Grundprämissen der *grounded theory* wurden im konstant komparativen Verfahren, also dem Vergleich maximal ähnlicher und unterschiedlicher Themenbereiche, aus dem empirischen Material theoretische Eigenschaften der jeweiligen Dimensionen herausgearbeitet.¹⁹ Das Verfahren der Dimensionalisierung diente in diesem Zusammenhang der »Erzeugung analytischer Vielfalt« und nicht einer »Reduktion durch Integration«.²⁰ Die gefundenen Überschriften und Konzepte wurden zunächst also immer kleinteiliger analysiert und in Subkategorien²¹ geordnet um letztlich wieder in übergeordneten Kategorien zusammengefasst werden zu können. Für tiefere Einblicke in ausgewählte Materialien wie einzelne Interviewpassagen, Artefakte, Broschüren oder Artikel wurden immer wieder Teile des Materials gründlicheren und dem jeweiligen Material angemessenen Analysen unterzogen: So kamen auch Elemente aus dokumentarischer Methode²² und systematischer Metaphernanalyse²³ zum Einsatz. Während erstere vor allem mit Blick auf Interviews und Broschüren und Kampagnentexte hilfreich war, um tieferliegende Sinnsichten nachzuvollziehen, halfen analytische Instrumente der Metaphernanalyse den Blick auf sozialpsychologische Aspekte der Organspende zu schärfen. Durch die Verbindung beider Methoden konnten nicht nur explizite Aussagen und Einstellungen zur Organspende analysiert werden, sondern auch unbewusste Orientierungen und

15 Breidenstein 2015: 35

16 Ebd.: 34.

17 Vgl. auch ebd.: 34.

18 Vgl. Breidenstein 2015: 124; Glaser und Strauss 1967: 102ff, Strübing 2014: 14–24.

19 Vgl. hierzu auch Strübing 2014: 15.

20 Ebd.: 21.

21 Vgl. ebd.: 22f.

22 Vgl. hierzu Bohnsack et al. 2007, Nohl 2009, Kleemann et al. 2013.

23 Vgl. Schmitt 2017 und Schmitt et al. 2018.

gesellschaftlich verankerte Deutungsmuster sichtbar gemacht werden. Dabei zeigte sich, dass öffentliche Kampagnen und individuelle Erzählungen oft auf wiederkehrende narrative Strukturen zurückgreifen, die bestimmte Haltungen zur Organspende begünstigen oder erschweren. Besonders deutlich wird dies in der Art und Weise, wie Verantwortlichkeit, Entscheidungsdruck und moralische Verpflichtung sprachlich und (sprach-)bildlich konstruiert werden. Während die dokumentarische Methode half, diese breiter angelegten Sinnhorizonte in Interviewmaterialien und medialen Texten nachzuzeichnen, lieferte die Metaphernanalyse wichtige Hinweise darauf, wie konkrete Vorstellungen von Körper, Identität und Solidarität verhandelt werden. Damit konnten nicht nur implizite Normen und Erwartungen rekonstruiert, sondern auch Mechanismen sichtbar gemacht werden, durch die Organspende als soziomaterielle Praxis geprägt wird. Wegen der quantitativen wie qualitativen Vielfalt des empirischen Materials konnten derlei Verfahren die Auswertung zwar nur punktuell ergänzen, dennoch aber den Erkenntnisprozess bereichern. Mit Fokus auf das Objekt ›Organspendeausweis‹ galt es jedoch vor allem, das Verfahren des offenen Kodierens mit den Möglichkeiten der Artefaktanalyse²⁴ und materiellen Kulturforschung²⁵ zu kombinieren und den Blick auf das vermeintlich selbstverständlich vorhandene Objekt ›Ausweis‹ zu schärfen (vgl. hierzu auch Kapitel 4.4). Das offene Kodieren ermöglicht es, inhaltsbasierte Muster und Bedeutungsstrukturen im empirischen Material induktiv herauszuarbeiten, während die Artefaktanalyse und die materielle Kulturforschung den Blick auf die symbolischen, funktionalen, materiellen und praktischen Dimensionen des Organspendeausweises lenken, um seine Rolle als sozio-materielles Handlungselement zu verstehen. Hieraus entstanden getragen durch die anfängliche Frage, wie wir über Organspende sprechen, sie visualisieren und enactieren, die vier kulturellen Erfahrungsdimensionen der Organspende mit Blick auf potenzielle Spender*innen (vgl. auch Kapitel 3.3): *Körperlichkeit & Mortalität, Kollektiv & Solidarität, Dokument & Materialität* und *Wissen, Glauben, Vermuten*.

Die zunächst wild gewachsene Landschaft aus Bildern, Erzählungen, Artefakten und Sinnstrukturen wurde nach und nach geordnet – nicht, um ihre Vielfalt zu beschneiden, sondern um die komplexen Wege sichtbar zu machen, auf denen die Vorstellung verarbeitet wird, den eigenen Körper nach dem Tod (in Teilen) in andere Körper übergehen zu lassen. Die methodologische Rückbindung an den Ausweis als fluides und multiples ›Objekt der Organspende‹ half als roter Faden der Analyse dabei, unter jedes einzelne Kapitel und Erfahrungsspektrum eine zusammenfassende und verbindende Überlegung zu setzen: Was ist der Organspendeausweis in der jeweiligen Erfahrungsdimension? Was sind Menschen ›mit‹ ihm und was macht das Objekt mit der Praxis, die Praxis mit dem Objekt und all das aus potenziellen Spender*innen? Wenn der Ausweis als *Memento Mori*, Mitgliedskarte, informierte Verfügung oder bürokratisches Dokument hervortritt, zeigen sich darin nicht nur seine unterschiedlichen Seinsweisen, sondern auch die Vielschichtigkeit und Komplexität des Phänomens ›Organspende‹, wie es jenen gegenübertritt, die als Spender*innen wesentlicher Bestandteil davon sein sollen.

24 Vgl. Froschauer 2004.

25 Vgl. Bellwald 2014; Woodward 2016 und 2020.

Versprachlichung des Sozialen

Das Zusammenführen dessen, was zu Anfang der ethnografischen Arbeit oft als Überschriften oder lose Enden erschien, folgt letztlich nun Breidenstein et al. als vierter Prämisse der Ethnografie. Das Gefundene muss auf besondere Weise versprachlicht werden:

»Die besondere Bedeutung des Schreibens in der Ethnografie liegt [...] darin, dass im schreibenden Beobachten zugleich eine sprachliche Erschließung von Phänomenen stattfindet, die noch gar nicht in sprachlicher Form vorliegen, sondern erst durch die Beschreibung zur Sprache gebracht werden.«²⁶

Wie auch in der Erhebung der Daten gibt es hier kein ›Patentrezept‹, dem akribisch und punktgenau gefolgt werden kann, zumal in der vorliegenden Arbeit nicht ausschließlich mit Forschungsprotokollen oder Feldnotizen gearbeitet wurde. Was im Folgenden also als Text entstanden ist, ist eine Verdichtung, eine Art *dichte Beschreibung*²⁷ und systematische Zusammenführung verschiedener Blickwinkel, Bild- und Textformen, die, so unterschiedlich sie erscheinen mögen, doch ähnliche Geschichten erzählen. Die ›Erzählweisen‹ der einzelnen empirischen Kapitel sind dabei aus den je unterschiedlichen Anforderungen der Erfahrungsdimension entstanden: So folgt etwa das erste empirische Kapitel (*Körperlichkeit und Mortalität*) einer empirischen Chronologie des ›Spender*in-Werdens‹, während das zweite Kapitel (*Kollektiv und Solidarität*) Sozialfiguren der Transplantationsgemeinschaft vorstellt und herausarbeitet, welche ›Gaben‹ in dieser Gemeinschaft kursieren. Das dritte empirische Kapitel (*Wissen, Glauben, Vermuten*) hingegen orientiert sich an den Konfliktlinien umkämpften Wissens im Feld der Organspende während das vierte Kapitel (*Dokument und Materialität*) Dynamiken und Materialität des Organspendeausweises in den Blick nimmt.

4.2 Forschung im verminten Feld: Auf welcher Seite stehst Du?

Das Forschungsfeld Organspende ist nach wie vor ein Feld, das geprägt ist von starken Emotionen, politischen Konflikten und Glaubensfragen, die mitunter mit großer Heftigkeit und Vehemenz ausgetragen werden und zudem ein Feld, das immer wieder klare Positionen von einzelnen Personen einfordert. Als wäre es ein Krieg, wird von »Fronten«, »Seiten« und »Gegenseiten« gesprochen, die es zu gewinnen, zu überzeugen und aufzuklären gilt.

Immer wieder begegnete ich in diesem Zusammenhang Menschen, die sich beruflich oder forschersich mit Organspende befassten (oder befassen wollten), weil sie beispielsweise persönlich auf die eine oder andere Art betroffen waren und den Beitrag für oder gegen das Projekt ›Organspende‹ zu ihrer persönlichen Agenda machten. In Interviews, aber auch in anderen Gesprächssituationen wurde ich oft gefragt, ob es in meiner Arbeit

26 Breidenstein et al. 2015: 35.

27 Vgl. Geertz 1987.

darum ginge, die Zahl der Organspender*innen zu erhöhen und ob ich selbst Spenderin sei und ob ich einen Ausweis hätte. Keine Antwort auf solche Fragen bleibt folgenlos und prägt den Gesprächsverlauf auf die eine oder andere Weise. Für viele Menschen, mit denen ich in verschiedenen Zusammenhängen über meine Forschung gesprochen habe, und vor allem jenen, die nicht selbst mit soziologischer Forschung befasst sind oder waren, schien es schwer vorstellbar, kein solches Ziel zu verfolgen.

Nach den ersten Erfahrungen der direkten Konfrontation mit meiner eigenen Haltung zur Organspende und mitunter auch fordernden Gesprächssituationen musste ich Strategien im Umgang damit finden: a) mit Themenbereichen, von denen ich bemerkte, dass sie mich persönlich aufwühlten und b) in Interviews und Gesprächen mit wiederkehrenden Fragen nach meiner (persönlichen) Haltung sowie c) mit dem Umstand, dass auch meine Äußerungen Einzelpersonen in ihrer Haltung beeinflussen konnten. Für Letzteres möchte ich ein kurzes Beispiel geben: Als ich während eines Vortrags darüber sprach, dass die Voreinstellung des Notfallpasses²⁸ im damaligen iPhone ›Organspender*in‹ sei, wenn dies nicht aktiv von den Besitzer*innen des Telefons geändert würde, brach empörtes Raunen im Saal aus. Mobilfunkgeräte wurden hervorgeholt und in der nachfolgenden Diskussion bedankte sich eine der Teilnehmer*innen für die ihr zuvor nicht bekannte Information. Sie hätte die Einstellung nun zu ›Nein‹ geändert – nicht, weil sie grundlegend gegen Organspende sei, sondern weil das Prinzip der Voreinstellung sie verärgert habe. Obgleich der Vortrag also nicht darauf gezielt hatte, Menschen von einer positiven Organspendeentscheidung abzubringen, hatte die Information über die iPhone-App offenkundig und zumindest für diesen Moment zu einer Entscheidung gegen eine mögliche Organspende beigetragen. Dies wiederum war ebenso wenig Ziel meiner Arbeit wie Menschen von einer positiven Organspende-Entscheidung zu überzeugen.

Im Verlauf der Forschung wurde mir bewusst, dass auch meine persönliche Haltung gegenüber ›Organspende‹ als Szenario für meinen eigenen Körper oder für nahe Angehörige variieren konnte: Meist konnte ich sowohl Ambivalenzen nachvollziehen als auch die Hoffnungen, die an diese Praxis geknüpft wurden. Da auch ich als Forscherin nicht im luftleeren Raum existierte oder aus neutraler Vogelperspektive auf das Geschehen blicken konnte, fand ich Hilfe in einer von Sebastian Mohr und Andrea Vetter vorgeschlagenen Strategie, Erfahrungen in der Feldforschung einzufangen und dabei ggf. nicht nur das Geschehen, sondern auch die eigene Körpererfahrung, über ›private‹ und ›wissenschaftliche‹ Empfindungen und damit auch meine eigene Rolle und nicht zuletzt meine Haltung im und gegenüber dem beforschten Feld zu reflektieren.²⁹ Dieses Vorgehen, beim Notieren von Ereignissen oder besonderen Erkenntnissen immer wieder auch eine ›Spalte‹ für Empfindungen zu öffnen, war hilfreich, um an verschiedenen Stellen auch bewusst die eigene Wortwahl in den Beschreibungen zu hinterfragen und mich beispielsweise zu erinnern, wenn eine Notiz verfasst wurde, als ich euphorisch, aufge-

28 Hierbei handelt es sich um eine Bildschirmoberfläche, die im Falle eines Unfalls oder einem ähnlichen Szenario auch ohne Entsperrung von Dritten geöffnet werden kann, um auf möglicherweise relevante (Gesundheits-)Daten zugreifen zu können.

29 Vgl. Mohr und Vetter 2014: 101ff.

bracht oder übermüdet oder Ähnliches war; insbesondere, als es später auch galt, den Modus der Beschreibungen erneut in den Blick zu nehmen.

Diese Form der Reflexion hat auch dabei geholfen, in Gesprächssituationen, in denen meine Haltung als Privatperson als Information eingefordert wurde, klarer zu artikulieren, wenn ich diese zum jeweiligen Zeitpunkt nicht in das Gespräch einbringen wollte. Auch die Frage nach der ›politischen Agenda‹ einer Forschung auf einem stellenweise verminten Feld wie der Organspende möchte ich nun so beantworten: Ein Projekt wie dieses kann und wird sicherlich keinen Beitrag dazu leisten, mehr oder weniger Menschen zu einer Spende ihrer Organe und Gewebe zu bewegen, aber es kann – und das wäre meine Hoffnung – einen Beitrag zu einem vertrauensvolleren Verhältnis zwischen jenen leisten, die das Projekt der Organspende für sich und andere voranzutreiben suchen und jenen, deren Zustimmung für dieses Projekt notwendig ist.

Im Folgenden werden die Interviewten vorgestellt, die auch ich zunächst in »überzeugte Spender*innen« und (scharf formuliert) »Organspendegeegner*innen« eingeteilt habe, um später festzustellen, dass zwischen diesen beiden Seiten bei weitem keine trennscharfe Linie verläuft.

4.3 Die Interviewten

Die Spur des Organspendeausweises führt uns zu denjenigen, die ihn haben (sollen) oder nicht haben (wollen) und/oder sich auf unterschiedliche Weisen mit ihm und den Fragen, die er für sie aufwirft, konfrontiert sehen. Die Rekrutierung der Interviewpartner*innen funktionierte im Falle der Gruppe Spender*innen meist über Schneeballprinzip, Menschen aus dem engeren und weiteren beruflichen Umfeld sowie aus dem weiteren Bekanntenkreis, die wiederum Empfehlungen gaben und mein Forschungsinteresse weiterverbreiteten und über Rechercheanfragen in verschiedenen Einrichtungen, die mir in meiner Suche manchmal nicht direkt weiterhelfen konnten, dann aber Interviewpartner*innen empfahlen. Nur in einem Fall funktionierte die Rekrutierung über ein Gesuch im Internet. Die zweite Gruppe, die ich hier als ›Skeptiker*innen‹ bezeichnet habe, wurde im Zuge des bereits in Kapitel 2.3 beschriebenen DFG-Projektes ›*Ich möchte lieber nicht. Das Unbehagen mit der Organspende und die Praxis der Kritik*³⁰ über Gesuche (sowohl digital als auch analog) rekrutiert wurden und mir in anonymisierter Form zur Auswertung überlassen wurden.

Diese beiden Gruppen unterschieden sich entsprechend in verschiedenen Punkten:

- a) wurden die Interviews mit Skeptiker*innen nicht von mir selbst geführt und lagen mir entsprechend nur in Textform vor. Dieses Material enthält entsprechend keine ergänzenden Notizen über die Interviewsituation, Einflüsse durch Örtlichkeit, Sineseeindrücke, Eindrücke über die Person etc. wie sie bei den Spender*innen-Interviews in Forschungsprotokollen festgehalten wurden.

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

- b) folgen beide Interviewgruppen einem ähnlichen (stützenden, aber nicht starr verfolgtem) Leitfaden. Die besprochenen Themen variieren jedoch dadurch, dass im Falle der Spender*innen-Interviews nicht nur Kampagnenmotive als Gesprächsanreiz angeboten wurden, sondern auch verschiedene Formate des Organspendeausweises. Zudem wurde das Spektrum der Kampagnen im Vergleich zur Gruppe der Skeptiker*innen erweitert um aktuellere Kampagnenmotive sowie auch einige Motive, die außerhalb Deutschlands produziert und eingesetzt wurden und expliziter beispielsweise auf den Themenkomplex *Körperlichkeit & Mortalität* verweisen.
- c) Die Fragen und Themen variieren mit der Expertise der Interviewpartner*innen, da einige selbst beruflich mit der postmortalen Transplantation zu tun haben.
- d) Im Weiteren veränderte sich mit fortschreitender Zeit der politische Kontext. Gerade in den jüngeren Interviews, die sich zeitlich der Bundestagsentscheidung im Januar 2020 über die Widerspruchslösung nähern, ist diese als Thema präsenter als in den älteren Spender*innen-Interviews und Transkripten der Skeptiker*innen-Interviews, in denen die »Skandale« von 2012 und die Praxis der Krankenkasse, Informationsmaterial in private Haushalte zu versenden, den zentralen gesundheitspolitischen Hintergrund bilden.

Auch wenn ich an dieser Stelle der Übersichtlichkeit halber die Interviewten in zwei Gruppen teile, die eine klare Linie in ihrer Einstellung zur Organspende nahelegen, möchte ich darauf hinweisen, dass dies eher im Zusammenhang mit den Fragestellungen der jeweils rekrutierenden Projekte als mit den tatsächlichen Inhalten der Organspende-Erzählungen zu verstehen ist. Die Trennung zwischen Spender*innen und Nicht-Spender*innen bzw. klarer Unterstützung oder Ablehnung ist oft nicht in der Weise gegeben, wie es die Aufteilung in zwei Gruppen nahelegt. Auch suche ich in dieser Aufteilung nicht explizit nach Antworten über Motive für ein Spenden oder Nicht-Spenden.³¹ So ist im Bereich der Skeptiker*innen zu sehen, dass meist nicht das Prinzip Organspende *per se* abgelehnt wird, in manchen Fällen sogar davon gesprochen wird, wie man es eigentlich befürwortet, doch Gründe für eine Ablehnung oder zumindest Ambivalenzen in der Abwägung überwiegen.

Zugleich bringen (fast) ausnahmslos alle von mir Interviewten überzeugten Spender*innen an verschiedenen Stellen Ambivalenzen und Zweifel vor. Als gleichermaßen wenig zweckdienlich erwies sich eine scharfe Trennung von Expert*innen und Laien, um die häufig aufgestellte These einer Korrelation von Bildungsgrad, Wissen und Informiertheit mit einer Bereitschaft zur Organspende nahelegen. So begegneten mir in Interviews (aber auch Hintergrundgesprächen und Vorträgen) Personen mit medizinischer Ausbildung, die mit dem Prinzip des Hirntods und dessen Notwendigkeit für die Organspende weniger vertraut zu sein schienen als sogenannte »Laien« auf diesem Gebiet, ebenso wie Menschen, die das Konzept Hirntod offenkundig in Zweifel ziehen und dennoch überzeugte Spender*innen sind. Im Unterschied zu den Interviews mit Skeptiker*innen erwiesen sich in den Spender*innen-Interviews Vergleichsfolien wie Blut-

31 Oftmals geht diese Aufteilung mit einer expliziten Suche nach Unterschieden einher (vgl. z.B. Range et al. 2015) und übersieht dabei m.E. die Möglichkeit, dass z.B. ähnliche Körperbilder oder Solidaritätsverständnisse dennoch zu sehr unterschiedlichen Entscheidungen führen können.

spende, Stammzellenspende oder Körperspende als zunehmend relevant, so dass ich mich im Forschungsprozess dafür entschied, in späteren Interviews auch explizit nach diesen Möglichkeiten zu fragen, nachdem diese Themen von einigen Interviewten selbst angeschnitten wurden. Zeitlich bewegen sich die Interviews in einer Spanne zwischen 45 Minuten bis zu fünf Stunden (meist ca. 1,5–2,5 Stunden). Die Altersangaben beziehen sich auf den Zeitpunkt des Interviews; die gewählten Vornamen sind Pseudonyme.

Die Skeptischen

Als Personen, die mit Skepsis an das Phänomen Organspende herantreten, möchte ich zuerst diejenigen vorstellen, deren Geschichten ich lesen durfte, ohne sie persönlich getroffen oder gesprochen zu haben. Ihre Geschichten sind die ersten Organspende-Geschichten, mit denen ich konfrontiert wurde. Ihre Schilderungen machten mich darauf aufmerksam, wie oft sich ein Sprechen über Organspende auf ein Sprechen über den Organspendeausweis verlagert und wie vielschichtig die Dimensionen des ›Spender*in-Seins‹ mittels einer kleinen Karte entfalten. Die Interviews mit Kritiker*innen und Skeptiker*innen entstanden im Zuge des vierjährigen DFG-geförderten Projektes *»Ich möchte lieber nicht.« Das Unbehagen mit der Organspende und die Praxis der Kritik* (vgl. auch Kapitel 2.3). Im Rahmen des soziologischen Teilprojektes wurden persönliche Erfahrungen von Menschen ›gesammelt‹, die sich vorwiegend kritisch mit dem Thema Organspende auseinandersetzen, um sich der Frage anzunähern, wie welche Formen der Kritik an der Organspende vor dem Hintergrund eines vorwiegend positiv verlaufenden Diskurses artikuliert werden (können). Die Spur des Ausweises nehmen wir nun also dort auf, wo er nicht ist, versteckt wird oder für Unruhe sorgt.

Anka (40): Bin ich gut genug? Die Computingingenieurin ist skeptisch gegenüber Organspende und erzählt eine Geschichte, die vor allem ihren Körper betrifft. Persönlich ist sie mit dem Thema zunächst über befreundete Familie in Berührung bekommen, in der ein Familienmitglied Nierenspende erhalten hatte und später über die Zusendung eines Organspendeausweises durch die Krankenkasse. Diesen hat sie als Angebot verstanden, das sie annehmen oder ablehnen kann.

Anka hinterfragt das begriffliche Konzept der ›Spende‹, da Spenden nur durch eine lebende Person ausgeführt werden könnten. Auch das ständige Herumtragen eines Ausweises sieht sie mit Skepsis, da sie auch in Momenten verunfallen könnte, in denen sie diesen nicht bei sich hat (wenn sie beispielsweise ohne Geldbeutel aus dem Haus ginge). Sie befürchtet zudem, ihr eigener Körper könne für eine Spende nicht geeignet sein, da sie selbst erfahren hat, wie dieser wegen ihres Übergewichts als Abweichung thematisiert wird. Das System der ›Organspende‹ beschreibt sie als Raum bzw. als Computersystem, das über das Potenzial verfügt, Dinge im Verborgenen geschehen zu lassen und stärkerer, besserer Kontrollmechanismen bedürfe. Dem Ausweis traut sie auch insofern nicht über den Weg, als er vielleicht nicht ordentlich gelesen werden könnte. Er findet daher keinen Platz in ihrem Geldbeutel, sondern wandert unausgefüllt in einen Ordner, der mit dem Wort ›Später‹ beschriftet ist.

David (53): Allein gegen ›das System‹ Davids Geschichte handelt vor allem von Wissenskonflikten; die Konzeption des Hirntodes bzw. der Zweifel daran ist sein vorrangiges Thema. Im Zuge seiner pflegerischen Tätigkeit wurde er in der Vergangenheit häufig mit dem Tod konfrontiert, hat dies jedoch nie als problematisch empfunden. Dass er sich schließlich eingehender mit Organtransplantationen befasst hat, sei zunächst eher Zufall gewesen – und doch hat das Thema ihn schnell fasziniert und auf verschiedenen Plattformen aktiv werden lassen. Die Einseitigkeit der Aufklärung und das Ausblenden kritischer Stimmen empören ihn und so versteht er sich selbst als Aufklärer und Aktivist im Einsatz für einen kritischeren und offeneren Diskurs. Das Konzept des Hirntods verursacht bei David besondere Skepsis. Immer wieder zitiert er Expert*innen aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen, um zu zeigen, wie umstritten diese Todesdefinition auch in Fachkreisen ist. Er kann nicht ausschließen, selbst eine Spende anzunehmen, wenn er dieser bedürfe und beschreibt sich in diesem Zusammenhang selbstkritisch als inkonsequent.

In der Funktion des kritischen Aufklärers erfährt David immer wieder starken Gegenwind, sowohl aus den Reihen transplantierte und wartende Patient*innen als auch von Mediziner*innen und Institutionen, mit denen er in Kontakt steht oder gerät, sowie im näheren beruflichen Umfeld. David vermutet, seine aufklärerischen Aktivitäten würden dazu beitragen, dass Menschen keine Organspendeausweise ausfüllen. Ob er selbst einen solchen Ausweis hat(te), erfahren wir im Interview nicht, aus einer Notiz der Interviewerin geht jedoch hervor, er habe sich einen »Kein-Spender«-Ausweis gebastelt.

Ilona (59): Hatte mal einen Organspendeausweis Ilonas Geschichte kreist, ähnlich wie bei David um das Konzept des Hirntods und Fragen des ›richtigen‹ Wissens. Im Unterschied zu ihm, misstraut sie den Wissenschaften (insbesondere dem Berufstand der Ärzte³²) und verlässt sich lieber auf ihre eigene Intuition. Ausgebildet in einem Pflegeberuf beschreibt sie sich als erfahren im Umgang mit Tod und Sterben – und eben jene Erfahrung ist es, die ihre kritische Haltung prägt. Die Kritik richtet sich weniger gegen das Prinzip der Organspende selbst, vielmehr ist es die pragmatische Definition des Hirntods, die ihr Unbehagen bereitet. Sie berichtet von Phänomenen, die sie an der Richtigkeit dieser Konzeption haben zweifeln lassen: Menschen, die für hirntot erklärt und oft auch zur Organentnahme freigegeben wurden, die jedoch für sie spür- oder sichtbar nicht tot waren. Dabei bezieht sie sich nicht auf Temperatur und Farbe des Körpers oder den sich hebenden und senkende Brustkorb, sondern auf Reaktionen der *per definitionem* Verstorbenen auf Veränderungen in ihrer Umwelt und ihr eigenes Bauchgefühl.

Der Glaube an den Hirntod als Tod des Menschen, auf den man, wie sie erklärt, in medizinischen Berufen ›gebrüht‹ werde, schlägt im Laufe ihres Berufslebens in ein sicheres und unumstößliches Wissen um, dass hirntote Patient*innen keineswegs tot seien. Die Entnahme der Organe kommt für sie deshalb einer Tötung gleich, die sie ablehnt. Dies dokumentiert sich nicht zuletzt in ihrer Ausweissituation: Sie habe einen Organspendeausweis gehabt, weil sie an den Hirntod glaubte und sei diesen dann aber (auf eine im Interview nicht geklärte Weise) wieder ›los geworden‹. Solidarität mit Kranken, Entlastung der Familie oder der Wunsch des ›Weiterlebens‹ durch die eigenen Organe

32 Ilona beschreibt diese ausschließlich im generischen Maskulinum.

etc., Themen also, die in anderen Interviews immer wieder prominent aufscheinen, spielen in ihrer Erzählung keine Rolle. ›Den Ärzten‹ unterstellt sie Blindheit für die von ihr so klar sichtbaren Missstände in einem zwanghaften und von einseitiger Information geprägten System.

Jule (34): Das schlechte Gewissen Jule beginnt ihre Erzählung mit ihrer Ambivalenz: Das Thema Organspende interessiert sie, doch kann sie sich nicht abschließend dazu entscheiden, einen Organspendeausweis auszufüllen bzw. einer Organspende zuzustimmen. Über die eigene Zögerlichkeit ist sie verwundert, hält sie sich doch durchaus für sozial engagiert und interessiert. Auch Informationsseiten im Internet konnten ihr nicht weiterhelfen, und trotz all der verfügbaren Informationen fühlt Jule sich nicht ausreichend informiert. Der innere Konflikt, von dem sie berichtet, entzündet sich allerdings weniger an Fragen des Wissens als an einem Unbehagen über den pragmatischen Umgang mit Körper und Tod sowie Zweifeln an Gerechtigkeit bei der Verteilung der Organe. Jule formuliert keinen klaren Wunsch nach körperlicher Integrität über den Tod hinaus und fragt sich, wie ihr Körper nach der Entnahme von Organen und Geweben aussähe. Auch den Organspendeausweis zweifelt sie als vertrauenswürdigen Boten ihres Willens an und befürchtet, die Zeitregime einer möglichen Transplantation würden mit ihrem Wunsch nach Würde und familiärer Nähe im Angesicht des Todes kollidieren. Ihre Organe haben für sie unterschiedlichen Wert: Die Entnahme des Herzens bedeutet für sie einen absoluten Abschied, für den sie als Angehörige ggf. vielleicht nicht bereit wäre. Die generelle Möglichkeit der Therapie durch Organe und Gewebe befürwortet sie und lehnt das Konzept ›Organspende‹ nicht grundlegend ab. Durch den ihr zugesendeten Ausweis fühlt Jule sich unter Druck gesetzt, vermag ihre Ambivalenz nicht aufzulösen und beschreibt, wie der unausgefüllte Organspendeausweis ihr ein schlechtes Gewissen verursacht.

Regina (43): Angehörige einer Spenderin Regina ist Verwaltungsangestellte und erzählt die Geschichte vom Tod ihrer Schwester, die in jungen Jahren an einer Krebserkrankung verstorben ist. Diese Erkrankung hatte zum Hirntod geführt und sie damit als Spenderin qualifiziert. Regina und ihre Mutter haben sich für eine Organspende entschieden, obgleich vor allem Regina dabei Unwohlsein empfand. Sie erinnert sich, dass ihre Schwester Organspende gegenüber positiv eingestellt war, erzählt aber auch von einer Szene, in der diese einen Organspendeausweis hervorholte und wieder wegsteckte, da ihre Organe ihrer Vermutung nach nicht für eine Spende in Frage kämen. Obwohl die Familie auch zahlreiche positive Rückmeldungen bekommt, verbleibt Regina ambivalent. Zum einen hat sie den Umgang mit ihr und ihrer Mutter im Krankenhaus nicht positiv in Erinnerung, beklagt das straffe Zeitregime, mangelnde Empathie und die beschränkten Möglichkeiten der Abschiednahme. So speist sich Reginas Ambivalenz zum einen aus der einschneidenden Erfahrung des familiären Todesfalls, zum anderen aus einer generellen Abneigung gegenüber der Beschäftigung mit Tod und toten Körpern. Die Entscheidung der Familie möchte sie dennoch nicht in Frage stellen, schöpft Hoffnung aus der Idee, ein Teil ihrer Schwester helfe nun anderen Menschen und sei damit nicht endgültig fort. Ihr sei bewusst, dass die entnommenen Organe schwerkranken Menschen helfen könnten.

Sie selbst hat dennoch keinen Organspendeausweis ausgefüllt und möchte Entscheidungen dieser Art ihrem Partner überlassen.

Henning (57): Wer das erlebt hat, hat keinen Ausweis mehr Henning ist Mediziner und wurde mit dem Thema Organspende beruflich konfrontiert. Zwei zentrale Themen prägen seine Erzählung: der Zweifel am Hirntod und eine grundlegende Gesellschaftskritik.

Die Neudefinition des Todes sowie die damit verbundenen, technikbasierten Diagnosemöglichkeiten sind in seiner Wahrnehmung Ergebnis einer vorübergehenden Phase von Technikbegeisterung und -gläubigkeit. Die Praxis der Organentnahme entfaltet sich in seiner Erzählung als berufsethischer Konflikt. Er selbst habe lange einen Organspendeausweis gehabt, wie es in seinem damaligen beruflichen Umfeld üblich gewesen sei, bis er auf einer Intensivstation nicht nur zahlreichen Kollegen begegnete, die keinen Organspendeausweis mehr hatten, sondern bei einer Organentnahme selbst mit einem Schlüsselerlebnis konfrontiert wurde, das sein Misstrauen geschürt hat.

Sein Blick auf ein ökonomisch ausgerichtetes Gesundheitssystem und eine Gesellschaft, in der es seiner Wahrnehmung nach kaum noch Zivilcourage und Engagement für andere gäbe, prägen seinen Blick auf die Organspende als Praxis, die er für den eigenen Körper ablehnt. Der Organspende selbst steht er nicht grundlegend kritisch gegenüber, der Diskurs um Hirntod und Transplantation sei von Beginn an jedoch falsch geführt worden. Die Entnahme von Organen bei hirntoten Patient*innen sei, so kritisiert er, keine postmortale Spende, sondern eine Entnahme aus dem lebenden (wenn auch ggf. sterbenden) Körper. Hierfür können man sich als Gesellschaft durchaus entscheiden und auch seinen eigenen Körper kann er im Falle einer völlig auszuschließenden Genesung mit einem gewissen Pragmatismus blicken. Was er kritisiert, ist eine Todesdefinition, die Lebende für tot erklärt. Zugleich beklagt er die geringe Spendenbereitschaft und favorisiert eine Lösung, die den Empfang von Organen klar an die Spendenbereitschaft bindet: Auch eine Widerspruchslösung hält er für unzureichend, denn er nimmt an, viele Menschen würden die Möglichkeit nutzen, ›Nein‹ zu sagen. Mit seiner Meinung an die Öffentlichkeit gehen möchte er nicht; er befürchtet, mit seiner Geschichte zu viel ›loszutreten‹ und berufliche Nachteile zu erleiden; auch während des Interviews bittet er mehrfach um die Unterbrechung der Aufnahme.

Selma (23): Mit dem Leben abschließen Selma ist Studentin und nimmt an der Studie teil, weil sie die Forschung unterstützen möchte. Mit Organspende ist sie bisher nur durch den Organspendeausweis in Kontakt gekommen, konnte sich jedoch nicht dazu entschließen, ihn auszufüllen. Der Idee einer Organspende, die anderen Menschen hilft, ist sie dabei aber keineswegs abgeneigt. Selma ist gläubige Muslima und erklärt, dass ihrem Glauben nach einem Menschen zu helfen ebenso viel Wert sei, wie der ganzen Menschheit zu helfen, weshalb sie die Möglichkeit nicht grundsätzlich ablehnt. Der Gedanke an Krankenhäuser, Blut und Organe dagegen verursacht ihr Unbehagen und auch den eigenen Tod kann sie sich nur schwer vorstellen.

Den Organspendeausweis auszufüllen, kommt für sie dem Abschließen mit dem Leben gleich, ein Anerkennen, dass ihr etwas passieren könnte. Das altruistische Motiv der Spende wägt sie gegen den Gedanken ab, was mit einem Körper während der Explantation passiert und wie dies gegebenenfalls die Angehörigen beträfe. Den Organspendeaus-

weis hat sie mit einem Informationsschreiben ihrer Krankenkasse erhalten, das sie zwar gelesen, dann aber mit samt Ausweis weggeworfen hat. Dennoch ist Selmas Geschichte keine Geschichte der klaren Ablehnung, vielmehr klingen Unentschiedenheit und Ambivalenzen in ihren Ausführungen an. Während der Wunsch nach körperlicher Integrität im Tode gegen das altruistische Motiv des Helfens abgewogen wird, spielen Themen wie Hirntod oder Unregelmäßigkeiten bei der Organvergabe für sie keine Rolle.

Die Spender*innen

Nun möchte ich in kurzen Porträts die Spender*innen vorstellen, die (bis auf eine Ausnahme) ihr Spender*innen-Sein in Form eines Organspendeausweises ausgedrückt haben und in den Interviews nicht nur ihre Erfahrungen, Einstellungen, Ideen, manchmal auch Zweifel und Sorgen, sondern auch Praktiken im Umgang mit dem Ausweis und ihre jeweiligen ›Ausweissituationen‹ teilen. Obwohl einige der Interviewpartner*innen qua beruflicher Einbindung und Expertise durchaus als Expert*innen im Feld gelten können, habe ich mich (in den meisten Fällen auch auf expliziten Wunsch meiner Gesprächspartner*innen, in manchen Fällen aber auch, um mögliche Kontroversen durch eine Veröffentlichung bestimmter Äußerungen mit expliziter Namensnennung zum Schaden der genannten Person im Nachgang zu vermeiden) gegen die Form des nicht-anonymisierten Expert*innen-Interviews entschieden. Da manche beruflichen Einbindungen so speziell sind, dass bei detaillierterer Beschreibung den Informant*innen keine Anonymität gewährleistet wäre, beschränke ich mich in diesen Fällen auf den Hinweis, dass die Person beruflich mit dem Transplantationssystem verbunden ist.

Maria (56): Keine hundertprozentig Überzeugte Maria ist Verwaltungsangestellte im sozialen/kulturellen Bereich, ist verheiratet und hat ein Kind. Maria hat einen Organspendeausweis, von dem sie erzählt, sie hätte ihn ausgefüllt, als Unregelmäßigkeiten in der Organvergabe bekannt und medial präsent wurden, weil sie fürchtete, dass nun viele vorherige potenzielle Spender*innen ihr Einverständnis zurückziehen könnten bzw. weniger Menschen sich zur Spende bereit erklären würden. Die Entscheidung, so sagt sie, habe sie allein getroffen und gehe davon aus, dass ihr Mann ihre Haltung nicht teile. Sie selbst bezeichnet sich als nicht hundertprozentig überzeugte Spenderin und möchte, obgleich sie fürchtet, ihr Ausweis aus Papier könne die Zeit vielleicht nicht überdauern, keinen neuen Ausweis ausfüllen, um diesem Zweifel keinen Raum zu geben. Ihrem Ausweis hat sie, auf den Rat einer Freundin hin, die Anmerkung hinzugefügt, dass sie eine Organentnahme nur in Vollnarkose erlaube, weil man nicht wissen könne, ob man noch etwas spürt. Dieser offenkundige Zweifel an der Konzeption des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ist für sie jedoch kein Grund, die Einwilligung zur Entnahme ihrer Organe zu verweigern.

Jonas (25): Der konfessionslose Altruist Jonas studiert zum Zeitpunkt des Interviews ein geisteswissenschaftliches Fach und berichtet von der Entscheidung zur Organspende als familiärem Ereignis. Im Familienverbund habe man sich mit dem Thema Patientenverfügung beschäftigt, sogar einen Berater ins Haus eingeladen. Er befürwortet Organspende unter anderem deshalb, weil er, wie er betont, sich selbst nicht als religiös bezeichnet, in

der Verhaftung in einem religiösen Glauben aber einen der Hauptgründe für die Ablehnung des Konzepts Organspende vermutet. Altruismus, der ohne religiöse Motivation funktioniert, ist wesentlicher Bestandteil der Artikulation seiner Spendenbereitschaft. Auch der Körper ist ein wichtiges Thema für Jonas: Blut- und Körperspende lehnt er ab, jedoch nicht, weil er das Prinzip nicht für gut befände, sondern weil Blutabnahmen ihm Schwindel verursachen und er (als Körperspender) nicht unbekleidet den Blicken von Medizinstudierenden ausgesetzt sein möchte. Die Abläufe einer Organspende scheinen für ihn nicht vordergründig von Interesse zu sein. Seinen Ausweis trägt er nicht bei sich (weil er keinen Geldbeutel nutzt), sondern verwahrt ihn mit anderen wichtigen Unterlagen an einem Ort, von dem nur seine Mutter weiß.

Lisa (22): Vertraut dem Kreuz an der richtigen Stelle Lisa studiert ebenfalls ein geisteswissenschaftliches Fach und interessiert sich für Anatomiebücher. Auch sie berichtet von ihrem Spender*in-Werden als familiärem Ereignis in ihrer Jugendzeit, als ihre Mutter Organspendeausweise für die ganze Familie mitbrachte. Ihr Ausweis ist ein selteneres Modell, eine Plastikkarte mit Himmelsmotiv, die sie wesentlich ansprechender findet als die ›herkömmlichen‹ Karten (damals meist noch aus Papier oder Pappe), wie sie unter anderem von Krankenkassen verschickt werden. Ihr Ausweis ist etwas Besonderes. Blut- und Körperspende lehnt sie für sich selbst aus ähnlichen Gründen wie Jonas ab: Das Blutspenden verursacht ihr Schwindelgefühl, dem Vorgang der Körperspende unterstellt sie mangelnden Respekt im Umgang mit ihrem Körper und wünscht sich eine Beerdigung im Familienkreis, die im Falle der Körperspende so nicht möglich wäre. Der Ausweis selbst als Symbol von Vertrauen in ein medizinisches System ist für sie ein wichtiges Thema. Sie artikuliert ihr Unverständnis für die Angst von Menschen, mit dem Ausweis nicht mehr ausreichend medizinisch behandelt zu werden und begründet dies mit dem Wissen, dass auch das Ausfüllen eines Totenscheins nicht leichtfertig geschehe. Mehrfach, so berichtet sie, würde überprüft, ob das Kreuz an der richtigen Stelle gesetzt wurde. Als Interviewpartnerin wurde sie mir empfohlen, weil sie (und dies erzählt sie auch im Interview), gerne Organspendeausweise an Freund*innen verschenkt.

Emma (33): Organspende als Schulprojekt Mit Emma spreche ich nur kurz, da das Interview spontan stattfindet, als wir uns auf einer Veranstaltung kennenlernen. Emma ist angehende Lehrerin und beschreibt ihre Auseinandersetzung mit Organspende anhand eines Projekts zum Thema ›Bioethik‹, das sie im Studium mit Schüler*innen durchgeführt hat. Ihren Organspendeausweis hat sie, wie sie berichtet, schon vorher bei einer morgendlichen Zigarette in der WG ausgefüllt, als sie ihn in der Post entdeckte. Grund für ihre Entscheidung seien mehrere Krankheitsfälle in der Familie gewesen, durch die sie häufig mit dem Thema Tod konfrontiert worden sei. Ihrer Familie unterstellt sie, nicht in ihrem Sinne zu entscheiden. Im Ausweis hat sie, wie sie im Interview überrascht feststellt zwar ›Ja‹ angekreuzt, ihn aber nicht unterschrieben. Ihre Organe seien ihr egal, sagt sie, aber Augen und Haut möchte sie gerne behalten. Den Ausschluss der Augen hat sie auch in ihrem Ausweis festgehalten. Den Gedanken, ihre Organe könnten weiterleben, findet sie schön, vor allem den Gedanken, jemand könnte ihr Herz brauchen, findet sie romantisch. Während des Interviews unterschreibt sie ihren Ausweis – mit Bleistift.

Theo (63): Enttäuscht vom System Theo begegnet mir über Umwege im Zuge einer Recherche über ältere Organspendeausweise. Er selbst hat eine Funktion innerhalb des Transplantationssystems und die Situation, die ich in anderen Interviews erlebt habe, als »Expertin« für Organspende adressiert zu werden, dreht sich hier um: Theo klärt auf. Dieses sehr lange Interview von fast fünf Stunden nimmt in vielerlei Hinsicht eine Wende, als wir über meine Dissertation sprechen und ich von meinem Interesse an dem Organspendeausweis berichte. Vom »Sie« gehen wir über in das vertrautere »Du«, ohne dass dies explizit thematisiert wird. Theo, der anfänglich sehr engagiert artikuliert, er fordere von Menschen ein, dass sie klare, rationale Entscheidungen zur Organspende trafen, beginnt in der zweiten Hälfte des Interviews nicht nur von seinem Interesse an Parapsychologie und Seelenwanderungen zu erzählen, sondern kritisiert auch das Transplantationssystem. Organspende entfaltet sich in seiner Erzählung als Glaubenssystem, dem er nicht ohne Enttäuschung gegenübersteht. Doch wer, fragt Theo, ist dann eigentlich Gott in diesem System? Wegen seiner grundlegenden Kritik an einem System, das zum reinen Selbsterhalt immer schlechtere Organe transplantiert, überlegt er, ob er seinen Organspendeausweis behalten oder zerstören soll. Auf dem Ausweis selbst hat er der Organspende nicht zugestimmt, sondern die Option genutzt, eine(n) Angehörige(n) zu benennen, um die Entscheidung zu treffen.

Stefanie (39): Ein Leben lang mit dem System verbunden Stefanie ist in der besonderen Situation, selbst in jungen Jahren mehrere Transplantate erhalten zu haben und nun auch beruflich im Transplantationssystem tätig zu sein. Solidarität ist für sie ein vordergründiges Thema. Als Organempfängerin ist der Besitz eines (mit »Ja« ausgefüllten) Organspendeausweises für sie selbstverständlich, ebenso wie das Verteilen von Ausweisen (in jungen Jahren an Freunde und Bekannte, später im Zuge von Tätigkeiten innerhalb von Patient*innenverbänden). Sie selbst habe ein Unbehagen mit der Vorstellung gehabt, ihre Augenhornhäute zu spenden, dieses aber zugunsten der Idee überwunden, dass anderen damit geholfen werden könne. Ihre Geschichten handeln vor allem von Handlungen anderer, Erfahrungen mit Menschen, die Organspende ablehnen und dem Gefühl der Wut, wenn das passiert. Das Datum ihrer letzten, erfolgreichen Transplantation ist für sie bis heute ein besonderer Tag, den sie mit kleinen Feierlichkeiten begeht. Neben dem Organspendeausweis hat sie auch einen Ausweis, der darüber informiert, dass sie Trägerin eines Transplantats ist. Ihren Organspendeausweis nimmt sie überall hin mit, erneuert ihn oft und kann sich auch von den alten nicht trennen. Sie verfügt also über eine kleine Sammlung. Stefanie lässt mich verstehen, wie das Infragestellen von Organspende auch die Existenz transplantierter Menschen selbst in Frage stellt und welches Verletzungspotenzial für sie in dem Verteilen von Ausweisen am Informationsstand steckt.

Juhani (38): Der »Neutrale« Mit Juhani spreche ich während eines zweimonatigen Forschungsaufenthalts in Finnland in seiner Wohnung in einer finnischen Großstadt, die er gemeinsam mit seiner Partnerin bewohnt. Juhani ist Mediendesigner und Katzenzüchter, die gemeinsame Wohnung ist dekoriert mit präparierten Tierkörpern. Im Gefrierfach lagern einige verstorbene Kätzchen aus dem letzten Wurf. Obwohl Finnland schon vor vielen Jahren die Widerspruchslösung eingeführt hat, trägt Juhani zusätzlich einen Ausweis bei sich, der ihn als Spender klassifiziert. Der ausgefüllte Ausweis ist

auch ein Erinnerungsstück an das Kennenlernen seiner Lebensgefährtin, denn die Ausweise wurden bei einem der ersten Treffen gemeinsam ausgefüllt. Juhani weiß nicht, wie er über Organspende sprechen soll: Zweifel, Ambivalenzen oder politische Auseinandersetzungen kann er sich kaum vorstellen, das Thema sei für ihn »neutral«. Von der Widerspruchslösung in Finnland wusste er bis zum Vorgespräch zu unserem Interview nichts, betont im Interview aber, dass er sich nun informieren wolle.

Max (34): Die Sozialisation des Mediziners Max ist Arbeitsmediziner und wurde auf das Thema Organspende durch eine Vorlesung und später auch durch ein Seminar während des Medizinstudiums aufmerksam gemacht. Während in der Vorlesung Organspendeausweise an die Studierenden verteilt werden, geht es in dem Seminar um Aufklärung der Vorgänge im Zuge der »Organspendeskandale« und darum, wie ein möglicherweise entstandenes negatives Bild wieder zurechtgerückt werden könnte. Max ist schnell klar, dass er das Prinzip der Organspende gut und richtig findet. Wichtig ist ihm, dass seine engsten Angehörigen nicht in diese Entscheidung einbezogen werden. Aus Max' Erinnerung erwächst ein Narrativ von Mediziner*innen, die mit schwer nachvollziehbaren Richtlinien zu kämpfen haben, jedoch durchwegs in guter Absicht handeln und denen letztlich aus fehlgeleiteten gesellschaftlichen oder politischen Diskursen unnötige Bürden auferlegt werden. Seine Geschichte ist vor allem eine Geschichte des Wissens, von Wissensverhandlungen, Kompetenzen von Ärzten³³ über das Ansehen seines Berufsstandes. Seine Motive für Organspende schildert er als altruistisch, jedoch verbunden mit dem Hinweis, er sei nicht religiös. Der Ausweis selbst ist Teil einer Sozialisierung als Arzt, im Unterschied etwa zu Lisa, erinnert er sich kaum an dessen Beschaffenheit, Größe oder Inhalte; auch konkrete Abläufe der Transplantation und Hirntod spielen nur eine untergeordnete Rolle. In seiner Küche hängen Organspendeausweise an einer Pinwand, um sie an Besucher*innen zu verteilen.

Karolin (35): Ferien mit Organspende Karolins Organspendegeschichte ist zunächst eine Familiengeschichte, die eine frühe Sozialisation mit Organspende durch den Beruf eines Elternteils und dem damit zusammenhängenden Ferienlager für chronisch kranke Kinder beschreibt. Familie, Freizeit und Freundeskreis sind, so erzählt Karolin, schon früh geprägt von der Thematik der Organtransplantation; ihren ersten Organspendeausweis füllt sie aus als sie zwölf Jahre alt ist. Karolin selbst ergreift später ebenfalls einen Beruf (was sie als eine Art »Fügung« beschreibt), der mit Organspende zu tun hat. Aufklärung ist ein wesentlicher Teil dieser Tätigkeit. Entsprechend dreht sich unser Gespräch lange und ausführlich um öffentliche Kommunikation über Organspende und Meinungen und Einstellungen, mit denen Karolin sich beruflich konfrontiert sieht. Sie selbst nimmt eine liberale Haltung zum Thema Organspende-Entscheidung ein, möchte Leute weder zwingen noch missionieren, aber der Verbreitung von Falschinformationen und Polemik entgegenwirken. Ambivalentes und Missbrauchspotenziale verortet sie vorrangig »weit weg«, in entfernter Vergangenheit oder im Ausland. Sie selbst hat in ihrem Ausweis ihre Spendenbereitschaft erklärt, räumt aber ein, die Vorstellung der Entnahme von Augenhornhäuten unangenehm zu finden.

33 Max benutzt durchgehend das generische Maskulinum.

Sarah (40): Glaube an die Wissenschaft Sarah hat zunächst einen technischen Beruf im Bereich der Luftfahrt erlernt, dann auf eine pädagogische Laufbahn umgeschwenkt und befindet sich gerade in Elternzeit. Ihre Geschichte ist die einer Familie, die sie als »wissenschaftsgläubig« bezeichnet. Mehrere Schlüsselereignisse prägen in diesem Zusammenhang ihre Auseinandersetzung mit dem Tod. Zum einen berichtet sie von einer Reihe von Todesfällen, die in ihrer Kindheit im weiteren familiären Umfeld zu beklagen waren und dass sie diese nicht als schlimm empfunden habe, weil zu diesen Gelegenheiten immer die Familie zusammengekommen sei. Als weiteres signifikantes Ereignis beschreibt sie einen Unfall ihres Kindes, bei dem dieses glücklicherweise unverletzt blieb. Die Konfrontation mit der Möglichkeit seines plötzlichen Todes beschreibt sie als Moment, der ihr vor Augen geführt habe, dass sie anderen Familien möglicherweise ersparen könnte, solche Verluste wirklich zu erfahren. Klar wäre für sie auch, die Organe ihres Mannes und ihrer Kinder freizugeben. Ihren Mann habe sie, so erklärt sie, »gezwungen« ebenfalls einen Ausweis auszufüllen. Sie selbst sei nach dem Tod ihres Vaters an das Klinikpersonal herangetreten, um nach der Möglichkeit einer Organspende zu fragen (die aus medizinischen Gründen jedoch ausgeschlossen war). Wichtig ist für sie vor allem das sinngebende Moment der Spende nach dem Tod. Die Vorstellung der Körperspende hingegen behagt ihr nicht, ähnlich wie Jonas und Lisa vermutet sie, dass es im Umgang mit dem Körper an Ernsthaftigkeit und Respekt fehlen könnte. Nicht Blut zu spenden ist für sie lediglich eine Frage des Zeitmangels bzw. des organisatorischen Aufwands.

Viktoria (31): Kurz nach ihrer ersten Organentnahme Viktoria ist Ärztin in der Ausbildung, die nach dem Studium nach Deutschland gekommen ist und zum Zeitpunkt des Interviews gerade ihre erste Organentnahme als assistierende Anästhesistin erlebt hat. Die altruistische Idee des Spendens spielt in ihrer Geschichte kaum eine Rolle (sie erzählt unter anderem von früheren Blutspenden, die sie getätigt hätte, weil man Essen oder Geld dafür bekommen habe), vielmehr ist es der pragmatische Umgang mit dem Tod, mit dem sie sich, wie sie betont, täglich konfrontiert sieht. Damit einher geht für sie eine positive Einstellung zur Organspende, die eng mit der Sozialisation als Medizinerin verbunden ist und vom medizinischen Laien bzw. Laiin unterscheidet. Die Aufklärung über Tod und Sterben bzw. das Sterben lassen von Menschen, bei denen Behandlungen keine Aussicht mehr auf Erfolg haben, ist für Sie ein wichtiges Thema. Das Ereignis der Organentnahme selbst hat ihre Aufmerksamkeit kaum gefesselt, als Anästhesistin nutzt sie die Gelegenheit, mehrfach den Raum zu verlassen, um andere Aufgaben zu erledigen. Sie selbst hat keinen Organspendeausweis, geht jedoch davon aus, dass ihre Familie mit ihrer Einstellung vertraut genug ist, um die entsprechende Entscheidung für eine Spende zu treffen. Der Ausweis wurde ihr mehrfach zugeschickt, doch habe sie stets vergessen, ihn auszufüllen und ihn dann verloren. Der Blick auf den eigenen Körper ist weitgehend pragmatisch: nur die Vorstellung, ihr Uterus könne zu Versuchszwecken in Laboren enden, stört sie ebenso wie die Vorstellung, ihren Bruder als Organspender zu sehen. Das Hineinversetzen in den eigenen Tod hingegen fällt ihr emotional eher schwer. Oft habe sie, wie sie sagt, Angst, nicht mehr aufzuwachen und davor, dass der nächste Atemzug ihr letzter sein könne.

Richard (69): Verbrannt und anonym Richard ist Ingenieur im Ruhestand und lebt mit seiner Frau in einem Haus in ländlicher Umgebung. Das Interview mit Richard ist kurz, seine Standpunkte erklärt er in wenigen Worten ohne große Ausschmückungen. Gleich zu Beginn betont er seine positive Einstellung zur Organspende, erwähnt seinen Organspendeausweis und findet es wichtig, zu dieser Gemeinschaft potenzieller Spender*innen und Empfänger*innen dazuzugehören. Menschen, die selbst keine Organe spenden wollen, sollten auch keine erhalten. Er selbst sei lange Blutspender gewesen, fände, ohne allerdings viel darüber zu wissen, Stammzellenspende prinzipiell gut und könnte sich auch eine Körperspende für sich vorstellen. Seine Frau und er, so berichtet er, haben für sich bereits entschieden, ein anonymes Grab zu wollen, das keine Pflege erfordere. Zudem möchten beide eingeäschert werden. Die Absolutheit des Todes und keinen persönlichen Wunsch oder Anspruch an den eigenen verstorbenen Körper zu haben, spielen immer wieder eine Rolle in seinen Schilderungen. Richard hat einen alten Organspendeausweis aus Papier im Format des alten Personalausweises, den er 2006 ausgefüllt hat. Den möchte er auch so behalten. Als er ihn während des Interviews aus dem Geldbeutel nimmt, ist er überrascht, dass es dort auch die Option gibt, »Nein« anzukreuzen. Von den »Organspendeskandalen« lässt er sich nicht verunsichern, aber die Idee eines »arabischen Scheichs« oder anderer reicher Menschen, die sich Organe kaufen könnten, verärgern ihn.

Elisabeth (60): Am Anfang und am Ende des Lebens Elisabeth ist Medizinisch-Technische Assistentin (MTA) und angestellt in einer Hornhautbank, weshalb die Entnahme von Augenhornhäuten ein wesentlicher Teil ihrer Tätigkeit ist. Das Interview führe ich gemeinsam mit einer Kollegin und Elisabeth berichtet zunächst vor allem über ihren beruflichen Alltag. Beschreibungen über die Entnahme und weitere Verarbeitung der Hornhäute und Gespräche mit Angehörigen nehmen einen großen Teil des Interviews ein. Zudem sprechen wir über das Verhältnis von Organ- und Gewebespende, die auf dem Organspendeausweis zwar zusammengefasst werden, sich in der Praxis aber in unterschiedlichen institutionellen Sphären abspielen. Elisabeth hat lange als medizinisch-technische Assistentin gearbeitet, zur Tätigkeit in der Hornhautbank kommt sie erst spät. Einen Organspendeausweis hat sie schon lange vorher gehabt und keinen Bereich des Körpers aus der Spende ausgeschlossen, geht regelmäßig Blut spenden und ist auch als Stammzellenspenderin registriert. Elisabeth betont, wie wohl sie sich in ihrem Beruf fühle, erzählt jedoch auch von Grenzen, an die sie im Zusammenhang mit dem Tod der Spender*innen geführt wird: Der Tod junger Menschen und verzweifelte Angehörige gehen ihr nahe, die Durchführung der Entnahme in »dunklen Kellern« findet sie gruselig. Obwohl es sich um einen technischen Vorgang handelt, sieht sich doch auch mit gewissen sozialen Anforderungen an den Umgang mit Trauer konfrontiert. Da auch Amnion-Spenden in ihrer Tätigkeit eine Rolle spielen, finden wir im Interview die Formulierung, sie sei am Anfang und am Ende des Lebens dabei, die ihr gut gefällt. In ihrem beruflichen Feld spielt der Organspendeausweis (wenn überhaupt) nur als Zitat eine Rolle, wenn Angehörige am Telefon auf die Existenz eines solchen Ausweises verweisen. Da das Interview während der Corona-Pandemie über Zoom geführt wurde, ist das gemeinsame Betrachten verschiedener Organspendeausweise nicht Teil des Gesprächs.

Heidi (33): Organspenderin in Finnland Heidi hat Deutschland vor einigen Jahren verlassen und ist nach Finnland ausgewandert, wo sie als Managerin in einer größeren Ladenkette arbeitet. Organspende kennt sie vor allem aus Film und Fernsehen, ihren Ausweis hat sie im Internet bestellt. In Finnland, so erzählt sie, habe sie sich sofort auch einen finnischen Organspendeausweis geholt, weil sie, wie sie sagt, Angst hatte, es könnte ihr etwas passieren und ihre Organe könnten ›verloren gehen‹. Im Interview kommen wir darauf, dass ihr nicht bewusst ist, dass sie in Finnland ohne Widerspruch einzulegen als Organspenderin gilt, was ihr Unbehagen verursacht. Sie unterstützt das Prinzip der Organspende, findet jedoch, dass die Entscheidung für eine Spende eine aktive und bewusste Entscheidung sein sollte. Würde man sie zwingen oder überreden wollen, würde sie zu Organspende eher ›Nein‹ sagen.

Von Organspendeskandalen hat sie nichts mitbekommen, ist aber nicht verwundert über Unregelmäßigkeiten in diesem Bereich bzw. darüber, dass, wie sie sagt, Menschen zuerst an sich selbst denken. Sie selbst wüsste auch nicht, was sie vielleicht tun würde, um an der Schlange der Wartenden vorbeizuziehen. Welche Organe verpflanzt werden, macht für sie keinen Unterschied, mehrfach vergleicht sie den Körper mit einem Auto, die Organe mit Ersatzteilen. Was in einem drin ist, sei ihr egal, solange es funktioniert. Die Idee des ›Weiterlebens‹ eines Menschen durch seine Organe in einem anderen Körper funktioniert für sie nicht; auch ihren verstorbenen Hund habe sie, nachdem das Herz aufgehört hatte zu schlagen, nur noch als leere Hülle empfunden. Blutspenden kommt für Heidi nicht infrage, weil sie einen niedrigen Blutdruck und Angst vor Nadeln hat. Sie ist aber bei der DKMS registriert. Ihre recht pragmatische Sicht auf den Körper endet jedoch, wie bei Sarah, Jonas und Lisa, an den Pforten des anatomischen Instituts. Ähnlich wie Jonas spricht sie davon, dass sie mit ihrem Körper unzufrieden sei und sie sich deshalb nicht vorstellen könne, im Zuge einer universitären Lehrveranstaltung begutachtet zu werden.

4.4 Eine Karte aus Plastik und der Blick auf das Artefakt

Nachdem wir anhand der Interviews bereits eine Reihe von Ausweissituationen kennen gelernt haben, möchte ich im Folgenden kurz skizzieren, wie ich mich für diese Studie dem Objekt ›Organspendeausweis‹ angenähert habe. Dieser ist nun kein ›einzigartiges‹ Objekt, das als einziges Original hinter den Wänden einer Glasvitrine im Museum steht, kein Ausweis der ersten Stunde, der sich irgendwo finden ließe und auch kein Objekt, das sich an bestimmten Orten besonders gut beobachten ließe. Der Organspendeausweis ist zahllos – und so galt es, einen Anfangspunkt zu finden. Ein solcher materieller Ausgangs- und Fluchtpunkt hätte jeder beliebige Organspendeausweis sein können, von denen unzählige existieren – ausgefüllt, unausgefüllt, am Ende von Broschüren, am Anfang einer Entscheidung oder am Ende eines Lebens. Es hätte auch mein eigener, erster Organspendeausweis sein können, den ich seit einer Informationsveranstaltung in der zehnten Klasse in meinem Geldbeutel trug: Ein gelbliches Stück Papier mit einem roten Kreuz darauf. Für diese Studie habe ich aber einen anderen gewählt: Eine Plastikkarte, die mir auf meiner ersten Organspendeveranstaltung in die Hände fiel.

Abbildung 2: Organspendeausweis aus Plastik



Bildquelle: privat

Bis dato kannte ich den Ausweis aus Papier oder Pappe und so nahm ich die glänzende Plastikkarte von einem Stapel am Eingang zum großen Sitzungssaal meines ersten Transplantationskongresses als ›meinen Urausweis‹ zur weiteren Beforschung mit. Wie aber lässt sich ein solches Objekt nun befragen und beforschen?

Entlang der Perspektiven der Artefaktanalyse, wie sie (unter anderem) von Ulrike Froschauer (2009) vorgeschlagen wird, und Überlegungen aus der materiellen Kulturforschung, wie sie von Werner Bellwald (2014) systematisiert wurde, stellte sich zunächst die scheinbar banale Frage: Was ist dieser Organspendeausweis?

Mit Froschauer lassen sich hier einige kleinteiligere Fragen anschließen, die auf eine sowohl dichte als auch distanzierte Beschreibung des Objekts zielen und im übertragene Sinne in einzelne Elemente zerlegen:

- »Materialität: Welche Eigenschaften hat das Material des Artefakts? Hier können folgende Fragen hilfreich sein: Wie kann die Oberfläche des Artefakts beschrieben werden? Welche Konsistenz hat das Artefakt? Welcher Geruch umgibt das Artefakt?
- Struktur der Artefaktgestaltung: Die Gestaltung umfasst sowohl räumliche Anordnungen als auch verschiedene Komponenten der Aufmachung wie Symbol-, Bild- und (kurze) Textelemente (etwa Bezeichnungen, Namen, Titel, kurze Hinweise). Dazu zählen folgende Fragen: Aus welchen Komponenten ist das Artefakt aufgebaut? Wie ist das Artefakt räumlich strukturiert? Können Haupt- und Nebenelemente identifiziert werden? Gibt es einen Vordergrund bzw. einen Hintergrund? Wie ist das Bild gestaltet? Welche Farbgebungen sind beobachtbar?

- Text: Wie ist der Text gestaltet? Welche Differenzierungen (z.B. Überschrift, Fließtext) zeichnen den Text aus? Dieser Analyseteil stellt eine Verbindung zur Textinterpretation her, sofern die angesprochenen Textteile eine zusammenhängende Textstruktur aufweisen (d.h. mehr als eine Überschrift oder eine Bezeichnung sind)«. ³⁴

Erst im Nachgang wird nach der Bedeutungsebene und alltagskontextuellen Sinneinbettung gefragt. So schlägt Froschauer vor, nach den Grenzen des Objekts ebenso zu fragen wie nach möglichen Bedeutungszuschreibungen und Assoziationen und schließlich auch die organisatorische Einbettung in die Interpretation einzubeziehen. ³⁵ Alle drei Themenkomplexe erwiesen sich als fruchtbar – sowohl für die Ausarbeitung der Fragestellung als auch für methodologische Überlegungen.

Grenzen des Objektes

Mit Blick auf diesen von mir als Ausgangspunkt gewählten Ausweis wurde deutlich, dass er weder Material und Größe noch in der Gestaltung oder die auf dem Ausweis per Logo vertretene Einrichtungen irgendeiner Form der Einheitlichkeit folgen. So fand ich Ausweise in unterschiedlichen Formaten, Materialien, mit unterschiedlichen Beschriftungen und sogar abweichenden Zwecken: Denn der Organspendeausweis rief offenkundig auch ›Anti-Ausweise‹ auf den Plan.

Abbildung 3: Sammlung verschiedener Organspendeausweise



Bildquelle: privat

34 Froschauer 2004: 334.

35 Vgl. ebd.: 335.

In Kombination mit Bellwalds vor allem aus dem musealen Bereich bekannten Konzept der Inventarisierung, also einer Sammlung von Kurzbeschreibungen, bot sich an, verschiedene Ausweise auch im Vergleich zu betrachten:³⁶

»Manchmal eröffnen sich Erkenntnisse erst, wenn wir unscheinbare Dinge wie Inschriften aufnehmen oder Produktionsorte recherchieren, dann ganze Serien vergleichen und plötzlich Zusammenhänge erkennen. Material, Technik, Farbgebung und weitere Punkte dieser materiellen Verfasstheit von Dingen wurden in den letzten Jahrzehnten oft zugunsten von Interviews oder übergeordneten Fragen vernachlässigt.«³⁷

Während die Recherche nach Produktionsorten im Fall des Organspendeausweises meist wenig ergiebig war – bis auf die Erkenntnis, dass jede Person oder Institution ihre eigenen Organspendeausweise herstellen und gestalten kann – zeigten sich im Vergleich nicht nur Bemühungen, Ausweise an die etablierten Größenformate wichtiger Dokumente anzupassen, sondern auch Bemühungen um »neutrale« Formulierungen.

Abbildung 4: Ausweise im Vergleich: Arbeitskreis Organspende und DSO

Erklärung zur Organspende

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

☐ **Ich bin Organspender:** Ich möchte kranken Menschen dadurch helfen, daß mir nach meinem Tod Organe/Gewebe zur Transplantation entnommen werden.

☐ **Ich bin Organspender, ausgenommen folgende Organe /Gewebe:** _____

☐ **Ich bin kein Organspender:** Ich widerspreche einer Entnahme von Organen/Gewebe.

Organspende rettet Leben!

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, daß nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

☐ JA, ich gestatte, daß nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder ☐ JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe: _____

oder ☐ JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe: _____

oder ☐ NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder ☐ Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden: _____

Name, Vorname _____ Telefon _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise _____

Datum _____ Unterschrift _____

Bildquelle: privat

³⁶ Vgl. Bellwald 2014: 338f.

³⁷ Ebd.: 338.

Zwar legt der Ausweis, wie er aktuell auch von der BZgA herausgegeben wird, ebenfalls nahe, dass ein »Ja« zur Organspende die naheliegendere Antwort wäre als ein »Nein«, doch findet sich hier die Formulierung »Ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.« Ein Ausweis des »Arbeitskreis Organspende« hingegen legt mit der Formulierung »Ich bin Organspender: Ich möchte kranken Menschen dadurch helfen, daß nach meinem Tod Organe/Gewebe zur Transplantation entnommen werden« einen klareren moralischen Fokus auf das »Ja« zur Spende (würde ein Nein doch implizieren, kranken Menschen nicht helfen zu wollen). Dies wird unterstrichen durch den dicken Schriftzug »Organspende rettet Leben!« am unteren Rand der Karte. Eingerahmt von der Möglichkeit zu helfen und Leben zu retten, würde ein »Nein« auf diesem Ausweis schwerer fallen als auf solchen, die ohne diesen Impetus auskommen.

Assoziationen

Froschauer schlägt vor, im Verlauf folgende Fragen an die zu beforschenden Objekte zu stellen: »Welche allgemeinen Bedeutungen könnten dem Artefakt aus der Perspektive eines alltagskompetenten Interpreten zugeschrieben werden? Welche Assoziationen löst das Artefakt generell aus?«³⁸ Ziehen wir dafür wieder meinen »Urausweis« heran, so fällt der Blick schnell auf den Bundesadler und den durch das §-Zeichen gekennzeichneten Verweis auf ein Gesetz. Auch für Menschen ohne rechtswissenschaftlichen Hintergrund ergibt eine schnelle Recherche, dass es sich hierbei um das Transplantationsgesetz (TPG) handelt und darin um den Passus zur »Aufklärung der Bevölkerung«. In späteren Interviews werden einige meiner Gesprächspartner*innen den Ausweis als »offiziell«, »seriös« oder »amtlich« bezeichnen und damit noch greifbarer machen, was sich schon in ersten Interviews angedeutet hat: Über den Organspendeausweis zu sprechen heißt nicht einfach, auf einer symbolischen Ebene über Organspende zu sprechen, sondern vielmehr auch, dass sich mit der Praxis, Spender*innen mittels solcher Dokumente identifizierbar machen zu wollen, mit der Überführung der Spende in ein alltagspraktisches Dokument, Organspende auch in einer Erfahrungsdimension der Bürokratie öffnet (hierzu mehr in Kapitel 8). Dass seine Dokumenthaftigkeit jedoch nur eine der möglichen Seinsweisen des Ausweises ist, werden wir in den folgenden Kapiteln sehen.

Organisatorische Einbettung

Da Froschauers Überlegungen unter anderem in der Organisationsforschung wurzeln, schlägt sie auch vor, Fragen nach deren institutioneller und organisatorischer Einbettung zu stellen: »Inwiefern gehört das Artefakt zur Normalität und inwiefern zum Ungewöhnlichen der Organisation?«³⁹

An dieser Stelle möchte ich nun kurz skizzieren, warum Fragen wie diese einerseits nur bedingt nutzbar für den Organspendeausweis sind, auf der anderen Seite aber eine Reihe interessanter Folgefragen aufgeworfen haben, die uns weiter durch diese Arbeit

38 Froschauer 2004: 335.

39 Ebd.: 335.

begleiten werden. Auf den ersten Blick schien es naheliegend, auch den Organspendeausweis als Artefakt einer Organisation, beispielsweise wie in unserem ersten Ausweisbeispiel, der DSO, zu begreifen, entspricht es doch unserer Erfahrung, dass die meisten Karten in unseren Geldbeuteln uns mit eben solchen Organisationen verbinden oder sogar weitere Handlungen ermöglichen (zum Beispiel Geld an einem Schalter oder Automaten abzuheben). Der Organspendeausweis kann stattdessen von verschiedenen Institutionen stammen: Beispielsweise von der BZgA, Patient*innenverbänden oder Krankenkassen. Er kann im Internet ausgefüllt und selbst ausgedruckt werden, von verschiedenen Auslagen mitgenommen und handschriftlich ausgefüllt werden oder durch einen formlosen Zettel ersetzt werden. Er kann unterschiedlich gestaltet werden, von Größe, Design, Material bis hin zur Beschriftung. Er geht (bis dato) nicht mit einer zentralen Registratur einher, die Entscheidung auf dem Ausweis kann nicht mit zentralen Gesundheitsdaten abgerufen werden und vor allem spielt er in den wenigsten Fällen tatsächlich eine Rolle für die Identifizierung und Rekrutierung von Organspender*innen.

Er regelt zudem oftmals die Zustimmung zu einer Gewebespende, die organisatorisch vollkommen anders eingebettet ist als die postmortale Spende von Organen. Die daraus folgende Frage nach der organisatorischen Einbettung des Organspendeausweises, lautete: Wenn der Organspendeausweis in den wenigsten Fällen dazu dient, den Willen einer für eine Spende in Frage kommenden Person zu erklären, was ›tut‹ er dann? Auch darauf werden wir in den folgenden Kapiteln eine Vielzahl von Antworten finden.

Im Zuge des Sammelns, Beschreibens und Vergleichens, nutzte ich zudem – und zunächst explorativ – immer wieder auch Interpretationssitzungen mit Kolleg*innen,⁴⁰ um den eigenen und mitunter beschränkten Blick zu hinterfragen und entschloss mich letztlich in die später folgenden Interviews (wenn möglich) diese Ausweise sowie ggf. auch die ausgefüllten eigenen Ausweise meiner Gesprächspartner*innen ebenfalls im Verlauf des Interviews als Gesprächsanlass zu nutzen. Diese Methode der *object elicitation*, die unter anderem von Sophie Woodward in den letzten Jahren explizit ausgearbeitet wurde,⁴¹ lenkt den Blick nicht nur auf das Objekt selbst, sondern vor allem auch darauf, wie Menschen einen narrativen Kontext für Objekte schaffen, in welcher Beziehung ihre Erzählungen über Dinge mit ihren Handlungen mit diesen Dingen stehen und wie bedeutungsvolle Beziehungen zu den Dingen geschaffen werden. Dinge können Wirkung auf Situationen zeigen, doch auch die Sprache definiert und gestaltet, so Woodward, materielle Kulturen. Auch wenn Worte an sich nicht ausreichen, um materielle Praktiken zu verstehen, so sind sie doch Teil der Art und Weise, wie Menschen ihre Beziehung zu den Dingen artikulieren. In Anbetracht der Tatsache, dass sich viele sozialwissenschaftliche Methoden auf die verbalen Schilderungen der Menschen konzentrierten, sei es wichtig, kritisch darüber nachzudenken, welche Art von Verständnis diese Schilderungen über materielle Praktiken eigentlich zulassen.⁴² Sprechen Menschen also über Organspendeausweise, so artikulieren sie damit weit mehr als eine kausale Deckungsgleichheit von »Ausweis haben« und »Spendenbereitschaft«.

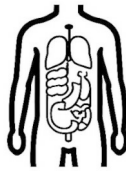
40 Mein Dank gilt hier insbesondere den Teilnehmer*innen des Oberseminars »Neuere Forschungen und Forschungspraxis im Bereich qualitativer Methoden« von Prof. Dr. Renate Liebold.

41 Vgl. hierzu auch Woodward 2016 und 2020.

42 Vgl. Woodward 2016: 362.

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

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



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

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

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

5.1 (Körper-)Grenzen: Begriffe und Konzepte

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

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

1 Vgl. hierzu auch Böhrrer 2021.

2 Vgl. Auerochs 2012.

3 Vgl. Blumer 1954.

4 Vgl. Kristeva 1982.

5 Vgl. Giesen 2010.

6 Vgl. Nowak 2011.

7 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017.

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

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

Abjektion, Transdifferenz und die Grenzen des Subjekts

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

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

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

8 Vgl. auch Auerochs 2012.

9 Pfaller und Schetsche 2021: 1.

10 Vgl. Kristeva 1982: 1

11 **Ebd.: 2.**

12 Pfaller und Schetsche 2021: 1.

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

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

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

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

13 Ebd.: 1.

14 Vgl. auch ebd.: 1f.

15 Ebd.: 2.

16 Vgl. Kristeva 1982: 2.

17 Ebd.: 3.

18 Ebd.: 4.

19 Douglas 1985: 152.

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

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

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

20 Ebd.: 152.

21 Ebd.: 15.

22 Ebd.: 211.

23 Ebd.: 208.

24 Kristeva 1982: 4.

25 Vgl. Böhler 2021; Auerochs 2012.

26 Vgl. auch Kurkowski und Heckel 2021.

27 Kristeva 1982: 2.

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

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

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

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

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

Die letzte Grenze: Von der Post- zur Transmortalität

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

30 Giesen 2010 und Giesen et al. 2014.

31 Giesen 2010: 15.

32 Vgl. ebd.: 9.

33 Vgl. Nowak 2011.

34 Ebd.: 110f.

35 Ebd.: 106.

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

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

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

36 Lafontaine 2010: 53.

37 Ebd: 54f.

38 Ebd: 57.

39 Ebd: 58.

40 Vgl. ebd: 64.

41 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017.

42 Vgl. ebd: 8.

43 Ebd: 9.

44 Vgl. hierzu auch Mol 2002.

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

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

45 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 9.

46 Vgl. ebd.: 21.

47 Vgl. ebd.

48 Lindemann 2002.

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

50 Kahl und Knoblauch 2017: 22.

51 Vgl. ebd.

52 Ebd.: 23. Hervorhebung im Original.

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

54 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 23.

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

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

57 Vgl. Kahl und Knoblauch 2017: 23.

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

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

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

5.2 Tod, Sterben und das Ende des Körpers

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

Der sichere Tod

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

58 Vgl. BZgA 2017.

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

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

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

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

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

60 Ebd.: 37.

61 Ebd.: 41.

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

63 Ebd.: 24f.

64 Ebd.: 25.

65 Vgl. hierzu auch Lafontaine 2010.

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

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

Sterben mit den Angehörigen

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

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

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

68 Vgl. Knopke 2019.

69 Brauer et al. 2014.

70 Vgl. z.B. Deutscher Bundestag 2020.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Für Jonas geht es um Vertrauensfragen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tod oder lebendig? Hirntod und die Frage der Zeit

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

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

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

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

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

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

73 Jensen 2011a: 72.

74 KAO 2019: 5.

75 Ebd.: 15.

76 Ebd.: 16.

77 Vgl. hierzu Benkel 2019: 18f.

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

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

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

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

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

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

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

79 KAO 2019: 5.

80 Ebd.: 15.

81 Ebd.: 31.

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

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

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

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

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

83 Vgl. Jensen 2011a.

84 Vgl. ebd.: 13, 35.

85 Feldprotokoll, Workshop während des DSO-Kongresses 2017.

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

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

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

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

5.3 Das Zerlegen des Körpers

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

86 Aus der Posterkampagne der BZgA von 2014.

87 Aus der Posterkampagne der BZgA von 2016.

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

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

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

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

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

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

89 Lafontaine 2010: 72.

90 Vgl. hierzu Meitzler 2019.

91 Ebd.: 132. Hervorhebung im Original.

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

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

94 Ebd.

95 Richardson 2006.

96 Vgl. ebd.: 152ff.

97 Vgl. ebd.: 156.

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

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

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

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

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

98 Ebd: 154.

99 Vgl. ebd.: 162.

100 Ebd: 163.

101 Vgl. ebd: 164.

Fleisch, Metzgerei und Kannibalismus

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

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

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

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

103 Vgl. Levi-Strauss 2014 oder Fox 1993.

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

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

106 München TV 2016.

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

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

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

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

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

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

Ästhetik und das Gute, das man sehen kann

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

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

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

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

109 Vgl. auch Adloff und Pfaller 2017.

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

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

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

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

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

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

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

112 Greinert 2005.

113 Vgl. ebd.

114 Vgl. auch Adloff und Hilbrich 2019.

115 BZgA 2016: 41.

116 Ebd: 42.

117 Jensen 2011a: 171.

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

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

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

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

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

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

118 Ebd: 171f.

119 Vgl. ebd.: 140ff.

120 Ebd: 141f.

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

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

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

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

121 Vgl. ebd.: 78f.

122 Kapferer und Hobart 2005: 9.

123 Vgl. Jensen 2011a und Tayler 2011.

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

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

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

Grenzbereiche im Vergleich zur Körperspende

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

Jonas schildert seine Bedenken wie folgt:

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

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

125 Vgl. Motakef 2011: 44.

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

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

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

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

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

»I: Und wie ist das mit Körperspenden?

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

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

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

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

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

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

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

Mein Körper/Dein Körper

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

127 Adloff und Pfaller 2017.

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

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

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

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

Exkurs: Immunsuppression

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

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

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

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

132 Wagner 2016.

133 Hauser-Schäublin et al. 2008.

134 Ebd.: 43.

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

136 Vgl. Pfaller 2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

139 Amelang 2014: 127.

140 Ebd.: 126.

141 Silverstein 2023.

142 Vgl. z.B. Watson 2013.

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

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

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

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

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

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

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

5.4 Die Bestandteile des Körpers selbst: Organe und ihr Eigenleben

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

Wahlmöglichkeiten

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

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

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

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

144 Vgl. auch Motakef 2011.

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

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

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

J: Ja, völliger Unterschied.

I: Wo ist da der Unterschied?

J: (lacht). Äh ...

I: Oder fühlt sich das denn anders an?

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

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

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

A: Kein Problem.

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

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

I: Okay. Wieso?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

147 Krüger-Fürhoff 2012: 61.

148 Vgl. ebd.: 61.

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

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

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

Seid ihr Herz oder Lunge? – Organteams

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

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

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

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

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

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

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

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



Bildquelle: privat

Organqualität

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

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

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

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

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

Abbildung 6: Mahtimaksa



Bildquelle: The Finnish Kidney and Liver Association

Abbildung 7: Supersankarimunuaienen



Bildquelle: The Finnish Kidney and Liver Association

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

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

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

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

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

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

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

155 Gugutzer 2012: 285.

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

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

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

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

156 Franklin 2002: 192.

157 Vgl. hierzu auch Motakef 2011.

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

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

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

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

159 Aus seiner Sicht vermutlich weniger technikaffine Personen.

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

161 Vgl. Solhdju 2015.

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

163 Vgl. Solhdju 2015.

Person vs. Material

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

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

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

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

(Kichern im Raum)

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

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

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

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

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

Und etwas später erklärt er:

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

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

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

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

166 Pseudonym.

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

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

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

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

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

168 Vgl. Sharp 2007: 58.

169 Meitzler 2019: 132.

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

171 Bleakley 2011: 49.

172 Vgl. Coombs et al. 1993: 997.

173 Vgl. Bleakley 2011: 50.

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

5.5 Reflexionen: Der Organspendeausweis als Memento Mori?

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

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

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



Bildquelle: privat

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

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

174 Vgl. hierzu auch Böhler 2021 und 2022.

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

Abbildung 9: Kollage aus Kampagnenmotiven 2014–2016



Bildquelle: Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit

175 Lafontaine 2010: 73.

176 Sharp 2007: 24.

177 Vgl. Sharp 2007: 24.

178 Ebd: 25.

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

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

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

180 Vgl. Bundesgesundheitsministerium 2017.

181 Vgl. auch Böhrer 2022.

182 Vgl. Kristeva 1982: 2.

183 Nowak 2011: 641.

6. Kollektiv & Solidarität – Einblicke in die Transplantationsgemeinschaft

»Ich bin dabei! Ich habe einen Organspende-
ausweis ausgefüllt.«

(Kalenderblatt des Organspendekalenders)



Die Freigabe der eigenen Organe und Gewebe zu Transplantationszwecken ist nicht nur eine individuelle Entscheidung über den Umgang mit dem Körper am Ende des Lebens. Vielmehr wird sie auch in kollektiven Dimensionen verhandelt, die sich im Konzept der »Spende« wiederfinden. Organspende wird damit zu einem Akt der Solidarität und der moralischen Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft bzw. einer vorgestellten Gemeinschaft.¹ In diesem Kapitel wird der Organspendeausweis daher in der kollektiven Dimension einer vorgestellten Transplantationsgemeinschaft² erkundet. Dem Begriff liegt

1 Vgl. auch Hauser-Schäublin et al. 2008: 127.

2 Zum Begriff der vorgestellten Gemeinschaft vgl. Anderson 1996. Anmerkung: Schneider (1999) benutzt den Begriff der *Transplantationsgesellschaft*, untersucht in diesem Zusammenhang jedoch vorrangig die Diskursivität des Todes im Kontext öffentlicher Debatten um Hirntod und Organspende (Vgl. Schneider 1999). Der Begriff findet sich zudem im medizinischen Feld der Transplantation selbst in Form der Vereinigung *Deutsche Transplantationsgesellschaft* e.V. (DTG). Aufzeichnungen eines Jahreskongresses dieser Vereinigung von Ärzt*innen sind auch Bestandteil der vorliegenden Arbeit. Um Verwirrung möglichst zu vermeiden, habe ich mich hier in Anlehnung an Anderson für den Begriff der »Gemeinschaft« entschieden, auch weil dieses Kapitel weniger auf eine Gesellschaftsdiagnose zielt als vielmehr auf ein Nachzeichnen der Sozialfiguren und ihrer »Aktivitäten«, die für Vorstellungen über Organspende und das moralische Spektrum, in dem sie verstanden wird, wichtig sind.

das Verständnis der Nation als vorgestellte politische Gemeinschaft von Benedict Anderson an zugrunde.

»*Vorgestellt* ist sie deswegen, weil die Mitglieder selbst der kleinsten Nation die meisten anderen niemals kennen, ihnen begegnen oder nur von ihnen hören werden, aber im Kopf eines jeden die Vorstellung ihrer Gemeinschaft existiert.«³

Die finnische Anthropologin Susan Ådahl zieht Andersons Konzept der imaginierten Gemeinschaft mit Blick auf das finnische Transplantationssystem heran, um Kommunikationsstrategien zu erklären, die auf die Integration der Empfänger*innen von Organen in eine imaginierte Solidargemeinschaft abzielen:

»The rhetoric surrounding organ transplantation and the information communicated about these practices in the public sphere serve to construct the imagined community of potential organ recipients (Anderson 1983). In the Finnish context the role of the state, as represented by medical experts, social workers, legislators, and other individuals involved in transplantation, is to encourage citizens to consider and include this imagined community of individuals in need of organs as part of a communal ›we‹. This ›we‹ wants to help others (total strangers) because of a sense of community that springs out of recognition.«⁴

Obleich Organempfänger*innen bzw. die Vorstellungen, die potenzielle Spender*innen sich über sie machen, eine wichtige Rolle für die kulturelle Einbettung der Transplantation spielen, erweist sich die Transplantationsgemeinschaft doch als komplexer. Organspende betrifft, wie wir sehen werden, für potenzielle Spender*innen situativ verschiedene Formen und Größenordnungen von Kollektiven, von der Familie bis zum Staat, an die jeweils unterschiedliche Erwartungen herangetragen werden.

Dieses Kapitel wird daher folgenden Fragen nachgehen: Wer sind die Mitglieder der Transplantationsgemeinschaft, und was verbindet sie? Welche Regeln gelten in ihr, und wo stößt die Solidarität an ihre Grenzen? Wie interagieren die Mitglieder dieser Gemeinschaft, welche Gaben tauschen sie und welche Rolle spielt der Organspendeausweis als verbindendes (oder trennendes) Element darin? Wir werden also einen Rundflug unternehmen, über die Figuren des Feldes und seine Marktplätze, um am Ende zum Organspendeausweis zurückkehren und ihn als ›Mitgliedskarte‹ der Transplantationsgemeinschaft in den Blick zu nehmen.

3 Anderson 1996: 15, Hervorhebung im Original.

4 Ådahl 2017: 39. Hervorhebung und Literaturverweis im Original.

6.1 Begriffe und Konzepte: Sozialfiguren und Gaben

Als *sensitizing concepts*⁵ werden uns in dieser Dimension der Organspende *Sozialfiguren*⁶ und das Prinzip der *Gabe*⁷ zur Seite stehen. Der Blick auf die Sozialfiguren des Feldes und die darin kursierenden Gaben wird zeigen, wie sich die Transplantationsgemeinschaft moralisch konstituiert und welche Interaktionsbedingungen in dieser Erfahrungsdimension von Organspende als Gemeinschaftsprojekt gegeben sind.

Dass das Motiv der ›Spende‹ der Entscheidung über den eigenen Körper nicht nur eine kollektive, sondern auch eine moralisch-wertende Dimension verleiht, zeigt sich insbesondere dann, wenn potenzielle Spender*innen über öffentliche Kampagnen angesprochen werden und von einer positiven Antwort überzeugt werden sollen.⁸ So stellen Hansen et al. mit Blick auf Organspendekampagnen von 1996 bis 2016 in Deutschland fest, dass Betrachter*innen weniger mit neutralen Informationen als mit Aussagen konfrontiert werden, die darauf abzielen, das Verhalten in Bezug auf Organspende zu beeinflussen. Im Unterschied zu Ländern mit *Opt-out*-Lösung investierte Deutschland, so die Autor*innen, erhebliche Summen in die öffentliche Kommunikation, Aktionen und Veranstaltungen rund um die Organspende. Vor diesem Hintergrund würden moralische Botschaften strategisch mit der Absicht organisiert, vorher festgelegte Ergebnisse zu erzielen, wie sie auch von anderen Gesundheitskampagnen (beispielsweise zur Vermeidung sexuell übertragbarer Krankheiten oder in Nicht-Raucher*innen-Kampagnen) angestrebt werden.⁹

In den untersuchten Posterkampagnen identifizieren sie sechs dominante Kommunikationsschemata, die für das Verständnis der kommunikativen Bedingungen des Feldes bedeutsam sind: Organspende sei darin a) ein altruistischer Akt, der b) von entscheidungsfreudigen Personen durchgeführt werde, die c) familienbewusst handeln, d) das Leiden anderer minimieren wollen und e) sozialkonform handeln; darüber hinaus suggerieren einige der Kampagnen f) eine Form der uneingeschränkten Reziprozität (*complete reciprocity*). Die Posterkampagnen beinhalten in Bild und Text also eine Reihe moralischer Botschaften, die sich aus einem Interesse der Transplantationsmedizin an einer möglichst hohen Anzahl gespendeter Organe ableiten lassen. So wird eine positive Entscheidung zur Organspende als gute Handlung tugendhafter Personen gerahmt; im Umkehrschluss kann, so merken die Autor*innen kritisch an, kann eine Person, die diese Technologie nicht unterstützt, nicht den moralischen Status eines ›guten‹ Menschen erlangen. An potenzielle Spender*innen wird zudem in ihrer Rolle als *zoon politikon* appelliert, der sie durch ›richtige‹ Entscheidungen gerecht werden sollen. Auch die soziale Norm der Familie kommt in der Kommunikation über Organspende immer wieder ins Spiel, wenn beispielsweise an die Verantwortung für Angehörige und damit an Gefühle von Verpflichtung und Fürsorge appelliert wird.¹⁰

5 Blumer 1954.

6 Moser und Schlechtriemen 2018.

7 Mauss 1968; Motakef 2011.

8 Vgl. Hansen et al. 2017.

9 Vgl. Hansen et al. 2017: 2.

10 Vgl. ebd.: 5ff.

Die Betrachter*innen werden aufgefordert, darüber nachzudenken, wie schwer eine nicht getroffene Entscheidung auf den Angehörigen lasten würde. Es gilt folglich, eine persönliche Entscheidung zu treffen, die in privaten Gesprächen mit den Angehörigen herbeigeführt werden soll, um ihnen zu gegebener Zeit diese belastende Verantwortung zu nehmen. Eine moralische Verpflichtung besteht auch mit Blick auf jene, die auf ein Transplantat warten: Wer Mitgefühl für die Leidenden empfindet, so analysieren die Autor*innen als Botschaft der Kampagnen, kann Organspende nicht ablehnen. Potenzielle Spender*innen werden somit ermutigt, Teil einer sozialen Gruppe zu sein, die gesellschaftliche Bedeutung der Organspende zu akzeptieren und sich entsprechend zu verhalten, indem sie diese als Teil einer vorbildlichen Lebensführung befürworten. Die Entscheidung für eine Spende wird, so Hansen et al., überwiegend als Schwarz-Weiß-Lösung dargestellt, die nur klare Zustimmung oder klare Ablehnung erlaubt. Die zugrundeliegende Botschaft an die bzw. innerhalb der Transplantationsgemeinschaft lautet folglich, dass alle moralisch handeln und das Richtige tun sollten (nämlich Organe spenden) und dass es zugleich selbstverständlich sei, dass Fremdorgane im Falle einer entsprechenden Krankheit auch gewollt würden. Einige ältere Kampagnen, die in der Studie aufgegriffen werden, suggerieren zudem, die Bereitschaft zur Organspende würde umgekehrt auch die Chancen auf ein gespendetes Organ erhöhen.¹¹ So beispielsweise die Kampagne des deutschen Herzzentrums Berlin (DHZB) von 2010, die mit den Gesichtern prominenter Personen wie Till Schweiger, Matthias Schweighöfer oder Detlef D. Soost. Die Kampagne zeigt frontal fotografierte Gesichter mit ernstem Ausdruck vor neutralem grauem Hintergrund. Der Slogan in großen weißen Großbuchstaben überlagert die Gesichter: »Du bekommst alles von mir. Ich auch von Dir?«, was nahelegt, bei Organspende könnte es sich um ein Prinzip der Gegenseitigkeit handeln.¹²

Zwar rücken neuere Kampagnen mit dem Slogan »Hauptsache, Sie haben ihn«, stärker die Entscheidung in den Fokus der öffentlichen Anrufung, doch werden potenziellen Spender*innen weiterhin kaum valide Gründe für ein »Nein« zur Organspende an die Hand gegeben.¹³ Die Transplantationsgemeinschaft ist aus dieser Sicht eine Gemeinschaft von Bekennenden. Doch ebenso wie es mehr erzählte Figuren als nur Spender*innen und Empfänger*innen gibt, ist, wie wir im Folgenden sehen werden, auch das Feld moralischer Deutungen komplexer.

Sozialfiguren und das moralische Feld

Ein wichtiger Bestandteil der Kulturen der Organspende ist die Verhandlung moralischer, normativ aufgeladener Vorstellungen von Gemeinschaft, die mit dem Vorgang des »Spendens« verbunden sind. Teil dieser Aushandlung sind wiederkehrende Protagonist*innen in Erzählungen rund um die Organspende, die Spuren von Ereignissen und

11 Vgl. ebd.: 7f.

12 Leider konnte die Kampagne hier nicht abgedruckt werden, weshalb ich an dieser Stelle auf einen Artikel des DFG-Projektes von Hansen et al. verweise, in dem diese und andere Kampagnen sowohl analysiert als auch abgedruckt wurden: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bioe.12774>. Die Seite »proorganspende.de« ist nur noch in archivierter Form verfügbar: <https://web.archive.org/web/20100827022212/www.proorganspende.de/>

13 Vgl. BZgA 2017.

Geschichten in sich tragen. So werden etwa von potenziellen Spender*innen Empfänger*innen imaginiert, die arm, reich, moralisch integer oder kritikwürdig sind. Meist handelt es sich um Figuren, die zur Ab- und Eingrenzung des Phänomens Organspende herangezogen werden und/oder artikulieren, wie es *nicht* sein sollte – Figuren also, die die moralischen Erlebniswelten der Organspende strukturieren und Positionierungen ermöglichen. Um eben diese Figuren zu ordnen und ihre Funktion in der Praxis der Organspende besser zu verstehen, möchte ich zunächst das Konzept der *Sozialfiguren* einführen. Methodologisch fundiert wurde dieses von Sebastian Moser und Tobias Schlechtriemen.¹⁴ Sozialfiguren seien, so stellen die Autoren fest,

»ein geeignetes Mittel [...], um denjenigen Fragen nachzugehen, die den Menschen der Gegenwartsgesellschaft ›unter den Nägeln brennen‹. Denn sie fungieren nicht nur als soziologische Reflexionsform, sondern werden auch außerhalb der Wissenschaft hervorgebracht und bilden somit Deutungsmuster, die weit über fachwissenschaftliche Debatten hinaus zirkulieren. Gerade dies macht Sozialfiguren für viele Menschen kommunikativ anschlussfähig.«¹⁵

Sozialfiguren entstehen insbesondere in krisenhaften Kontexten oder im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen, deren (potenzielle) Auswirkungen noch keine eindeutige Klärung und Institutionalisierung erfahren haben. Sie eignen sich deshalb zur Reflexion gesellschaftlich relevanter Problemstellungen, wie sie beispielsweise durch neue medizintechnische Entwicklungen entstehen können. Sie sind sowohl narrative bzw. figurative Verdichtungen gesellschaftlicher Erfahrungen als auch Instrumente der Simplifizierung komplexer Sachverhalte.¹⁶ Angesiedelt im Bereich der Imagination, zwischen Wirklichkeit und Fiktion, verhalten sie sich wie imaginäre Sparringspartner, werden umkreist und herausgefordert. »Sie erheben einerseits den Anspruch soziale Realitäten zu beschreiben und geben andererseits Anlass zu gesellschaftlicher Selbstverständigung und ethisch-moralischer Positionierung.«¹⁷ Sie fordern emotionale Reaktionen heraus: »was sie tun, irritiert: man bewundert sie, oder man empört sich über sie. Aber wie gesellschaftlich mit ihnen umgegangen werden soll, ist noch nicht festgelegt.«¹⁸

Wie eine solche Sozialfigur im Einzelnen entsteht und sich verfestigt, lässt sich nicht immer im Detail nachvollziehen. Zwar handelt es sich nicht um reale oder historische Personen, doch sind sie – wie die Autoren mit Bezug auf Elias' Figurationssoziologie herausarbeiten – Teil sozialer Prozesse und öffentlicher Diskurse. Als ›modellierter‹ soziale Figuren mit typischen Verhaltensweisen stellen sie Zugänge zu sozialen Wirklichkeiten bereit und werden in bestimmten Lebenswelten (beispielsweise in medizinischen Arbeitsbereichen) verortet.¹⁹

14 Moser und Schlechtriemen 2018.

15 Ebd.: 164f.

16 Vgl. ebd.: 165ff. und 171.

17 Ebd.: 168.

18 Ebd.: 169.

19 Vgl. ebd.: 169f.

Des Weiteren sind Sozialfiguren verdichtete Artikulationen gesellschaftlicher Grenzerfahrungen, sie »markieren Brüche mit dem Bisherigen, sie beschreiben das Nicht-mehr-Greifen routinierter Formen der Weltdeutung«, sie zeigen »neue Reaktionen und Verhaltensweisen auf, die durch sie diskutiert werden können«²⁰ – beispielsweise menschliche Organe nicht als integralen Bestandteil des Körpers zu verstehen, anderen Menschen Anspruch auf sie zu gewähren oder sie gar käuflich zu erwerben. Sie sind zudem von nur bedingter Dauerhaftigkeit, erscheinen oft nur temporär und im Kontext spezifischer Diskurse und verfügen damit über die Eigenschaft der »Zwischenzeitlichkeit«.²¹ Als Figuren, die einen imaginären Körper haben, ermöglichen sie das Veranschaulichen gesellschaftlicher Zugriffe auf individuelle Personen.²²

»Sozialfiguren stellen einen figurativen Vorschlag dafür dar, wie man sich gegenüber einem gesellschaftlich virulenten Problem verhalten könnte. Sie figurieren Umgangsformen mit einer sozialen Problematik oder Herausforderung und entwerfen somit das Bild einer möglichen Zukunft. [...] Indem Sozialfiguren den Blick auf einen spezifischen Aspekt lenken, wird eine Zukunft gezeichnet, in der die Gesellschaft von jener konkreten Sozialfigur und den damit zusammenhängenden Konsequenzen bevölkert ist.«²³

Sie sind demnach Teil gesellschaftlicher und öffentlicher Diskurse über das Erleben von sozialem Wandel und seiner möglichen Folgen und haben in ihrer Eigenschaft als ethisch-moralische Anknüpfungspunkte auch eine politische Funktion: »Sie können eine für ein Kollektiv existierende Problemlage ausdrücken, ohne diese endgültig aufzulösen«²⁴ und machen die Problematik zugleich verständlich und greifbar.²⁵

Die im Folgenden vorgestellten Sozialfiguren erscheinen in verschiedenen empirischen Materialien und sind sowohl Teil von Erzählungen potenzieller Spender*innen als auch von jenen, die sich nicht als Teil der imaginierten Transplantationsgesellschaft verstehen wollen. Sie sind für uns an dieser Stelle deshalb von Interesse, weil sie diese Gemeinschaft strukturieren, konfrontieren und die in ihr geltenden Regeln zur Diskussion stellen. Sie sind, mit Blick auf Mosers und Schlechtriemens Beobachtung über ihr Auftreten in krisenhaften und ungelösten Situationen, ein Indiz dafür, dass die postmortale Spende von Körperteilen und die Potenziale, die sich darin verbergen, noch lange nicht die Normalisierung und Selbstverständlichkeit erreicht hat, die gesundheitspolitisch angestrebt wird.²⁶ Die imaginierte Transplantationsgemeinschaft, die meist vorwiegend als Kollektiv potenzieller und realer Spender*innen, deren Familien sowie Wartenden und transplantierten Patient*innen gezeichnet wird, kann so um einige Protagonist*innen erweitert werden und zu einem vertieften Verständnis des Feldes beitragen.

20 Ebd.: 171.

21 Ebd.

22 Vgl. ebd.: 172.

23 Ebd.: 172.

24 Ebd.: 177.

25 Vgl. ebd.: 177.

26 Explizit wird dies in den Kampagnen der BZgA.

Gaben und Reziprozität

Vor allem frühe Arbeiten zur Organspende haben diese immer wieder auch unter dem Aspekt der altruistischen Gabe in den Blick genommen,²⁷ was schon mit Blick auf den übergeordneten Begriff der Spende (bzw. donation, donazione, don etc.) und Rahmungen wie ›Geschenk des Lebens‹ naheliegt. Zugleich stellt der gabentheoretische Blick auf die gesellschaftliche Praxis Organspende auf eben jenem vereinfachenden Narrativ des um Organe werbenden Transplantationssystems ab, das nahelegt, das Spenden von Körperteilen, sei die Art von (direkter) Interaktion, die Wartende und Spendende verbindet. Organe und Gewebe werden jedoch nicht direkt von Spender*innen an Empfänger*innen übergeben, sondern nehmen einen langen Weg durch verschiedene Institutionen und innerhalb internationaler Transplantationsverbünde auch über Ländergrenzen hinweg. In der Praxis außerhalb des Operationssaals schenken oder tauschen Menschen nicht Organe aus, sondern kommunizieren darüber auf symbolischer Ebene, zeigen verschiedene Materialien in Herzform oder agieren mit Karten, die ihre Mitgliedschaft in der Transplantationsgemeinschaft anzeigen oder sie (in wesentlich selteneren Fällen) aus dieser Gemeinschaft ausschließen. Hinter diesen visuellen und materiellen Gesten stehen oftmals wesentlich komplexere Güter, die nicht gespendet, sondern vielmehr getauscht werden und damit durchaus auch nach einer Gegengabe verlangen. Um die hierbei möglicherweise auftretenden Spannungen im Verlauf dieses Kapitels besser verstehen zu können, soll zunächst der Begriff der Gabe konzeptionell geklärt werden.

Das Konzept der Gabe hat nicht nur in den Geistes- und Sozialwissenschaften,²⁸ sondern, wie bereits angedeutet, auch im Forschungsfeld Organspende eine lange diskursive Geschichte.²⁹ Diese kreist oftmals um die Frage nach den Möglichkeiten, Bedingungen und Funktionen einer rein altruistischen Gabe im Unterschied zur reziproken Gabe. Um ›die Gabe‹ als sensibilisierendes Konzept einzuführen, stütze ich mich hier zunächst auf Marcel Mauss.³⁰ Das Konzept der Gabe lässt sich, wie sowohl Motakef³¹ als auch Hauser-Schäublin et al.³² betonen, dem alltagsprachlich auf das Feld angewandten Begriff der (Organ-)Spende kritisch gegenüberstellen. Während die Spende meist als »einseitige Transaktion«³³ verstanden wird, die »für einen wohl tätigen, gemeinnützigen Zweck«³⁴ stattfindet, zeichnet sich die Gabe nach Mauss dadurch aus, »dass sie soziale Beziehungen stiftet«.³⁵ Mauss' Anliegen war es, aus der Beobachtung über die, von ihm so genannten, »archaischen Gesellschaften« zu ergründen,³⁶ welche Kraft in einer

27 Vgl. Lauritzen et al. 2001, Siminoff & Chillag 1999, Mongoven 2003 sowie Kapitel 2.2 in dieser Arbeit.

28 Vgl. Adloff und Mau 2005; Adloff 2018.

29 Vgl. Mongoven 2003: 89 sowie Motakef 2011.

30 Vgl. Mauss 1968.

31 Motakef 2011.

32 Hauser-Schäublin et al. 2008.

33 Ebd.: 126.

34 Ebd.: 127.

35 Motakef 2011: 69.

36 Mauss 1968: 18.

gegebenen Sache liegt, die Empfänger*innen zur Erwidrung bewegt und daraus abzuleiten, »wie das Sachrecht noch heute mit dem Personenrecht verknüpft bleibt«. ³⁷ Mauss sucht deshalb nach der Moral und der Ökonomie der Gabe als anthropologischer Grundkonstante, die, so seine Annahme, in allen Gesellschaftsformen auf ähnliche Weise zum Ausdruck kommt. ³⁸

»Verschiedene Motive – Regeln und Vorstellungen – sind in derartigen Systemen enthalten. Der wichtigste dieser Mechanismen ist ganz offensichtlich jener, der dazu zwingt, das empfangene Geschenk zu erwidern.« ³⁹

Die scheinbar freiwillige Gabe enthält damit stets auch einen Aspekt der Verpflichtung. ⁴⁰ Ihr wohnt nicht nur ein konstituierendes und stabilisierendes Moment inne, das Verbindungen schaffen, Zusammenhalt stärken und solidarische Gemeinschaften formen kann, ⁴¹ sondern auch ein destruktives Potenzial – zum Beispiel, wenn es bei Nichteinhaltung der Regeln zu sozialen Spannungen kommt. ⁴² Die Gabe schafft eine Verbindung zwischen Gebenden und Empfangenden; die Verpflichtung zur Gegengabe wird zugleich zur Einschränkung für die empfangende Person. ⁴³ Eine rein ökonomistische Lesart der Gabe sei, so betont Frick, sei jedoch ebenso unzureichend wie ein rein altruistisches Verständnis. ⁴⁴ Vielmehr können gesellschaftliche Praktiken des Gebens als fortwährende Herausforderung verstanden werden, die mitunter intensive Kommunikation, ständigen Austausch und Verhandlungen erfordern und Bestandteil der Erschaffung eines gemeinsamen, wertebasierten Narrativs sind. ⁴⁵

So eng die Praxis der Organspende mit ihrer Spendenrhetorik auch mit dem Prinzip der altruistischen Gabe verknüpft zu sein scheint, wird in der sozialwissenschaftlichen Literatur zur Organspende »der Rekurs auf die Gabe in der Organspende und vor allem auf die postmortale Gabe stark infrage gestellt«. ⁴⁶ Kritisch angemerkt wird dabei unter anderem, dass das Geben nicht mehr zu Lebzeiten erfolge und das Versterben der spendenden Person eine Gegengabe ausschließe. Dem hält Mona Motakef entgegen, dass durchaus von einer Ökonomie der Gabe gesprochen werden könne. ⁴⁷ Diese Ökonomien würden zum Beispiel dann sichtbar, wenn Organempfänger*innen öffentlich Dankbarkeit zeigen oder Dankesbriefe an Angehörige von Spender*innen gesandt werden. ⁴⁸

37 Ebd.: 18.

38 Ebd.: 19.

39 Ebd.: 25.

40 Vgl. auch Motakef 2011: 69.

41 Vgl. Frick 2021: 36; Joas und Knöbl 2004: 487.

42 Vgl. Motakef 2011: 72.

43 Vgl. Frick 2021: 38.

44 Vgl. ebd.: 43.

45 Vgl. ebd.: 47.

46 Motakef 2011: 69.

47 Vgl. ebd.: 69.

48 Vgl. ebd.: 69.

Was Mauss als den »Geist der gegebenen Sache«⁴⁹ beschreibt, beinhaltet in anderen Worten auch eine Interpretation des Verhältnisses zwischen Gebenden und Nehmenden bzw. Erwidernden bzw. mit Caillés *Erweiterung der Gabenparadigmas* auch der »Bittenden«.⁵⁰ Soziale Spannung passiert entsprechend nicht nur dann, wenn die Gabe nicht erwidert wird, sondern auch dann, wenn sie verweigert oder nicht angemessen mit ihr umgegangen wird. Dies zeigt sich mit Blick auf transplantierte Patient*innen (beispielsweise, wenn eine moralische Verpflichtung betont wird, Dankesbriefe zu schreiben, oder eine gesunde Lebensführung mit einem gespendeten Organ nicht nur als medizinisch sinnvoll, sondern auch als moralisch verpflichtend gerahmt wird).

Frühere empirische Arbeiten zur Organspende nutzen das Analysemuster der (Mauss'schen) Gabe oftmals, um auf mögliche Ambivalenzen von Organempfänger*innen bzw. (mitunter problematische) Beziehungen zwischen Spender*innenfamilien und Empfänger*innen nach der Organtransplantation und/oder körpertheoretische Aspekte des »Organtauschs« hinzuweisen.⁵¹ Motakef fasst mit Blick auf einige dieser früheren Arbeiten zusammen, wie die »Präsenz der Gabe«⁵² nicht negiert, aber doch kritisiert wird und wie im Anschluss an Mauss die Idee von Reziprozität in sozialen Gefügen von Spender*innen und Empfänger*innen sichtbar gemacht wird.⁵³

Anknüpfend an die bereits bestehenden Ansätze, Organe und Gewebe als Gabe in den Blick zu nehmen und damit die Mechanismen und möglicherweise auftretenden Spannungen zu erklären, möchte ich in diesem Kapitel das Spektrum der Gabe um weitere Bestandteile der Organspendepraxis (darunter kleine *Give-aways* wie symbolisch gereichte Herzen und Ausweise) erweitern. Im Folgenden werden wir sehen, dass nicht nur Organe und Gewebe, sondern auch andere Objekte als »Gaben« im Feld kursieren, um Organspende im Alltag erfahrbar machen und damit letztlich auch konstituierender Bestandteil der Praxis und ihrer Erzählung von Gemeinschaft sind. Der gabentheoretische Ansatz gibt Aufschluss darüber, wie die Transplantationsgemeinschaft, die faktisch keine Organe in direkter Form austauschen kann, symbolisch in Interaktion tritt. Die Vorgänge der Transplantation als »Spende« oder »Geschenk« zu erzählen, ist, wie zu zeigen sein wird, eine machtvoll Metapher, die nicht nur Menschen, sondern auch Objekte in komplexe und mitunter spannungsreiche Beziehungen verstrickt.

Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass das Mauss'sche Konzept der Gabe nur eine Perspektive auf die komplexen sozialen Dynamiken im Kontext der Organspende darstellt. So legen Autoren wie Alain Caillé⁵⁴ und Paul Ricoeur⁵⁵ das Augenmerk darauf, dass Gaben nicht nur soziale Bindungen schaffen, sondern auch eng mit der Anerkennung der Gebenden verbunden sind. Diese Perspektive lenkt den Blick auf die moralische und soziale Bedeutung des Gebens, die über den unmittelbaren Akt hinausgeht. Ergänzend

49 Mauss 1968: 31.

50 Vgl. Caillé 2022: 51f.

51 Vgl. Fox und Swazey 1974; Kalitzkus 2009; Bea 2016; Sque und Payne 1996, 2007, 2008; Shaw 2010; Siminoff und Chillag 1999.

52 Motakef 2011: 91.

53 Vgl. ebd.: 91f.

54 Vgl. Caillé 2022.

55 Vgl. Kämpf 2012 und Ricoeur 2006.

hierzu bieten Konzepte der indirekten und generalisierten Reziprozität weitere Einsichten: Während bei der direkten Reziprozität eine Gegengabe zwischen denselben Personen erwartet wird, wird bei der indirekten Reziprozität eine Gabe über mehrere Beteiligte weitergegeben, sodass die Rückgabe nicht zwingend an die ursprüngliche gebende Person erfolgt. Generalisierte Reziprozität hingegen zeichnet sich durch eine wechselseitige Unterstützung aus, bei der Gaben ohne die Erwartung einer konkreten Gegengabe in einem Netzwerk sozialer Beziehungen zirkulieren. Diese Ansätze verdeutlichen, wie vielfältig und komplex die Mechanismen des Gebens sind und dass die soziale Praxis der Organspende durch unterschiedliche Perspektiven auf die Gabe weiter ausdifferenziert werden kann.

Abbildung 10: Tag der Organspende 2017, Give-Aways



Bildquelle: privat

6.2 Sozialfiguren: Vom arabischen Scheich zum Motorradfahrer

Ausschlaggebend für den hier folgenden Einblick in das empirische Material sind mehrere Beobachtungen: Wie bereits eingangs beschrieben, hat sich im Verlauf der Auswertung gezeigt, dass Organspende nicht nur als Praxis am Körper und Umgang mit dem Tod und damit auch als individuelle Entscheidung gerahmt wird, sondern immer wieder auch als Aufgabe eines Kollektivs gerahmt wird, zu der jede(r) einen Beitrag leisten sollte. Dies zeigt sich in Solidaritätsappellen ebenso wie in Reziprozitätsüberlegungen, in Held*innen-Erzählungen, die Vorbilder geben sollen, sowie in Vermutungen über Ungerechtigkeit (z.B. in der Organverteilung). Hier gelten andere Logiken und Regeln als in der zuvor beschriebenen Dimension von Körperlichkeit und Mortalität und es spielen

andere Überlegungen als nur die über den eigenen Tod und Körper oder den von Angehörigen eine Rolle.

Vor allem in den Interviews mit potenziellen Spender*innen finden sich immer wieder Erzählungen, die nicht auf direkter Erfahrung beruhen, sondern vielmehr dazu dienen, die Möglichkeiten der Praxis, Organe zu »spenden« auch mit Blick auf »Andere« auszuloten und moralischen Bewertungen zu unterziehen. Die (Sozial-)Figuren, die in diesen Geschichten als Protagonist*innen auftreten, dienen, wie wir im Folgenden sehen werden, dem Ausloten von Handlungen und Möglichkeiten. Obwohl die potenziellen Spender*innen im Alltag noch keine entsprechenden Erfahrungen gemacht haben, werden sie von ihnen mitunter aber als reale Personen erzählt. Im Folgenden werde ich exemplarisch einige der imaginären Protagonist*innen der Organspende vorstellen, die mir im Zuge meiner Forschungen »begegnet« sind:

Der Scheich

Der arabische Scheich ist in den Erzählungen reich und skrupellos. Er hat genug Geld, um für Organe zu bezahlen, und korrumpiert durch seinen Reichtum das System. Er ist ein Organempfänger, dem man seine Organe nicht geben möchte, und steht für ein System, das den Altruismus der Spender*innen missbraucht und für eine Zwei-Klassen-Gesellschaft, in der zahlungskräftige Patient*innen die bessere medizinische Versorgung erhalten. Im folgenden Zitat nimmt der Interviewpartner Richard Bezug auf die Figur des Scheichs im Zusammenhang mit den Unregelmäßigkeiten bei der Organvergabe, die 2012 in den öffentlichen Fokus rückten:⁵⁶

»R: Da is' mir schon durch den Kopf gegangen, dass man, wenn man viel Geld hatte, sich irgendein Organ schnell kaufen kann, das ein anderer nicht kriegt. Ich kann mir vorstellen, dass arabische Scheichs dann nach München gekommen sind und sich Organe kaufen, auf die ein anderer jahrelang warten muss. Und das is' natürlich nich' gut, wenn sowas is', ne? Das schreckt viele Leute ab, Organe zu spenden, denk ich.«

Die Währungen in diesem Handel sind Zeit und Geld und wer über Letzteres nicht verfügt, muss warten. Ein System, das den Kauf von Organen ermöglicht, könnte, so vermutet Richard, dazu führen, dass potenzielle Spender*innen sich eben diesem System wieder entziehen, indem sie eine Spende von Organen verweigern. Auch für Anka ist der Scheich kein potenzieller Empfänger ihrer Organe:

»A: [...] Ich muss auch sagen, auch wenn es jetzt vielleicht etwas politisch unkorrekt klingt, ich möchte auch wissen, was für Leute das waren, im Sinne von Nationalität zum Beispiel, ja? Ich sage nicht: »Deutsche Leber nur für Deutsche«, oder so. Aber man hört ja, dass sehr viele sehr vermögende Leute aus, weiß nicht, den Arabischen Emiraten oder so aus Ländern, die wirklich massiv Menschenrechte missachten und viele andere Dinge falsch machen, sich in Deutschland behandeln lassen. Und da frage ich mich, hm, bekommen sie jetzt auch eine Leber transplantiert? Vielleicht auch meine?

56 Vgl. hierzu auch »Exkurs über die Organspendeskandale« in diesem Kapitel.

Vielleicht möchte ich nicht, dass ein arabischer Scheich meine Leber transplantiert bekommt. Aber ich habe natürlich keinen Einfluss.«

Anka möchte wissen, was mit ihren Organen passiert, wie (dies erläutert sie etwas früher) es um die Überlebenschancen steht und welcher Nationalität die potenziellen Empfänger*innen angehören. Der Gedanke, dass Länder, die, wie sie sagt, »Menschenrechte missachten« und »Dinge falsch machen« vom deutschen Transplantationssystem profitieren, bereitet ihr Unbehagen, ebenso wie die Tatsache, dass sie hierauf keinen Einfluss nehmen kann. Für sie muss die Spende von Organen moralisch einwandfrei vertretbar sein und die Organe dürfen nicht in die falschen Hände beziehungsweise in den falschen Körper gelangen. Sie müssen zudem in ein vertrauensserweckendes politisches System eingebettet sein. Der arabische Scheich ist in diesem Sinne der Inbegriff der ›Unmoral‹, steht nicht nur für das kulturell Andere und das Anhäufen von Reichtümern, sondern auch für ein medizinisches System, dem wirtschaftlicher Profit gegebenenfalls wichtiger ist als Fairness und die Gesundheit der Patient*innen. Die Figur des Scheichs verweist folglich auf Gerechtigkeitsfragen und auch ein grundlegendes Hinterfragen von menschlichen Organen als Ressource. Da die Verteilung von knappen Ressourcen, wie es Spenderorgane sind, das Risiko der ungleichen Verteilung birgt, stehen immer wieder die ethische und moralische Grundlage des Transplantationssystems zur Diskussion. Die Figur des Scheichs verbindet folglich eine Debatte über die Verteilung von Organen mit Fragen nach Prinzipien der Gerechtigkeit und des sozialen Ausgleichs. Menschliche Organe sind damit nicht nur lebensrettende medizinische Ressourcen, sondern auch moralisch aufgeladene Symbole für die Verteilung von Ressourcen und die soziale Gerechtigkeit.

Das Kind

Eine häufig auftauchende Sozialfigur ist das (leidende oder sterbende) Kind. Wir kennen dieses Kind auch aus anderen, emotionalisierenden Diskursen (vom Nahost-Konflikt⁵⁷ bis hin zu Debatten im Zuge der Corona-Krise⁵⁸). Das Kind wird im Kontext der Organspende meist ambivalenten und/oder kritischen Abwägungen über die Spendenbereitschaft entgegengesetzt. Dies lässt sich auf unterschiedlichen empirischen Ebenen beobachten: Sowohl in den Abwägungen potenzieller Spender*innen als auch in öffentlichen Debatten, Online-Diskussionen, Zeitungsartikeln und ähnlichen Materialien. Meist handelt es sich um eine Figur (›ein‹ Kind bzw. die Familie, die um ihr Kind bangt), ohne konkreten, empirischen Bezug im Sinne bekannter Namen oder Familien. So führt Selma das Kind gegen ihre eigene Skepsis ins Feld:

»S: Aber, wenn man auf der anderen Seite denkt, wenn ein Kind damit wieder Lebensfreude hat, wenn ein, wenn ein Mensch wieder Lebensfreude hat und leben kann und die ganze Familie dann glücklich ist und man jahrelang darauf wartet.«

57 Vgl. Sontag 2017: 16f.

58 Vgl. Böhrrer et al. 2023.

Auch in Reginas Fall begegnet uns das Kind, allerdings mit konkreterem empirischem Bezug. Denn der eigenen Skepsis angesichts der Frage, ob die Organe der Schwester gespendet werden sollten, steht die Erinnerung an die Lebendspende der Cousine entgegen:

»R: aber auf der anderen Seite wusste ich, dass meine Cousine ihrem Sohn ne Niere gespendet hatte, weil der keine sonst bekommen hätte. Und ich, wir fühlten uns eigentlich auch so, ich sage mal, in der Pflicht, das zu tun. a), weil meine Schwester ein sehr hilfsbereiter Mensch war, b) war's ihr Wille und c), wenn man diesen familiären Hintergrund hat, ich habe nicht viel Kontakt zu meiner Cousine, aber auch für dieses, weiß ich nicht, da sitzt jemand, der bangt um das Leben seines Kindes und kriegt keine Niere und andere hätten vielleicht die Möglichkeit, noch vier Leuten oder fünf oder ein anderes Leben zu ermöglichen, sagen: ›Ach nee.‹ Also, ich habe dann so überlegt, man hatte so die Wahl zwischen Pest und Cholera, ne?«

Die Aussicht, ein Kind retten zu können, siegt in dieser Erzählung gegen die Bedenken, bezüglich der Entnahme von Organen vom Körper der eigenen Schwester – in diesem Falle jedoch weniger geboren aus der altruistischen Idee als mit Blick auf soziale Erwartungen. Das Kind kann als Sonderfigur der wartenden Empfänger*innen verstanden werden, die einen höheren moralischen Wert verkörpert als ein erwachsener bzw. älterer Mensch. Ein Kind zu retten, gilt als das höchstmögliche Verdienst, dies nicht zu tun und Kinder – wie es verkürzt oft dargestellt wird – auf der Warteliste sterben zu lassen als Gräueltat einer selbstsüchtigen, unsolidarischen und/oder unaufgeklärten Gesellschaft. Die Figur des Kindes scheint jede Skepsis und sämtliche Bedenken zu entkräften und wird somit zum moralischen Antagonisten des arabischen Scheichs.

Die Wartenden und Organempfänger*innen

Auch die auf Organe Wartenden bzw. sie Empfangende verfestigen sich zu Sozialfiguren und sind miteinander verknüpft. Als Organempfänger*innen markieren das (unschuldige) Kind und der (verschwenderische) Scheich zwei Enden des moralischen Spektrums potenzieller Empfänger*innen. Dazwischen finden sich verschiedene Ideen über diejenigen, die ein Organ benötigen: Von der Vorstellung, sie – insbesondere Erwachsene – seien möglicherweise selbst für ihr Leiden verantwortlich bis hin zu empathischer Einfühlung in deren Krankheiten und das Leid ihrer Angehörigen. Bei der bereits oben zitierten Selma sind die Wartenden eine »Familie«, »die dann wieder glücklich ist«. Regina imaginiert eine Person, die »leidet«, auf eine Niere wartet und »man weiß nicht, schafft er es noch die nächsten Wochen, Monate«. Die Vorstellung, dieses Leiden zu beenden, habe ihr, wie sie sagt »sehr viel Trost gegeben« nachdem die Organe ihrer Schwester gespendet wurden: »dieses Gefühl zu haben, es war nicht sinnlos und andere Leute haben noch eine Chance«.

Auch in Stefanies Fall sind die Wartenden verzweifelt (»händeringend«). Diese Wartenden bzw. Empfänger*innen geben dem Tod und auch dem brachialen Eingriff in den Körper einen Sinn und bilden ein Gegengewicht zur Trauer oder Angst vor dem Tod oder den Prozeduren der Spende. Sie sind in den Erzählungen, so können wir an dieser Stelle

zusammenfassen, rechtschaffen und redlich und können durch das Organ gerettet werden.⁵⁹ Sie sind damit auch Projektionsflächen für die Idee der Solidarität *mit* und Empathie *für* schwer Erkrankte. Auch die öffentliche Gesundheitskommunikation zur Organspende greift immer wieder die Sozialfigur der Wartenden auf, wenn sie diesen durch Fotos, Dokumentationen und persönlichen Geschichten ein Gesicht bzw. eine Stimme gibt oder – wie etwa in einer Kampagne der Organisation *Fürs Leben* von 2014 – das Motiv des Wartens aufgreift und in den öffentlichen Raum transferiert, um für Organspende zu werben.

Die Plakate zeigen Menschen an klassischen Orten des Wartens – etwa Bushaltestellen, Wartehallen oder U-Bahn-Stationen – die an medizinische Geräte wie Beatmungsgeräte angeschlossen sind, um ihre versagenden Organe zu unterstützen. Die Kampagne will damit offenkundig auf die spezifische Situation von Patient*innen aufmerksam machen, die diese in eine Art ontologischen Zwischenstatus versetzt.⁶⁰ Alltägliche Situationen des Wartens, die sich im Allgemeinen wohl geringer Beliebtheit erfreuen, werden auf Jahre potenziert, um Empathie für Patient*innen auf der Warteliste zu erzeugen. Die für Nicht-Betroffene eher abstrakte Situation des Wartens auf ein Organ wird in Alltagssituationen des Wartens übersetzt.

Abbildung 11: Wartekampagne 2014, Motiv »Jennifer«



Bildquelle: DSO und Stiftung ÜberLeben

59 Die Darstellung wartender Patient*innen oder Organempfänger*innen beinhalten oft Hinweise auf deren guten Charakter, ihre gesunde Lebensweise und die liebende Familie und begegnen damit offenkundig der immer wieder im Raum stehenden Sorge, es könnten Menschen gerettet werden, die diese Rettung »nicht verdient« hätten.

60 Rehsman 2017.

Ein zu offensives Sichtbarmachen des »Leidens« (Maria) oder »Siechtums« (Sarah) erzeugt jedoch nicht immer Empathie. Als ich mit Sarah über verschiedene Kampagnen-motive spreche, gefällt ihr am besten das Motiv mit der jungen Frau im Bikini aus einer Männerzeitschrift mit der Unterschrift »becoming a donor is probably your only chance to get inside her«, das bereits im vorherigen Kapitel erwähnt wurde.

Was ihr daran gefällt, ist dass die Darstellung kein »Siechtum« zeigt, sondern eine attraktive Frau und damit beton, dass es jede*n treffen könne. Motive mit Verweisen auf Blut, Organe oder Krankheit findet sie eher abschreckend. Auch Maria nähert sich dem Leiden der anderen mit Ambivalenz; zwar möchte sie helfen, das Leiden aber nicht in Bildern vor Augen geführt bekommen: »Außerdem, was soll mir das Bild denn sagen? Dieser junge Mann wartet auf 'ne Niere, aber warum wartet er an 'ner U-Bahn-Station?«, fragt sie im Interview.

»M: Ich mein, gut, Gesundbrunnen, Betriebsschluss... Bedeutet das das Ende für ihn? Und eine Chance, wenn die U-Bahn kommt? [...] Da gibt's eine ähnliche Werbung gerade für die DKMS, mit dem Kind, das so am Fenster steht und ›Wir warten drauf‹, das finde ich jetzt noch ansprechender. Weil da nicht mit dem Leid geworben wird. Man sieht zwar, das Kind wartet und irgendjemand wartet möglicherweise auf eine Knochenmarkspende, aber man stellt nicht das Leiden in den Vordergrund.«

Darüber hinaus spielen die Wartenden eine wichtige Rolle für die Konstruktion des Begriffs ›Organmangel‹, wenn vom ›Sterben auf der Warteliste‹ gesprochen wird. Zur hierbei nahegelegten Kausalität zwischen einer geringen Anzahl an gespendeten Organen und dem Versterben an terminalem Organversagen bemerkt Motakef kritisch:

»Der eingeführte Begriff des Organmangels suggeriert eine scheinbar neutrale Feststellung eines zahlenmäßig begründbaren Mangels. Er setzt jedoch voraus, dass eine bestimmte Anzahl von Organen einen Mangel darstellt, und enthält damit eine normative Festlegung: Die Nachfrage nach Organen soll bestimmen, wie weit die Transplantationsmedizin ausgedehnt wird. Der Begriff des Mangels suggeriert zudem eine gewisse Dringlichkeit. Es scheint geboten, Menschen, die ein Ersatzorgan brauchen, eines zur Verfügung zu stellen. Häufig wird mit Blick auf den Organmangel auch vom ›Tod auf der Warteliste‹ gesprochen. Die geringe Spendenbereitschaft wird hier in direkter Relation zum Bedarf potentieller Spenderinnen und Spender gesetzt.«⁶¹

Folglich würde suggeriert, die Todesursache von Patient*innen, denen mittels Warteliste ein Organ in Aussicht gestellt wurde, wäre kein gesundheitliches Problem, sondern vielmehr ein gesamtgesellschaftliches Versagen.⁶² Dass jener Mangel an Organen nicht (oder nicht ausschließlich) auf eine mangelnde Bereitschaft der Bevölkerung, sondern auch auf die relative Seltenheit des Hirntodes im Verhältnis zu Organerkrankungen

61 Motakef 2011: 16f. Hervorhebung im Original.

62 Vgl. ebd.: 17.

sowie Defizite innerhalb der Krankenhausstrukturen zurückzuführen ist, wird zunehmend – zumindest in der Fachcommunity – diskutiert.⁶³

Die Konstruktion der Spendenverpflichtung hat jedoch auch eine Kehrseite, denn an die Wartenden und Organempfangenden wird umgekehrt der Anspruch einer gewissen moralischen Integrität gestellt, die sowohl die vermutete Unschuld an der eigenen Krankheit (diese sollte nicht durch Suchtkrankheiten ausgelöst worden sein), wie auch ihr soziales Verhalten betrifft; zum Beispiel, wenn Menschen Bedenken darüber äußern, ihre Organe könnten Verbrecher*innen das Leben retten. Dass diese Erwartungshaltungen für Transplantierte auch reale und lebenspraktische Auswirkungen haben können, zeigt sich an Stefanies Beispiel:

»S: Das is irgendwie, ich glaub für mich eher so'n generell wie ich mein Leben leb so, dass das mich darin beeinflusst hat, dass ich versuche, hilfsbereit zu sein und mich zum Beispiel entschieden hab vegetarisch zu essen weil ich halt sage, ich kann ja darauf verzichten, da müssen keine Tiere sterben, so. Also, dass ich so wie mir geholfen wurde, mein Leben auch versuche zu führen irgendwie.«

Diese Integrität der Empfänger*innen-Figur ist nicht zuletzt (nach Erhalt des Organs) auch eng an Vorgaben gesundheitlicher Achtsamkeit und körperlicher Leistungsfähigkeit geknüpft. So beschreibt Amelang in ihrer Studie über *Transplantierte Alltage* lebertransplanterter Patient*innen:

»Geschichten von Organtransplantierten [...], welche in Medien oder in öffentlichen Kampagnen für Organspende präsentiert werden, erzählen von Menschen, die auf dramatische Weise mit Krankheit und Tod konfrontiert waren, von einer lebensrettenden Transplantation und von wiedererlangter Normalität. Das durch den Organaustausch gerettete, verlängerte oder verbesserte Leben wird in diesen Berichten oft als neues oder zweites Leben bezeichnet und Transplantierte werden als fröhliche, gesunde, wieder arbeitende, manchmal schwangere, häufig sportlich aktive Menschen porträtiert [...].«⁶⁴

Auch die Broschüre *Leben mit der neuen Leber*, die wartende bzw. transplantierte Patient*innen über die wichtigsten Abläufe informiert, zeigt eine comichafte Illustration einer Person auf einem Rad, die einen Fahrradhelm trägt und offenkundig Einkäufe oder Ähnliches in Taschen transportiert. Auf der nächsten Seite heißt es: »Ihr neues, dauerhaftes Leben mit der neuen Leber. Krankenhausaufenthalt und Rehabilitationszeit sind vorbei und Sie sind wieder zu Hause. Hier erfahren Sie, wie Sie Ihr neues Leben gut einrichten und ihr Organ langfristig schützen können.«⁶⁵ Das neue, gut eingerichtete Leben wird auch hier also visuell mit Aktivität und Bewegung verbunden.

63 Vgl. z.B. Richter-Kuhlmann 2018: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/organspende-wege-aus-der-krise-4be3d577-8660-4e35-aa3d-d99dd3222c2a>

64 Amelang 2014: 3. Hervorhebungen im Original.

65 Herzer 2017: 34f.

Es werde, so Amelang, zudem häufig erwähnt, »dass Transplantierte einen gesunden Lebensstil pflegen und somit vorbildlich auf den Erhalt ihrer Gesundheit achten«. ⁶⁶ Insgesamt wird der organempfangende Körper zu einem Ort, an dem das ›geschenkte‹ Organ in jeder Hinsicht gut aufgehoben ist, lange ›weiterleben‹ kann und letztlich wieder einen Beitrag für die Gesellschaft leistet.

Die Sozialfigur der gesunden und integren Empfänger*innen birgt aber auch prekäre Potenziale. So verbindet sie eine Anspruchshaltung, die eine solidarische Idee medizinischer Versorgung mit normativen Vorgaben über die Lebensführung der betroffenen Personen. Zudem knüpfen hypothetische Erzählungen über Organempfänger*innen mitunter den ›Wert‹ der Person an den Erfolg der Behandlung. So thematisiert Skeptikerin Anka ein Informationsdefizit, mit dem sie nicht zuletzt ihre Verweigerung einer Spende begründet, wenn sie wissen will »dass eine gute Person« ihre Organe erhält, sicher sein will, »dass ihre Organe gut ankommen« und die »Wahrscheinlichkeit kennen« will, »dass die Organe auch angenommen werden, ja, dass die Person dann doch nicht stirbt«. Anka formuliert zugleich, dass ihr klar sei, diese Faktoren nicht beeinflussen zu können und stellt damit weniger eine Forderung als eine generelle Frage an die Sinnhaftigkeit und moralische Integrität des Transplantationssystems.

Das Bild der aktiven, körperlich fitten Empfänger*innen übersetzt sich nicht zuletzt in performative Praktiken der Organspende. So ist der Auftritt erfolgreich transplantierter Patient*innen mit musikalischen und sportlichen Aktivitäten ein fester Bestandteil der Abendgestaltung des jährlich stattfindenden Kongresses der Deutschen Stiftung Organtransplantation sowie zahlreicher Benefizveranstaltungen. ⁶⁷ Auch auf dem Tag der Organspende ist der sportliche, transplantierte Körper ein wichtiger Bestandteil des gesamten Enactments:

»Praktiken wie das Durchführen sportlicher Aktivitäten vor Publikum reagieren offenkundig auf häufig gestellte Fragen nach Überlebenschancen und Lebensqualität von Patient*innen nach der Transplantation, in denen mitschwingt, ob die eigene Spende auch sinnvoll verwendet werde. Diese, so zeigt der aktive, sportliche Körper mit Transplantat, ist hier gut aufgehoben. Sport, so erklärt man mir am Stand einer Sportvereinigung, treibe man vor allem, um seine Dankbarkeit auszudrücken und zu zeigen, dass man das Organ ›würdig und mit Andacht‹ trage. Noch expliziter erklärt der Moderator auf der Bühne diese Praxis im Zuge seiner Programminweise, wenn er sagt: ›Man könnte ja meinen, dass man nach dem Empfang eines solchen Organs gar nicht mehr so leistungsfähig ist, aber da werden wir Sie eines Besseren belehren. Wir haben tolle Sportler zu Gast, die bis heute, nach ihrer Transplantation, wirklich absolute Spitzenleistungen bringen.« ⁶⁸

Moralische Integrität, das ›Verdienthaben‹ einer Spende und körperliche Leistungsfähigkeit werden hier miteinander verknüpft. Organspende, so wird nahegelegt, bringt

66 Amelang 2014: 215.

67 Darunter der jährlich stattfindende Organspendelauf, Radtouren für Organspende, Benefiz-Veranstaltungen des Vereins Sportler für Organspende e.V., Benefizlauf für's Leben etc.

68 Feldprotokoll, Tag der Organspende, Erfurt. Vgl. auch Böhrer 2022.

produktive, aktive Menschen hervor, die zurück ins Leben finden und aktiv an Gesellschaft teilnehmen können.

Die (skrupellosen) Ärzte⁶⁹

Das Bild ›des Arztes‹ oder die Gruppe ›der Ärzte‹ (manchmal auch ›der Chirurgen‹) wird in unterschiedlicher, teils ambivalenter Weise immer wieder als Bezugspunkt für Verhandlungen über Vertrauen und Misstrauen in das medizinische System an sich und das System der Organspende im Besonderen aufgegriffen. Eine wichtige Rolle spielt eine Sozialfigur, die ich an dieser Stelle als ›den skrupellosen Arzt‹ bezeichne, um einer Figur Rechnung zu tragen, die vor allem in Erzählungen erscheint, in denen Skepsis und Kritik geäußert werden und nicht zuletzt auf die empfundene Machtlosigkeit potenzieller Spender*innen verweist.

Hier vereinen sich sowohl der Zweifel an der eigenen Wertigkeit im bzw. für das Gesundheitssystem als auch das häufig mit Unbehagen verbundene Bewusstsein für die materielle Wertigkeit des eigenen Körpers bzw. der Organe. Die Möglichkeit, das körpereigene Material weiter zu verwenden, liefert dieser Figur einen Grund, die als Spender*innen zur Disposition stehenden Personen nicht zu retten bzw. nicht ausreichend medizinisch zu versorgen. Hinzu kommen Zweifel an der Integrität der Motive, denen in diesem Zusammenhang oft der Wunsch nach finanzieller Bereicherung unterstellt wird. So können *skrupellose Ärzte* sich in Ankas Vorstellung »einfach sich abends in den Rechner einmogeln« und von dort aus (so fasse ich es an dieser Stelle kurz zusammen), das System der Vergabe hintergehen. ›Der Arzt‹ wird in diesem Sinne zu einem Kristallisationspunkt von Kritik an unterschiedlichen Facetten des Systems.

Die Arztfigur als potenzielle Vertrauensperson steht damit auch in Verbindung mit dem arabischen Scheich und seinen ›Verwandten‹, wenn potenzielle Spender*innen den Wunsch äußern, »dass dann alles mit rechten Dingen abgeht« (Jonas), sich vorstellen, dass »irgendein Depp zahlt«, »Connections zu irgendeinem Oberarzt« hat und »dann vor mir auf die Liste« kommt (Jule). Sie steht aber auch in Verbindung mit dem Organspendeausweis, der gerade, wenn er ein ›Nein‹ zur Organspende oder gewisse Einschränkungen transportieren soll, als Dokument eben jenes Systems von Ärzten nicht immer als vertrauenswürdiger Bote des eigenen Willens gilt. Was Maria als positive Eigenschaft des Ausweises wahrnimmt (»so weiß ich, dass er aussieht«), nämlich seine Standardisiertheit und sein Wiedererkennungswert verkehrt sich für Anka in das genaue Gegenteil:

»Meine Befürchtung ist, dass in einer Stresssituation...die Ärzte sind ja auch Menschen, sie sehen den Ausweis und gucken vielleicht gar nicht, was draufsteht und sagen: ›Ah ja, okay. Ausweis ist da, also Transplantation erlaubt‹, ja?«

Der Ausweis ist in dieser Lesart ein Verbündeter des Arztes, der ein System personifiziert, dem mit Misstrauen begegnet wird. Die Figur des Arztes lässt sich, so bestätigt

69 Wird auf Basis des empirischen Materials im generischen Maskulinum beschrieben.

auch Karolin mit Blick auf ihre Aufgaben in der Öffentlichkeitsarbeit zur Organspende, nicht (immer) in direkten Kausalverbindungen mit konkreten Sicherheitslücken des Organvergabesystems verstehen und klären, sondern berührt grundlegendere Vertrauensfragen. So erklärt sie hinsichtlich ihrer beruflichen Tätigkeit, in der sie häufig mit Zweifeln und Ängsten besorgter potenzieller Spender*innen konfrontiert wird:

»K: das fließt, glaube ich, nur insofern ein, [...] dass ich sozusagen kein ausschließliches, aber ein grundsätzliches Vertrauen in die Biomedizin habe und auch, wenn ich mir der Tatsache bewusst bin, dass nicht jeder Arzt ein guter Mensch ist und altruistisch unterwegs ist, auch genügend Ärzte kenne, um auch ein grundsätzliches Vertrauen in Ärzte zu haben, dass sie erstmal Interesse an mir haben und nicht an irgendwas Anderem, was oft vorgeworfen wird, ne? Was sie dann angeblich, warum sie bestimmte Sachen machen würden. Und das fließt einfach insofern ein, dass ich halt wirklich hinter dem stehe, was ich schreibe. [...] Also ich glaube, sonst könnte ich das ja, könnte man diesen Job hier nicht machen.«

Ähnliches reflektiert auch Lisa, wenn sie sagt:

»L: Ich glaub des kommt auch darauf an, was für 'n Gefühl man gegenüber Ärzten oder Medizin so generell hat. Weil wer ein positives Gefühl dem gegenüber hat, der wird auch wahrscheinlich auch einen Organspendeausweis, der sie dran erinnert, vielleicht positiver finden und wer jetzt sagt: »Die Ärzte sind dumm, die können mir eh nicht helfen« oder so, der wird vielleicht eher ein negatives Gefühl haben und dann vielleicht durch die Farben eher weniger damit in Verbindung kommen oder vielleicht auch einfach nicht unbedingt jemand, der sagt Ärzte sind dumm aber vielleicht auch einfach jemand der sagt: »Öh, das ist mir irgendwie unangenehm so zu dem Arzt zu gehen. Der befragt einen, der fasst einen an, der nimmt einem Blut ab«. Also ich glaub das ist halt ganz unterschiedlich, wie man Ärzten gegenüber empfindet, so generell. Und ich persönlich verbinde das aber eher mit was Positivem, weil ich keine Angst vor Ärzten hab oder so. Deswegen wär das für mich glaub ich eher was Positives.«

Hingegen gibt mir Viktoria, die selbst Medizinerin ist, auf die Frage, ob und wie sie die in Deutschland diskutierten Unregelmäßigkeiten in der Organvergabe wahrgenommen habe, eine ebenso lange wie pragmatische Antwort. Aus ihrer Sicht gehört das Vorgehen eines Arztes, der Veränderungen in der Listung herbeiführt, zum medizinischen Alltag:

»V: Das ist häufig so, also wie soll ich sagen, also das ist für mich keine Überraschung. Das kann jeder verstehen, also jeder, der in Medizin arbeitet, wenn man es nicht macht, dann kann man das Leben der Patienten nicht retten.«

Das von ihr beschriebene gängige Vorgehen, das »häufig Patienten kränker verkauft«, gehört für sie im Zusammenhang mit Zahlungspolitiken der Krankenkassen (»zum Beispiel, weil die Krankenkassen wieder Scheiße, wieder Sachen, Krankheiten schlechter bezahlt«) zum klinischen Alltag: »[...] man (muss) immer irgendwas kodieren, [...] so dass man Geld von den Krankenkassen kriegt [...] deswegen müssen die [Ärzte] lügen und irgendwie solche Diagnosen aufschreiben, die auf den Patienten nicht passen [...]«. Unre-

gelmäßigkeiten in diesem Zusammenhang sind für sie vor allem Gerechtigkeitsfragen und damit ein ständig bestehendes, unlösbares Problem (»man könnte darüber reden, dass es ungerecht ist, aber die Welt ist nicht rosarot«), was sie jedoch nicht als »Skandal« empfindet.

»V: Also wer das nicht wahrnimmt, denkt das wir gleichberechtigt sind, das täuscht, für mich ist das kein großes Ding, weil ich @.@, jeder würde es machen @.@, weil das ist einfach Menschlichkeit, also menschlicher Fehler oder war einfach ein menschlicher Gedanken, dass die (*unverständlich) gerne Patienten retten möchten oder bessere Zahlen kriegen möchten bei Überlebensraten, keine Ahnung, es gibt viele Gründe. Aber ich kann mir nicht vorstellen, dass da ein Patient ein Organ kriegt, was er nicht verdient hat, vielleicht ein anderer, aber der eine hatte Pech, der andere nicht.«

Ein Problem wird dies in ihren Augen lediglich, wenn es zu auffällig oder öffentlich sichtbar wird:

»V: vielleicht kann man darüber reden, ob wichtige Personen diese Organe kriegen oder irgendwie, aber das wäre schon auffällig, glaube ich, also, wenn irgendwie Schauspieler [...] das wäre sowas, wo man sagt, es ist, wie soll ich sagen, das wäre too much. Aber ich muss sagen, was mich, also wenn ein Patient oder irgendjemand in der Familie einen Arzt bezahlt dafür, [...] dass er ein Organ kriegt, das ist ethisch oder für mich moralisch nicht prb-, das ist schon problematisch, aber am Ende sag ich, dass eigentlich der Patient sein Organ braucht. Und Medizin wird niemals gleichberechtigt sein, also dass wir, wie soll ich sagen, also so ist das Leben [...] dass jeder die gleichen Chancen hat, das schafft man nie.«

Gerechtigkeit, so argumentiert Viktoria, könne in der medizinischen Versorgung ohnehin gar nicht hergestellt werden. Auch sie zeichnet die Figur eines Arztes, der bestechlich ist und Grenzen übertritt, bewertet dieses Vorgehen jedoch anders als beispielsweise Anka. Der Arzt handelt aus ihrer Sicht nicht grundlegend moralisch verwerflich, vielmehr dient er in ihrer Erzählung als Referenzpunkt, an dem verhandelt wird, dass das Problem ungleicher Verteilung von Ressourcen systematischer Natur ist und weit über die Einzelperson hinausgeht.

An »den Ärzten« oder »dem Arzt« als personifizierte Medizin, die als Institution hinter dem Prinzip der Organspende steht, werden vorrangig zwei Vertrauensfragen verhandelt: 1) Steht die Medizin als Wissenssystem und in den Körper eingreifende Institution zur Debatte. 2) Steht sie als Teil eines Solidarsystems zur Disposition – ein Umstand, der durch die Rahmung des Vorgangs als »Spende« besonders in den Vordergrund tritt. Aus der Vertrauensfrage potenzieller Spender*innen an den Arzt, die auf verschiedene Arten ausbuchstabiert wird, und warum sie in positiver oder negativer Weise beantwortet wird, lässt sich nicht klar auf eines oder mehrere Ereignisse (wie öffentlich gewordene Unregelmäßigkeiten in der Organvergabe) zurückführen. Vielmehr gehen in die hier umrissene Sozialfigur »des Arztes« von individuellen biografischen Erfahrungen, Diskurse um die ethisch-moralische Integrität ärztlichen Handelns und medizinischen Forschens ein. Zugleich dokumentieren sich in ihr Diskurse um und Erfahrungen mit den prekären Verbindungen von medizinischer Versorgung und individuellem Wohl-

stand. Die Arztfigur, die hier für ein ganzes, in sich komplexes und zusätzlich von Expert*innen dominiertes System steht, in dem grundlegende anthropologische Konzepte wie ›Leben‹ und ›Tod‹ verhandelt werden, steht folglich also für eine weitreichendere, gesundheitspolitische Problematik. Sie verweist, gerade wenn sie zur Protagonistin kritischer Äußerungen und Erzählungen wird, also auf mehr als die Frage der (individuellen) Zustimmung zur Organspende.

Dies spiegelt sich nicht zuletzt in den jüngsten politischen Entwicklungen, die eben jene Vertrauensfrage zu bearbeiten suchen, indem Hausarzt*innen, die oft langjährige Vertrauensbeziehungen zu ihren Patient*innen pflegen, seit 2020 Beratungsgespräche zu Organ- und Gewebespende anbieten sollen.⁷⁰ Wie sich dies in der Praxis gestaltet, kann an dieser Stelle nur als Forschungsdesiderat der Zukunft formuliert werden. Dass sich der von Medizinethiker*innen bereits mehrfach beanstandete Zielkonflikt zwischen ›ergebnisoffener Aufklärung‹ und dem Wunsch, die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen,⁷¹ hier weiterhin bestehen wird, lassen erste Reflektionen aus entsprechenden ärztlichen Fachzeitschriften vermuten.⁷²

China und die ›Chinesen‹⁷³

Das Potenzial des systematischen Missbrauchs, das in den Auseinandersetzungen mit Organtransplantationen immer wieder anklingt, zeichnet sich noch in einer weiteren Sozialfigur ab, bzw. einer Gruppe von Figuren: *China* und seine Einwohner*innen ›die Chinesen‹, die (geographische) Ferne des Landes von Deutschland, Fremdheit und das ›Andere‹ erfüllen in diesem Zusammenhang eine wichtige Funktion. Sie erlauben eine kritische Auseinandersetzung mit den Potenzialen eines Systems, das mit menschlichen Organen operiert, diese nutzbar macht und mit daraus entstehenden Ängsten und Bedenken umgehen muss.⁷⁴ *China* und *die Chinesen* als narrative Figuren liefern zugleich die Möglichkeit, eben jene Missbrauchspotenziale in weiter Ferne anzusiedeln und zu verurteilen. Organhandel und Menschenrechtsverletzungen im Zusammenhang mit der Entnahme von Organen können in diesen Erzählungen zwar passieren, aber nicht hier, nicht in Europa bzw. nicht in Deutschland. ›China‹ fungiert als Gegenhorizont zu einem System der Organspende, das immer wieder um Transparenz und die Gewinnung öffentlichen Vertrauens bemüht ist. ›Die Chinesen‹ sind dabei jedoch nicht (nur) Figuren des Schreckens, sondern auch der Selbstversicherung und mahnende Platzhalter für eine medizinische Praxis, die ein Missbrauchspotenzial zwar in gewisser Weise offeriert, aber durch starke und effektive Kontrollmechanismen auch eindämmen kann.⁷⁵

70 KBV 2021: https://web.archive.org/web/20211223125932/https://www.kbv.de/html/1150_56173.php

71 Schicktanz et al. 2017.

72 Krisam 2020: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Stupsen-Sie-doch-einmal-Ihre-Patienten-407276.html>

73 Wie die meisten Sozialfiguren erscheinen auch diese im täglichen Sprachgebrauch im generischen Maskulinum.

74 Auch Erzählungen über den Handel mit Organen werden meist in geografischer Ferne angesiedelt, beispielsweise in Indien oder wie im Falle von Jonas in Bangladesch.

75 Für eine medizinethische Perspektive auf die Thematik vgl. Paul et al. 2017 oder Paul et al. 2022.

Berichte über Praktiken der Rekrutierung von Spender*innen in China beinhalten als wesentlichen Aspekt meist die Entnahme der Organe von Gefängnisinsass*innen und politischen Gefangenen. So berichtet Max, er habe in einem Seminar für Medizinstudierende Folgendes erfahren:

»M: Witzigerweise gibt's da erstaunliche Geschichten, die ich nie selber verifiziert hab, die mir aber so erzählt wurden, so, dass sie dann doch auch glauben mag. Die Chinesen sind da etwas geschickter, die bauen einfach Gefängnisse, der politisch Gefangenen und Krankenhäuser in ein Gebäude, haben eine große Stahltür, die diese beiden Gruppen trennt, und laufen nur über den Flur, weil die politischen Gefangenen sind, wie wir wissen, nicht körperlich krank sondern, noch nich mal- nich geistig krank, also sie sind politisch Gefangene und werden dann ausgeschlachtet im wahrsten Sinne des Wortes und die Organe müssen den kürzesten aller Wege nehmen, nämlich tatsächlich nur durch diese Tür gehen. Aus der Sicht eines chinesischen, autokratischen, diktatorischen Staates: sehr geschickt. Was die Frage der Ethik angeht...zumindest hinterfragenswert.«

Die »erstaunliche(n) Geschichten« aus China erzählt Max auf meine Frage hin, ob in jenem Seminar auch über Abläufe einer Organspende gesprochen worden sei. Die chinesische Entnahmepraxis stellt er einer hiesigen gegenüber, in der Organe, oft mit Hubschraubern, über weite Strecken transportiert werden. Das transplantierende China dient hier nicht nur einer Konstruktion des Anderen, sondern auch einer ethisch-moralischen Positionierung: Max stellt klar, dass die Transplantation von Organen nicht nur ein medizinisches oder logistisches, sondern immer auch ein moralisches Problem ist, das sich auf prekäre Weise mit politischen Systemen mischen kann. »Die Chinesen« beschreibt er als ebenso geschickte wie fragwürdige Ausführende einer biopolitisch motivierten Praxis der Tötung, die einer »Ausschlachtung« gleichkommt; eine Metapher, die im Zusammenhang der Transplantation meist dann verwendet wird, wenn mangelnde Wertschätzung gegenüber der Person der Spender*innen bzw. deren Körpern zum Ausdruck gebracht werden soll. Ähnlich argumentiert Henning, der ebenfalls Mediziner ist. Er nimmt Bezug auf einen Artikel, der im Jahr 2013 in der *ZEIT* erschienen ist.⁷⁶

»H: Es gibt einen unglaublichen Beitrag, den ich mal, den habe ich mal, glaube ich, in der *ZEIT* gelesen von einem israelischen Kardiologen, der berichtet hat, wie seine Patienten nach China gehen. Kennen Sie das?«

Und im weiteren Verlauf des Interviews:

»H: »Herzen auf Bestellung«. Es geht nicht um Nieren irgendwo aus Iran, wo ja die Lebendspende gegen Geld bei Nieren möglich ist. Kann man jetzt gut finden oder nicht. Finde ich'n bissl problematisch, denke ich schon. Bei nem Herz ist aber völlig unzweifelhaft, also ein Herz auf Bestellung geht nur beim Menschen, der vorher gelebt hat,

76 Keller 2013: <https://www.zeit.de/2013/11/China-Transplantationen-Organhandel>

nicht hirntot war und dann dafür getötet wird, für diesen Zweck. Und vorher auch gesund genug gewesen ist. Das war ein fantastischer Artikel, wie der Kardiologe gesagt hat, also er verurteilt das zutiefst. Das machen anscheinend gerade Israelis, darf man ja gar nicht sagen heutzutage, hörst du gleich wieder: »Die Judenhasser.« Ist aber halt der, der Bericht gewesen, die sich dann gegen Geld in China Organe bestellen können. Und wo er auch sagt, also er hat solche Patienten, behandelt sie vorher und nachher, aber verurteilt das halt moralisch zutiefst. ...«

Auch bei Henning ist China ein Ort, an dem »unglaubliche Dinge« passieren: Nicht nur werden Menschen zu Zwecken der Transplantation getötet, sondern diese Organe gegen Geld exportiert. Diese Möglichkeiten, die er »extrem« nennt, überschreiten Hennings moralische Grenzen noch mehr als die Praxis der Organspende, die er in Deutschland wahrnimmt und kritisiert. In dieser Passage stellt er uns noch eine weitere Gruppe vor, die innerhalb des Diskurses um Menschenrechtsverletzungen und Tötungen in China eine wichtige Rolle spielen: Die Falun Gong.⁷⁷

»H: Diese sektenähnliche Gemeinschaft,⁷⁸ zumindest in China, die ja überall in Großstädten auf Plätzen standen und haben gewettert: »Wir werden, wir werden als Organspender gehalten und getötet.« Was hier nur ist, ich konnt's nicht glauben, bis in der ZEIT die, das ist ja, das ist ja da.«

Henning sieht sich ein weiteres Mal konfrontiert mit einer Unglaublichkeit, urteilt unter Bezugnahme auf eine für ihn vertrauenswürdigen Quelle (in Max' Fall waren es seine Dozent*innen im Medizinstudium, in Hennings Fall eine Wochenzeitung) wie folgt:

»H: Also man kann es natürlich als Gesellschaft akzeptieren, so was, ne? Dass solche Menschen, die dann kein Recht auf Leben mehr haben, Strafgefangene irgendwas, ne, getötet werden als Organspender. Das ist halt für mich dann das andere Extrem, das ich für mich also komplett auch ablehne. Das ich sowieso, also völlig ablehne. Deswegen will ich keine Organe haben. Die Meinung habe ich halt ganz klar.«

Eingesetzt als Argument gegen die Organspende rückt *China* als Sozialfigur metaphorisch näher an uns heran. Es ist nicht mehr der ferne Ort, dessen fehlgeleitete Praxis mit der unsrigen nichts gemein hat. Vielmehr appelliert Henning an eine Art globalgesellschaftliche Verantwortung, eine Praxis zu verhindern, die Menschen das »Recht auf Le-

77 Zu der Thematik werden sowohl auf dem DTG-Kongress als auch auf dem Europäischen Transplantationskongress ESOT verschiedene Informationsmaterialien von Menschenrechtsorganisationen verteilt. Im Zuge dessen wird immer wieder auf die Bemühungen der Menschenrechtsaktivisten David Matas und David Kilgour verwiesen (vgl. z.B. Matas und Kilgour 2007), die die Ergebnisse ihrer Recherchen sowohl digital als auch analog publiziert haben.

78 Zur Einordnung: Der Interviewte greift den Begriff »Sekte« von der Interviewerin auf, die rückfragt, ob es sich um eine Sekte handle. Tatsächlich werden die Falun Gong meist als spirituelle oder religiöse Gruppierung bezeichnet, jedoch zunehmend auch politisiert und als Opfergruppe identifiziert. (vgl. u.a. EU-Parlament (2024): https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2024-0037_DE.html oder Amnesty International (2021): <https://www.amnesty.de/urgent-action/ua-208-2012-1/falun-gong-anhaengerinnen-gefoltert>).

ben« nimmt. Die moralische Konsequenz, die Henning daraus zieht, ist nicht nur, diese Praxis abzulehnen, sondern sie auch nicht unter anderen Umständen (also vor dem Hintergrund hiesiger Standards) oder im Falle einer eigenen Krankheit zu akzeptieren. Am Negativ-Beispiel China buchstabiert er das Nein zur Organspende folglich als humanitäre Verantwortung aus.

Die Falun Gong erfüllen eine weitere Funktion im Rahmen des deutschen und europäischen Transplantationskongresses. Ähnlich wie beim Tag der Organspende sind kritische Stimmen bei dieser Veranstaltung nicht vorgesehen. Die einzigen, die sich hier unter die Informations- und Messestände mischen, gehören den Vereinen, die auf nationaler und internationaler Ebene die politische Verfolgung der Falun Gong und die damit in Zusammenhang stehenden intransparenten Organtransplantationen thematisieren:

»Eines der ersten Themen, das uns auf diesem Kongress ›begegnet‹ ist die Konfrontation mit China als eine Art Gegenhorizont zur gut funktionierenden, menschenrechtskonformen Organtransplantation, wie sie ›hier‹ (in Deutschland und Europa) praktiziert wird.

Die Thematik zieht meine Aufmerksamkeit nicht allein dadurch auf sich, dass der entsprechende Infotisch als einer der ersten neben dem Eingang steht und (im Unterschied zu allen anderen Ständen und Tischen) gleich zu Beginn der Veranstaltung besetzt ist, sondern vielmehr auch, weil die Präsenz dieses kritischen Themas auf einer Veranstaltung, die führende Transplantationsmediziner*innen Deutschlands vereint, verwundert. Hinter dem Tisch mit verschiedenen Informationsmaterialien sitzen ein Mann und eine Frau, hinter Ihnen ein Banner mit Bildern von Menschen mit Verletzungen sowie Texten und Überschriften, an die ich mich nicht genau erinnere. Freundlich, offen, aber auch etwas eingeschüchtert, erzählen sie, wie sie Zugang zu diesem Thema über ihre Yogaschule erhalten haben. Über einen Verein seien sie auf die problematischen Explantationen von Gefangenen in China aufmerksam geworden. Der Kontakt, so berichten sie, habe auch auf persönlicher Ebene stattgefunden, über einen chinesischen Studierenden in Deutschland dessen Mutter als Falun-Gong-Praktizierende in China gefangen gehalten wurde. [...] Gleich im ersten Gespräch berichten die beiden von dem Misstrauen, dass Ihnen hier auf der Veranstaltung entgegengebracht wurde. Auch habe es Bedenken gegeben, weil ihre Thematik Organspende in einem negativen Licht erscheinen lassen könnte. ›Aber das ist doch in China!‹, betonen die beiden – ›und nicht hier!‹.⁷⁹

Bei einem späteren Gespräch berichtet das Paar, wie die anfänglichen Schwierigkeiten in ein zunehmendes Interesse der Besucher*innen umgeschlagen seien. Ein Arzt habe sie angesprochen und erzählt, er selbst habe bereits an einer so fragwürdigen Transplantation teilnehmen müssen. Geschichten über die Vorgänge in China und deren mangelnde Transparenz beflügeln folglich nicht nur die Fantasie, sondern erfüllen auch die Funktion, moralische Grenzbereiche der Organspende auszuloten. Sichtbar wird dies auch im Interview mit Karolin, die als Angestellte im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zwar nicht alle kritischen Aspekte der Organspende negiert, sie dafür aber entweder im Bereich der Vergangenheit ansiedelt oder geografisch in weiter Ferne.

79 Feldprotokoll, Kongress der DTG in Bonn, 2017.

Spanien und ›die Spanier‹

Als Sozialfigur tauchen *Spanien* und seine Bewohner*innen vor allem im Zusammenhang mit Vorstößen in Richtung einer Änderung des deutschen Transplantationsgesetzes auf, denn nicht nur das Missbrauchspotenzial, das *die Chinesen* aufzeigen, ist außerhalb des deutschen Transplantationssystems angesiedelt, sondern auch der Erfolg, der, wie Spanien zeigt, größer sein könnte. Besonders deutlich tritt dies auf dem Jahreskongress der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) hervor. So leitet Grußwort des Tagungsprogrammes von Bernhard Banas bereits folgendermaßen ein:

»Für zu viele Patienten, die so dringend auf ein lebensrettendes Organ angewiesen wären, kommt dieses leider zu spät. Dabei müsste das nicht sein, die meisten Nachbarländer und auch viele andere Länder dieser Welt machen in unruhigen Zeiten oftmals unbemerkt, oft aber auch nach intensiver, langjähriger und öffentlicher Diskussion erstaunliche Fortschritte, die sich zum Wohl ihrer Gesellschaft auszahlen. Was sind die Unterschiede, die die so gravierend unterschiedlichen Raten an Organspendern und Transplantationen erklären? Was haben Länder anders gemacht, in denen die Nierentransplantation eine Dialysetherapie als das am häufigsten angewandte Nierenersatzverfahren überholt hat? Wann werden die bei uns eingeleiteten Maßnahmen – wie die letzte Änderung des Transplantationsgesetzes, die Einführung von professionellen Transplantationsbeauftragten und die Überarbeitung aller einschlägigen Regelwerke – endlich greifen? Wo sind weiterhin Defizite bei den Rahmenbedingungen für Organspende und Transplantation, in den beteiligten Institutionen und Einrichtungen, aber auch in den Köpfen von Zuständigen und Verantwortlichen?«⁸⁰

Noch deutlicher wird dieses Desiderat in der Begrüßungsveranstaltung im ehemaligen Deutschen Bundestag in Bonn, der für diesen Kongress als Veranstaltungsort gewählt wurde. In der Rhetorik von Sport und Wettkampf wird deutlich, dass im Fokus der Konferenz nicht nur der medizinisch-fachliche Austausch, sondern auch eine Agenda der Öffentlichkeitsarbeit stehen wird: Die DTG, so heißt es, sei kein »Vorreiter« oder »Weltmeister« und Wartelisten seien zu lang. »Alles, wirklich alles« müsse nun getan werden. Deutschland müsse »Weltmeister werden«, an die »vorderste Front gehen« und dürfe keine »Resignation« zeigen. Es brauche »Streit auf Augenhöhe«, Lösungen müssten »erststritten werden«. Es sei Zeit für eine »gesamtgesellschaftliche Diskussion«. Neben den zahlreichen Bezügen zu Kampf und Sport fallen immer wieder Ländervergleiche auf, vor allem mit denjenigen, die über ›lockerere‹ rechtliche Regelungen bezüglich der Transplantation von Organen und Geweben verfügen, wie z.B. Spanien (das mehrfach als »Weltmeister« bezeichnet wird), aber auch USA oder Österreich.⁸¹

80 Banas 2017.

81 Feldprotokoll, Kongress der DTG in Bonn, 2017.

Spanien wird in diesem Zusammenhang – und gehäuft in den letzten Jahren – zum Vergleichshorizont für ›mögliche‹, erreichbare Organspendezahlen.⁸² Anlass für diese Art von Vergleich geben statistische Erfassungen und Ländervergleiche, die auf eine prozentual höhere Spendenrate in verschiedenen europäischen Ländern und den USA verweisen.⁸³ Deutschland würde mehr Organe »importieren« als »exportieren« kritisiert die *ÄrzteZeitung* und argumentiert für die Widerspruchslösung.⁸⁴ »Deutschland profitiere derzeit von der höheren Frequenz der Organspende in seinen Nachbarländern [...]. Allein bei Nieren »importiere« Deutschland jedes Jahr 200 Organe mehr aus den Eurotransplant-Ländern als im Land selbst gespendet würden. [...] Damit verschlechtere Deutschland die Transplantationschancen von Patienten auf ausländischen Wartelisten.«

Die ›deutsche Transplantationsgemeinschaft‹ fällt im Vergleich also vorrangig durch ihre Defizite auf, die wiederum nicht technischer oder professioneller, sondern vielmehr politischer Natur sind. Das mit Spanien in Vergleich gesetzte Deutschland fällt in dieser Wahrnehmung durch eine zu liberale Transplantationspolitik, eine zu wenig überzeugende Öffentlichkeitsarbeit und eine zu wenig überzeugte Bevölkerung hinter seine eigentlichen Möglichkeiten zurück. Der Vergleich wird zudem an die moralische Pflicht geknüpft, innerhalb der internationalen Verbände und Kooperationen, eine gleichwertige Zahl transplantierte (bzw. zur Verfügung gestellte) Organe zu erreichen. Deutschland, so lässt sich an dieser Stelle zusammenfassen, bleibt seinen Nachbar*innen in dieser Art Erzählung Organe schuldig.

Der religiöse Mensch

Ein Nein zur Organspende ist oft schwierig zu begründen, insbesondere im Kontext eines Solidaritätsprinzips. Warum verweigere ich die Spende meiner Organe und Gewebe? Warum will ich schwerkranken Menschen nicht helfen? Wofür brauche ich meine Organe nach meinem Tod? Hier spielt die Sozialfigur des religiösen Menschen eine wichtige und zugleich ambivalente Rolle.

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich einerseits Versuche, Zusammenhänge zwischen Religiosität und (geringer) Spendenbereitschaft zu belegen,⁸⁵ andererseits aber immer wieder auch Analysen, die derartige Korrelationen in Frage stellen.⁸⁶ In jüngsten Umfragen der BZgA geben lediglich 14 % derjenigen, die Organspende in einem Organspendeausweis klar ausgeschlossen haben, an, dies aus »religiösen, ethischen oder spirituellen Gründen« zu tun.⁸⁷ Auch religiöse Einrichtungen verschiedener Glau-

82 Dies hängt nicht ausschließlich mit dem dort eingeführten *Opt-out*-Verfahren, sondern im Wesentlichen auch mit dem Rekrutierungsverfahren von Spender*innen als *Non-Heart-Beating Donors* zusammen, sowie mit einem in vielfacher Hinsicht stärker auf die Transplantation von Organen ausgerichteten Krankenhausssystem.

83 Vgl. z.B. BZgA (o.J. a): <https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/statistiken/>

84 *ÄrzteZeitung* 2018.

85 Vgl. z.B. Morgan et al. 2013, Newton 2011, Lauri 2009.

86 Vgl. Schicktanz et al. 2017.

87 Zimmering und Hammes 2023: 40. Ebenso viel Prozent der 89 Personen, die Organspende mit dem Organspendeausweis ablehnen, gaben Angst oder Unsicherheit an. Die beiden Hauptgründe für eine Ablehnung waren in dieser Umfrage aber Misstrauen und die Vermutung, körperlich nicht

bensrichtungen reagieren auf die offenkundig immer wieder im Raum stehende Frage nach der Vereinbarkeit von religiösem Glauben und Organspende mit Handreichungen, die in den meisten Fällen Einwände zerstreuen und Organspende klar befürworten.⁸⁸ Die Frage, ob jegliche Art von Religiosität einer Zustimmung zur Organspende im Wege steht, ist strittig.

Zugleich scheint ›die Religion‹ der einzige geschützte Raum für ein ›Nein‹ zur Organspende zu sein. So nennt die BZgA in der Informationsbroschüre »Antworten auf wichtige Fragen« diese als einzigen möglichen Ausschlussgrund, wenn es heißt: »Das Transplantationsgesetz [...] sieht vor, dass Minderjährige ab dem vollendeten 14. Lebensjahr ohne die Zustimmung ihrer Erziehungsberechtigten einer Organ- oder Gewebespende im Todesfall – etwa aus religiösen Gründen – widersprechen können.«⁸⁹ Insofern muss zumindest die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass »religiöse« oder »spirituelle« Gründe auch ein rhetorischer Ausweis sind, um ein Unbehagen mit Organspende formulieren zu können.

Mit Blick auf die Interviewten dieses Projektes ist ›der religiöse Mensch‹ meist vor allem eines: Das, was die Spender*innen nicht sind und dient somit vor allem als Abgrenzungsfolie. Lediglich zwei Personen im Sample bezeichnen sich als ›religiös‹: Maria glaubt zumindest an ›ein Leben danach‹ und stellt sich einen Himmel vor, aus dem sie herunterblickt. Sie ist Organspenderin, weil sie sich an der Vorstellung anderen zu helfen erfreut. Selma möchte keine Organe spenden, obwohl dies, wie sie betont, ganz im Sinne ihres muslimischen Glaubens wäre. Sie benennt andere Gründe für ihre Ablehnung.

Meist jedoch distanzieren sich die Interviewten explizit von Menschen, die sie als ›religiös‹ vermuten, bzw. von dem, wofür diese jeweils für sie stehen. So betont Skeptikerin Anka, dass sie zwar nicht religiös sei, sie den Körper aber dennoch ganzheitlich verstehe: »Also ethisch gesehen, also ich bin nicht religiös, aber für mich ist Mensch nicht eine Summe seiner Teile, sondern ein bisschen mehr«. Ein solches Körperverständnis würden Lisa, Stefanie und Max jedoch von einer ›religiösen‹ Person erwarten: diese, so vermutet Lisa, würden ihren »Körper komplett beerdigen oder so und glauben, durch Organspende würde die »Seele irgendwie zerstört«. Sie akzeptiert diese (hypothetische) Erklärung, obgleich sie diese nicht nachvollziehen kann. Auch Stefanie unterstellt, dass »dann tatsächlich halt schon einige denken, sie brauchen ihren Körper noch irgendwie ganz oder wo's mit der Beerdigung zu tun hat oder ähnlichen Dingen«. Ähnlich erklärt Max seine positive Organspende-Entscheidung damit, dass er nicht daran glaubt, »dass man vielleicht irgendwie heil sein muss oder im Ganzen, um in einen Himmel oder dergleichen zu gelangen«.

für eine Spende geeignet zu sein. Insgesamt ist der prozentuale Anteil derer, die ein Nein zur Organspende auch in einem Ausweis dokumentieren jedoch gering (4 % im Jahr 2022, in den Jahren zuvor ähnlich niedrig).

88 Vgl. Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern 2014, Die Deutschen Bischöfe 2015, Zentralrat der Muslime in Deutschland (o.J.). Auch die BZgA bemüht sich auf ihrer aktuellen Webseite darum, religiöse Zweifel an Organspenden auszuräumen: <https://www.organspende-info.de/erfahrungen-und-meinungen/religionen/>

89 BZgA 2017: S. 51.

Im Gespräch mit dem Studierenden Jonas, der sich mehrfach von religiösen Menschen distanziert, taucht das Thema besonders häufig auf. Den Ausweis habe er, so erklärt er, ohne längere Überlegungen mit »Ja« ausgefüllt:

»J: Ich habe mich da aber, ehrlich gesagt, nicht wirklich damit beschäftigt, weil ich jetzt keinen religiösen Bezug oder so dazu habe und es für mich jetzt nicht so, also nur rein persönlich für mich, nicht so'ne kontroverse Frage war oder ist.«

Und:

»J: Für mich war das kein Thema, worüber ich so lange nachdenken musste, weil's für mich jetzt keine Hölle gab. Also für mich gibt's nichts, was dagegenspricht. Das liegt vielleicht einfach tatsächlich auch daran, dass ich nicht religiös bin und auch nicht religiös erzogen wurde.«

Aus seinen Überlegungen wird deutlich, dass es kaum eine andere mögliche Erklärung für einen Widerspruch gegen Organspende gibt als eine (eher diffuse) Religiosität, die ein bestimmtes Verhältnis zum eigenen Körper impliziert:

»J: wie gesagt, also ich hatte noch nie irgend so'n Bezug zu irgendeiner Religion und man kann natürlich auch aus 'ner atheistischen Perspektive an @seinen Organen@ hängen, aber also ich glaube halt nicht an 'n Leben nach 'm Tod oder daran, dass das jetzt für meine Seele oder für irgendwas Transzendentes eine Bedeutung hätte.«

Die Sozialfigur des religiösen Menschen ist in dieser Lesart also eine Art Gegenfigur zu einer Figur des oder der Spender*in, die sich durch ein anderes, »aufgeklärteres« Verhältnis zu ihrem Körper auszeichnet. Schützenswert ist ein solcher Körperbezug für Jonas aber hinsichtlich eines gesellschaftlichen Pluralismus, der, wie er immer wieder betont, auch auf seiner eigenen politischen Agenda steht:

»J: Meine persönliche Einstellung zu Religion ist ja auch eher negativ, aber ich fänd's trotzdem vermessen, sich rausnehmen zu wollen, das für alle zu entscheiden. Weil ich meine, das gehört auch zu 'nem Pluralismus dazu, dass man so viel Empathie besitzt, dass man einfach einsehen kann, dass das nicht jeder so sieht wie ich.«

Den »alternativen Organspendeausweis« der *Evangelischen Frauen*, der im Interview vorliegt, kommentiert Jonas dennoch kritisch:

»J: Ja, auf den ersten Blick fällt mir jetzt halt der Verband Evangelische Frauen in Deutschland e. V. so ins Auge. Und da regt sich bei mir so'n innerer Widerstand, weil ich nicht möchte, dass sich da egal welche Kirche zu stark einmischt in diese Debatte und die Mitglieder ihrer Religion zu stark in 'ne gewisse Richtung drängt. Also das finde ich erstmal negativ. Aber auf der anderen Seite, wenn jetzt jemand sagt, dass er zum Beispiel sehr religiöser Christ ist, dann wird er diese Entscheidung ja auch aus dieser Perspektive treffen und dann kann ich vielleicht schon auch verstehen, dass man da das Bedürfnis hat, dass man einen aus 'ner religiösen Ecke haben will. [...] aber

einfach weil's potenziell so 'n kontroverses Thema ist, finde ich da umso wichtiger, dass diese Informationen nicht aus irgendeiner Ecke geprägt sind.«

Die inhaltliche Ausrichtung dieses Ausweises, der offenkundig nicht nur Dokument einer Willenserklärung sein soll, sondern auch ein Dokument der Kritik, ist für Jonas nicht von Interesse, lediglich das Vereinslogo macht ihn skeptisch.

Abbildung 12: Alternativer Organspendeausweis (Ausschnitt)

Für den Fall, dass nach meinem Hirntod eine Entnahme meiner Organe zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

☐ **JA**, ich gestatte, dass meinem Körper Organe entnommen werden.

☐ **JA**, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe:

☐ **JA**, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe:

☐ **JA**, ich gestatte dies, wenn die Explantation unter Vollnarkose erfolgt.

☐ **JA**, ich gestatte dies, wenn während der Explantation eine Sterbebegleitung im OP durch eine_n Angehörige_n/eine_n Stellvertreter_in möglich ist.

☐ Herr/Frau _____ muss dieser Entscheidung im Falle meines Todes zustimmen.

☐ **NEIN**, ich lehne eine Entnahme meiner Organe ab.

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Entnahme von Geweben zur Transplantation und/oder Weiterverarbeitung zu Arzneimitteln in Frage kommt, erkläre ich:

☐ **JA**, ich gestatte, dass meinem Leichnam Gewebe entnommen werden.

☐ **JA**, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Gewebe:

☐ **JA**, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Gewebe:

☐ **JA**, ich gestatte dies, aber nur zu Transplantationszwecken.

☐ Herr/Frau _____ muss dieser Entscheidung im Falle meines Todes zustimmen.

☐ **NEIN**, ich widerspreche einer Entnahme von Gewebe.

Bildquelle: frauen-efw

»Religiöse Vertreter«, so findet er, sollten nicht prinzipiell aus einer öffentlichen Debatte ausgeschlossen werden, sollten diese auch nicht »zu stark beeinflussen oder halt dominieren«. Eine religiöse Haltung vermutet Jonas zudem als negative Haltung gegenüber der Organspende. Entsprechend mutmaßt er über eine Freundin, die er als religiös einstuft (obgleich er nie mit ihr über das Thema Organspende gesprochen hat): »Also ich könnte mir vorstellen, dass sie da dagegen ist, einfach, weil sie sehr religiös ist. Muss aber nicht sein. Ich weiß es nicht«. Umgekehrt vermutet er über das von Krankenkassen (»die keinen religiösen Einfluss haben«) bereitgestellte Informationsmaterial, dass diese »nicht schon in eine bestimmte Richtung argumentieren«. Die Sozialfigur des religiösen Menschen steht folglich also für Personen, die ein bestimmtes Körperbild vertreten und Organspende deshalb ablehnen, aber auch Institutionen, hinter denen religiöse Weltbilder vermutet werden.

Einen Sonderfall der Sozialfigur des religiösen Menschen stellen die Zeugen Jehovas dar, die gerne als extremes Beispiel für religiös motivierte Ablehnung medizinisch notwendiger Behandlungen herangezogen werden. Diese, so vermutet Jonas, könnten nicht von Informationsmaterial beeindruckt oder überzeugt werden (»jemand, der Zeuge Jehovas ist, der wird sich das durchlesen oder wahrscheinlich würde er sich's gar nicht

durchlesen, aber selbst wenn, würde er sich sagen: es geht trotzdem nicht mit meiner Religion zusammen«). Henning formuliert seine Vermutung über einen religiös motivierten ›Organ-Geiz‹ noch klarer, wenn er sagt: »Als Zeuge Jehovas mag man's anders sehen, also da ist ja ganz wichtig, dass ich eben nichts vom anderen Körper bekomme oder auch gebe.«, betont damit aber, dass seine Ambivalenzen eben nicht irrationaler oder religiöser Natur seien, sondern sowohl politisch als auch wissenschaftlich begründet.

Wer ist nun aber der religiöse Mensch, der immer wieder als Abgrenzungsfolie dient? Zunächst ist er (bis auf die benannten Zeugen Jehovas) meist keiner bestimmten Religion, Kirche oder Konfession zuzuordnen. Diese zunächst recht allgemein gefasste Religiosität fungiert als Metapher für eine (mehr oder minder) gut begründete Ablehnung der Organspende, eine Verweigerung gegenüber ›rationalen‹ oder ›wissenschaftlichen‹ Argumenten. Er wird sowohl herangezogen, um die eigene, positive Einstellung zur Organspende (»weil ich nicht religiös bin«) zu illustrieren als auch, um die Ablehnung der Organspende (»obwohl ich nicht religiös bin«) zu legitimieren. Der religiöse Mensch gilt sowohl für potenzielle Spender*innen als auch solche, die es nicht sein wollen, als Inbegriff des ›Irrationalen‹ oder ›Unaufgeklärten‹. Vor dem Hintergrund einer politischen Dimension zu akzeptierender epistemischer Pluralität befindet er sich in einem zumindest teilweise geschützten Raum. Organspende, so klingt dabei aber meist durch, kann in einer modernen, aufgeklärten und nicht-religiösen Weltsicht nur befürwortet werden.

Die Faulen

Eine weitere, häufig auftauchende Sozialfigur bilden die faulen Spender*innen, die neben dem religiösen Menschen als häufigste Erklärung für das ›Nein‹ zur Organspende erscheint. Exemplarisch können wir hier zunächst das Gespräch mit Lisa heranziehen, die Organspendeausweise gerne an Freund*innen verschenkt:

»L: Ich glaub, dass die meisten Menschen eigentlich gar nicht so'n Problem damit haben, sondern dass sie einfach nur zu faul sind, um sich so 'ne Karte zu nehmen oder sich auch drum zu kümmern, dass man die bekommt und dann sich einfach mal fünf Minuten hinzusetzen und das auszufüllen. Also das ist so das, was auch so in den meisten Gesprächen rauskam, dass die Leute einfach gesagt haben: »Ja, aber dann muss ich das machen und das war nicht so, dass sie das nicht wollten, sondern dass sie einfach diesen Prozess, sich so ne Karte zu besorgen des auszufüllen und die mitzuschleppen, dass das einfach das Anstrengende daran ist.«

Mehrere Aspekte kommen den faulen Spender*innen in die Quere: Der Akt des ›Nehmens‹ einer Karte, die Zeit des Ausfüllens und das ›Schleppen‹ eines solchen Objektes. In dieser Deutung des Nicht-Spendens ist es der Ausweis, der die Organspende nicht ermöglicht, sondern verhindert. Der Ausweis wächst metaphorisch zu einer Größe und Schwere, die es verunmöglicht der Handlungsaufforderung, ihn auszufüllen und immer bei sich zu haben, nachzukommen. Auch die Kampagne »Das trägt man heute« greift dieses metaphorische Konzept⁹⁰ auf:

90 Zum Begriff des metaphorischen Konzepts vgl. Schmitt 2017.

Abbildung 13: BZgA Kampagne »Das trägt man heute«, Matthias Steiner



Bildquelle: Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit

Die ›Leichtigkeit‹ des Ausweises, der geringe Aufwand, der mit dem Ausfüllen des Ausweises verbunden wird, steht, so lernen wir hier, in keinem Verhältnis zu der möglichen Lebensrettung eines anderen Menschen. »We are, thus, reminded that the organ donation card is of great importance even though we do not need much physical strength to carry it on our person.«⁹¹

Auch im Vorfeld der Debatten um die Widerspruchslösung im Jahr 2020 werden die faulen Spender*innen thematisiert. So titelt *Der Spiegel* 2020: »Die Widerspruchslösung sieht in uns faule Egoisten«. Weiter erklärt die Medizinethikerin Claudia Wiesemann in diesem Artikel: »Seit Jahren wird den Menschen in Deutschland dies vorgehalten. Sie seien selbstsüchtig und faul, denken nicht an andere und tabuisieren den Tod. Die Widerspruchslösung soll uns hartnäckige Egoisten nun endlich austricksen.«⁹² Diese würde das Ausfüllen einer Erklärung zur Organspende nämlich nur dann nötig machen, wenn ihr widersprochen werden soll. Die Hoffnung auf eine höhere Spendenrate liegt hier also unter anderem in eben jener ›Faulheit‹ potenzieller Spender*innen. Neben der Religion ist die Faulheit zwar die gängigste, aber auch moralisch verwerflichere Begründung. Die faulen Spender*innen, so heißt es häufig, würden sich nicht mit der Möglichkeit des eigenen Sterbens und allen damit verbundenen Fragen auseinandersetzen wollen. Diese ›Verweigerung aus Faulheit‹ wird schließlich als unterlassene Hilfeleistung in mangelnder Solidarität übersetzt. Eine Lesart, die transplantierte Patient*innen besonders hart trifft. So empört sich Stefanie, die von diversen Erfahrungen mit Organspendeverweigerer*innen zu berichten weiß:

91 Hansen et al. 2017: 8.

92 Wiesemann 2020.

»S: Damit müsste man sich eigentlich gar nicht auseinandersetzen, man muss sich eigentlich nur entscheiden, ne? »Bin ich bereit, das zu machen?«. Oder nicht? Da gibt's natürlich unterschiedliche Einstellungen, da find ich es manchmal ein bisschen schade, also es ärgert mich schon manchmal, wenn ich dann so den Eindruck hab, dass is aus so'm Egoismus heraus dieses »für mich is es ja unangenehm, mich damit auch nur auseinanderzusetzen, da können ja die Leute auf der Warteliste sterben, Hauptsache, ich muss mir keine unangenehmen Gedanken über den Tod machen«. Also diese Einstellung, muss ich tatsächlich sagen, macht mich schon irgendwie wütend. Also wenn jemand wirklich so aus voller Überzeugung sagt: »Ich hab mich damit auseinandergesetzt und aus den und den Gründen...«, dann mag ich die Gründe vielleicht nicht so toll finden und auch manchmal denken: »Blöde Gründe«, aber der hat dann seine Entscheidung getroffen.«

Für Stefanie hat diese Weigerung als direkt Betroffene eine besondere Relevanz, stellt die Ablehnung der Organspende doch eine Technologie in Frage, der sie selbst ihr (Über-)Leben einer schweren Erkrankung in ihrer Jugend zu verdanken hat. Die Entscheidung gegen die Organspende muss, so fordert sie ein, eine bewusste, im besten Fall auch begründete Entscheidung sein. Im Zusammenhang mit der Figur der oder des Faulen spielt der Ausweis also eine besondere Rolle: mit dem Objekt lässt sich eine Narration konstruieren, die die Aussageverweigerung in eine Kategorie der Unmoral übersetzen kann. Die Verweigerung des Nehmens, Ausfüllens und ›Schleppens‹ der kleinen Karte wird zur Absage an die Solidargemeinschaft aus eben keinem ›guten‹ Grund. Der Bundestagsabgeordnete Tino Sorge bringt das Motiv der faulen Spender*innen auf den Punkt:

»Es kann aber in unserer satten, wohlhabenden, gut informierten Gesellschaft nicht zu viel verlangt sein, einmal im Leben »Ja« oder »Nein« zu sagen. Das muss jedem zurechnungsfähigen Menschen zumutbar sein. Ein derart wichtiges Thema aus Bequemlichkeit zu ignorieren, kann keine Option sein. Nicht, wenn es um Leben oder Tod anderer geht.« 93Deutscher Bundestag 2020: 17582 A.

Als zumutbar wird hier folglich nicht das eigentliche ›Spenden‹ von Organen verhandelt, sondern lediglich das Treffen der Entscheidung und damit die klare Positionierung mit ›Ja‹ oder ›Nein‹. Ambivalenz und Zweifel werden zum Luxus der ›Faulen‹.

Der Motorradfahrer

Eine kurze und die Reihe der Sozialfiguren abschließende Notiz soll an dieser Stelle noch einer Figur gewidmet werden, die meist männlich konnotiert, mit riskantem Verhalten assoziiert und als eine Art ›Idealspender‹ gehandelt wird: Der Motorradfahrer. Dies mag mit der Vermutung verknüpft sein, junge, gesunde Menschen verletzen sich vor allem bei Sportunfällen, trägt jedoch noch einen anderen Aspekt in sich. So diagnostiziert Frank Thieme 2019 in seiner Einführung in die Thanatosoziologie:

»Die Mehrheit der Bevölkerung hält das Leben heute (2011) dennoch für gefährlicher als früher. Zugleich wächst allerdings die Lust am Risiko. Nicht nur junge Menschen suchen in einer geregelten und scheinbar (über)behüteten Welt nach dem Abenteuer

er, sei es bei dem Genuss von Suchtmitteln, auf dem Motorrad, beim Drachenfliegen, Bergsteigen, der Ausübung von Extremsportarten usw.«⁹³

In der Bundestagsdebatte von 2020 identifizieren sich gleich zwei Bundestagsabgeordnete, die zugleich in sehr verschiedenen politischen Kreisen verortet sind, mit dieser Figur:

»Patrick Sensburg (CDU/CSU): [...] Als Motorradfahrer bin ich selber seit langen Jahren Inhaber eines Organspendeausweises und weiß daher auch, dass es dringend notwendig ist, die Zahl der Organspenden in Deutschland zu erhöhen. Allerdings kann Schweigen nach meinem Dafürhalten nicht einfach als Zustimmung gewertet werden.«⁹⁴

Und:

»Matthias W. Birkwald (DIE LINKE): Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Das hier ist mein Organspendeausweis von 1978. Ich war 16 Jahre alt, ich fuhr Mokick und später Motorrad und war mir des Risikos, zu sterben, sehr bewusst. Und so habe ich mich bewusst dafür entschieden, im Falle meines Hirntodes Organe spenden zu wollen. Sich bewusst für die Organspende zu entscheiden, das machen leider viel zu wenige Menschen.«⁹⁵

Beide sprechen sich gegen eine Widerspruchslösung aus und betonen die Selbstverständlichkeit, mit der sie sich als Risikoträger sich für die Spende von Organen entschieden und dies in einem Organspendeausweis eingetragen hätte. Das riskante Verhalten wird verknüpft mit der Bereitschaft zur Organspende. Davon lässt sich nicht zuletzt die Forderung ableiten, dass Menschen, die riskante Hobbys betreiben, ihren Willen zur Organspende dokumentieren sollten, um dieses Verhalten durch einen Dienst an der Gemeinschaft zu kompensieren. Der Motorradfahrer bewegt sich nicht nur riskant, sondern tut dies auch aus freien Stücken und wird damit zum potenziellen »Spendenmaterial«.

Dies zeigt sich auch im Interview einer Reportage mit der lungentransplantierten Claudia K. Diese steht im März 2020 der Fernsehsendung »Galileo« vor der Kamera und beantwortet die Frage, ob Sie sich jemals gewünscht hätte, jemand würde verunglücken, damit sie ein Organ bekommen mit »Ja«. In der Nähe einer großen Straße wohnend habe sie oft Motorräder vorüberfahren hören und sich gewünscht, einer von diesen würde ihr Spender werden. Dem Motorradfahrer, oder auch dem Radfahrer darf man im moralischen Feld der Organspende, da zumindest von einer Teilschuld am eigenen Schicksal ausgegangen wird, offenkundig einen entsprechend tragischen Verlauf wünschen. Die Figur des Motorradfahrers eignet sich demnach für eine Argumentation, die gleichsam als zeitdiagnostisch verstanden werden kann und von Menschen spricht, die aus Spaß ihr Leben aufs Spiel setzen, die es sich sogar leisten können dies zu tun.⁹⁶ Jene hedonis-

93 Thieme 2019: 29.

94 Deutscher Bundestag 2020: 17504A.

95 Ebd.: 17452B.

96 Vgl. hierzu auch Thieme 2019.

tisch ›riskanten‹ Menschen, die jung und mit weitgehend intakten Organen versterben, haben zugleich eine implizite Verpflichtung der Transplantationsgemeinschaft gegenüber.

Zwischenfazit

An den Sozialfiguren der Organspende werden nicht zuletzt sowohl individuelle als auch kollektiv getragene Vorstellungen über Solidarität, Gemeinschaft und Gerechtigkeit verhandelt. Zusammengenommen zeigen sie zudem, dass das Feld der vorgestellten Figuren mehr als nur Spendende und Empfangende umfasst und dass die Fragen, die an diese Figuren gestellt werden, weit über das Feld der Transplantationsmedizin hinausreichen. Entsprechend wird mit Blick auf die Sozialfiguren der Organspende deutlich, wie den in ihnen artikulierten Haltungen nicht ausschließlich mit Informationen über die Abläufe einer Transplantation oder mit Held*innen-Narrativen⁹⁷ begegnet werden kann. Vielmehr wird sich zeigen, dass positive wie auch negative oder ambivalente Haltungen in einem Anerkennen von Missbrauchspotenzialen ebenso beheimatet sind wie in Erfahrungen des Ausschlusses, der Diskriminierung, sozialer Ungleichheit und die Erfahrung verschiedener Wertigkeiten in einem im Gesundheitssystem. Zudem erweist sich in den Vorstellungen potenzieller Spender*innen die Organgabe keinesfalls als ausschließlich altruistischer Akt, sondern vielmehr als Ressource, die verdient sein will, sowohl von den Wartenden als auch von den Institutionen bzw. ihren Vertreter*innen, die diese stellvertretend entgegennehmen. Im Feld der Organspende erscheinen demnach Akteur*innen und moralische Gegenspieler*innen, die für ›gute‹ und ›schlechte‹ Beispiele möglicher organspendebezogener Handlungen stehen. Moser und Schlechtriemen⁹⁸ identifizieren vier wesentliche Eigenschaften bzw. Funktionen von Sozialfiguren, anhand derer wir die oben genannten Protagonist*innen nun noch einmal zusammenfassend betrachten können:

1) Artikulation gesellschaftlicher Erfahrungen: Wie oben bereits erwähnt, lassen Sozialfiguren sich oft nicht eindeutig auf konkrete, historische Figuren zurückführen, vielmehr verdichten sich in ihnen gesellschaftliche Erfahrungen in figurativer Form.⁹⁹ Im Falle der Organspende muss korrekterweise jedoch von einer Art ›Nicht-Erfahrung‹ gesprochen werden, da kein(e) potenzielle(r) Spender*in eine postmortale Spende selbst erfahren kann. Die Ereignisse rund um die Sozialfiguren der Organspende sind also vor allem Reaktionen auf »Brüche mit dem bisherigen, sie beschreiben das Nicht-mehr-Greifen routinierter Formen der Weltdeutung«,¹⁰⁰ etwa die Neudefinition des Todes, die Zergliederung des Körpers und die ›Vermischung‹ von Körpern. Sie machen nicht nur die mit der Spende verbundenen Heilungen, sondern auch das Potenzial des Missbrauchs von Organtransplantation figurativ greifbar. Sozialfiguren der Organspende werden demnach nicht nur in Krisensituationen oder Wegmarkierungen sichtbar (etwa den

97 Vgl. hierzu auch Bea 2017.

98 Vgl. Moser und Schlechtriemen 2018.

99 Vgl. ebd.: 171.

100 Ebd.: 171.

verschiedenen öffentlich diskutierten Gesetzesänderungen in den 1990er und 2000er Jahren oder den ›Organspendeskandalen‹ von 2012). Sie verkörpern eine »zugespitzte Darstellung gesellschaftlicher Problemlagen« und drücken »gesellschaftliche Zeiterfahrungen« aus.¹⁰¹ Sie zeigen auf, dass und welche Problemlagen der Organspende eben nicht ausreichend geklärt erscheinen und auch, dass die Prozesse der kulturellen Einebnung einer solchen medizintechnischen Neuerung, langsam und keineswegs linear verlaufen. Sie öffnen zudem den Blick darauf, dass die Selbstverständlichkeit der Organspende, die als Ziel der Gesundheitskampagnen der BZgA angestrebt wird, noch lange nicht vorhanden ist.

2) Konfiguration, Refiguration, Defiguration: Sozialfiguren sind ›Kinder‹ ihrer jeweiligen Zeiten und entstehen in »spezifischen, historischen Konstellationen«¹⁰² und erscheinen immer wieder in öffentlichen Debatten. Sie sind zugleich hochgradig veränderlich, können an Relevanz verlieren, wenn die Zeiten sich ändern; sie können aber ebenso gut reaktiviert werden.¹⁰³ So haben sich zum Motorradfahrer längst andere Figuren hinzugesellt und die Faulen könnten mit der Einführung einer Widerspruchslösung als Figuren hinfällig werden. Sich »wandelnde Verhältnisse und neue normative Verhaltensstandards«¹⁰⁴ (beispielsweise, dass eben jene viel beklagte Faulheit eine Spende nicht verhinderte, sondern sogar begünstigte), würden eine Neuorientierung erfordern und neue Figuren auf den Plan rufen. Mit technischen Fortschritten in der Xenotransplantation oder in der Herstellung künstlicher Organe würden auch neue Figuren auf der Bildfläche erscheinen.

3) Ästhetisch-somatische Aspekte von Sozialfiguren: Mit Blick auf Norbert Elias' Soziologie der Figurationen, loten Moser und Schlechtriemen das Interesse an den Körpern der Sozialfiguren aus.¹⁰⁵ »Der Körper«, so fassen die Autoren zusammen, »ist für Elias somit aus zweierlei Gründen bedeutend: An ihm lässt sich zum einen treffend die Einwirkung der Gesellschaft auf das Individuum beschreiben, zum anderen wird Gesellschaft durch die Körperlichkeit der in seinen Studien auftauchenden Figuren erfahrbar.«¹⁰⁶ Die imaginierten Körper unserer Sozialfiguren machen das Phänomen der Organspende konkret und anhand von (körperlichen) Handlungen, die von ihnen ausgeführt werden, erzählbar. Die meist in Gedankenexperimenten verhandelten Körper geben den nicht erfahrbaren Dimensionen der postmortalen Spende einen praktischen Bezug und werden mit Eigenschaften versehen: Sie sind lebendig oder tot, gesund oder krank, sie handeln oder werden behandelt. »Ihn ins Spiel zu bringen, bedeutet an eigene Erfahrungen zu appellieren und Bilder von ihm wachzurufen.«¹⁰⁷ Sie illustrieren die abstrakten Probleme der Umverteilung menschlicher Organe, die dann eben nicht nur anatomische Kör-

101 Ebd.: 171.

102 Vgl. ebd.

103 Vgl. ebd.: 171f.

104 Ebd.: 172.

105 Moser und Schlechtriemen 2018: 172; Elias 2006.

106 Moser und Schlechtriemen 2018: 172, Hervorhebung im Original.

107 Ebd.: 172.

per, sondern auch mit ihnen verbundene Rollenträger*innen verkörpern und über diese Figuren-Personen schließlich auch die Artikulation von Haltungen ermöglichen (etwa wenn einem Kind gespendet werden soll, einem arabischen Scheich aber nicht, wenn sowohl Spender*innen als auch Empfänger*innen als jung und fit imaginiert werden etc.). In der vorgestellten Körperlichkeit der Sozialfiguren kommen körperbezogene Wertvorstellungen zutage, die nicht in direktem Zusammenhang mit Organtransplantation stehen und mitunter Alter und Lebensstil potenzieller Spender*innen und Empfänger*innen thematisieren.

4) Ethisch-moralische Positionierungen: Sozialfiguren und ihre erzählten Körper machen die Möglichkeit der postmortalen Transplantation von Organen nicht nur vorstellbar, sondern ordnen diese auch in kollektive Vorstellungen bzw. Vorstellungen von Kollektiven ein. Die Figuren der Organspende machen, wie Moser und Schlechtriemen es ausdrücken, »einen figurativen Vorschlag dafür, wie man sich einem gesellschaftlich virulenten Problem gegenüber verhalten könnte.«¹⁰⁸ Das Abwägen des arabischen Scheichs als potenziellem Empfänger von Organen gegenüber der Vorstellung eines kranken Kindes enthält dabei nicht nur argumentative Zuspitzungen und Zukunftskonstruktionen, sondern auch moralische Bewertungen der jeweiligen Spendensituationen. Zudem ist es gerade die machtvolle Metapher der Spende selbst, die derartige moralische Bewertungen und Positionierungen geradezu herausfordert. An der Vorstellung der Praxis des Spendens im Sinne einer Umverteilung von Ressourcen an Bedürftige entzündeten sich Debatten über eben jene Bedürftigkeit, über das Verdient-Haben einer Spende und den moralisch einwandfreien Umgang mit ihr. Sie zeigen zudem auf, wie die Möglichkeit der Transplantation von Organen, wenn sie als Spendenauftrag in den Alltag dringt, nicht allein als »medizinische« Debatte geführt wird (bzw. geführt werden kann), sondern zugleich Tor und Tür für Fragen nach Anerkennung und Gerechtigkeit auf vielen anderen Ebenen öffnet. Sie zeigen Optionen auf und sind wichtige und figurative Bestandteile von Verhandlungen über gesellschaftliches Zusammenleben¹⁰⁹ in einem viel weiteren Sinne als nur der Frage nach dem Umgang mit dem verstorbenen Körper.

Nachdem wir nun einige der prominenten Sozialfiguren des Feldes kennengelernt haben,¹¹⁰ stellt sich schließlich auch die Frage, wie die imaginären und nicht-imaginären Protagonist*innen interagieren (können) und wie das »Geben« oder »Spenden« von Organen vorstellbar gemacht wird und auf symbolischer Ebene vonstattengehen kann.

108 Ebd.: 172.

109 Vgl. auch Moser und Schlechtriemen 2018: 173.

110 Die Liste ließe sich erweitern, beispielsweise um »den Verbrecher« (meist »Kinderschänder«, »Mörder« oder »Vergewaltiger«), der in den Vorstellungswelten potenzieller Spender*innen von den erhaltenen Organen profitiert. Im mir vorliegenden Material war diese Figur jedoch nicht präsent genug, um ihr ein ganzes Unterkapitel zu widmen.

6.3 Gaben der Organspende

Dem nachfolgenden Teilkapitel liegt die Erkenntnis zugrunde, dass das Praxisfeld der Organspende eine Vielzahl kultureller Artefakte hervorbringt, die potenzielle Spender*innen annehmen, mit Bedeutung aufladen und gelegentlich sogar symbolisch als Geschenk oder Gegengabe verwenden können. Besucher*innen von Veranstaltungen wie dem Tag der Organspende erhalten nicht nur Informationen in Form von Gesprächen und Broschüren, sondern auch Organspendeausweise. Als Dankeschön für das Ausfüllen eines Ausweises bekommen sie zudem kleine Gegenstände, auf denen Organspende-Logos abgedruckt sind, wie etwa Frisbee-Scheiben, Eiskratzer, Stifte oder Schlüsselanhänger. Diese »Gabe« folgt oft dem Prinzip der Gegenseitigkeit, indem bereits die Interessensbekundung für das Thema Organspende einen Dank und vielleicht sogar ein kleines Geschenk verdient. Das Interesse der Besucher*innen wird damit konkret erfahrbar, sichtbar und quantifizierbar.¹¹¹

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werde ich exemplarisch einige Gaben der Organspende vorstellen, insbesondere kleine Mitbringsel und Ausweise. Anschließend werde ich die Praktiken des Gebens, in die diese Gegenstände eingebettet sind, in einem theoretischen Reflexionsabschnitt genauer betrachten.

366 Tage Leben: Ein Kalendarium der Organspende

Den Organspende-Kalender »366 Tage Leben – Es ist Ihre Entscheidung«¹¹² darf ich an einem Informationsstand als Give-away mitnehmen ab. Auf farbig bedrucktem Hochglanzpapier, das sich mit einer kleinen Kartonkonstruktion aufstellen lässt, erinnert er die neuen Besitzer*innen nicht nur täglich an das Thema Organspende, sondern fächert auch verschiedene Spektren der Gemeinschaft auf, als deren kollektives Projekt die Organspende erzählt wird. Der Tageskalender erweist sich als Sammlung von Bildern, Zitaten und Kurzinformationen zur Organspende. Jedes Kalenderblatt bildet einen oder mehrere Menschen vor verschiedenfarbigen Hintergründen ab. Darunter finden sich als Zitate gekennzeichnete, persönliche Aussagen wie »Ich habe vier gesunde Kinder und das macht mich dankbar. Vielleicht kann ich von diesem Glück etwas zurückgeben« oder »Ich bin dabei! Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt.«, aber auch historische Daten zu ersten Transplantationserfolgen oder der Einführung von Ciclosporin sowie allgemeine Informationen über Transplantation, Organe, Hinweise auf das Info-Telefon, eine Band, die sich für Organspende einsetzt, oder ein Online-Quiz. Die Textbeiträge sind den Personen auf den Bildern nicht immer klar als *deren* Aussagen zugeordnet und ohne erkennbare Verbindung zur jeweiligen Abbildung darunter stehen.

111 Anmerkung: Ein weiteres Element, das auf Reziprozität verweist und in diesem Zusammenhang auch immer wieder genannt wird, wäre der Dankesbrief, der von Organempfänger*innen in anonymisierter Form an Spender*innenfamilien übermittelt wird. Die Notwendigkeit, solche Briefe zu verfassen wird auch innerhalb der Transplantations-Community immer wieder besprochen (vgl. z.B. Transplantation aktuell 2009/4: 5 oder 2011/4: 17). Da ich mich in der hier vorliegenden Arbeit aber auf die Perspektive potenzieller Spender*innen konzentriere, werden diese Briefe hier nicht gesondert in den Blick genommen.

112 BZgA 2015.

Abbildung 14: Kalender 366 Tage Leben, Titelblatt



Fotograf: Reinhard Rosendahl i.A. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. © Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln

Abbildung 15: Kalenderblatt 28. Oktober, 366 Tage Leben



Fotograf: Reinhard Rosendahl i.A. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. © Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln

Die Dramaturgie des Kalenders entfaltet eine bunte Welt rund um die Organspende, die verschiedene Perspektiven – wenn auch keine kritischen – über das Jahr hinweg auf jeden einzelnen Tag verteilt. Die Sammlung von Bild und Text inszeniert eine Transplantationsgemeinschaft, die sich vorrangig aus dankbaren Organempfänger*innen oder deren Angehörigen und engagierten potenziellen Spender*innen zusammensetzt; man äußert sich weitgehend positiv zur Organspende und sichert solidarisches Verhalten zu. Fast alle Personen dieser Kalender-Gemeinschaft sind ›weiß‹ bzw. weiß positioniert; die Diversität hinsichtlich des Alters reicht hingegen von Jugendlichen bis ins Senior*innenalter. Das durch den Kalender gezeichnete Gemeinschaftsbild ist geprägt von binär-geschlechtlich geprägten Wert- und Idealvorstellungen über Ehe und Familie. So finden angedeutete oder explizit beschriebene partnerschaftliche Beziehungen zwischen Männern und Frauen statt und gehen oft mit der Gründung einer Familie einher, mit der man harmonisch zusammenlebt und die gemeinsame Zeit genießt. Ob es sich dabei um bewusste redaktionelle Entscheidungen oder vielmehr das Ergebnis von Sammlungsprozessen, freiwilligem Engagement und/oder strukturellen Zugängen handelt, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Im Ergebnis ist das Kalendarium jedoch ein Medium der Affirmation und enthält viele Motive, die wir bereits aus dem vorherigen Kapitel *Körperlichkeit und Mortalität* kennen – so etwa die Notwendigkeit, sich mit dem eigenen Ableben auseinanderzusetzen, die Vorsorge für den »Fall des Falles« oder den »Ernstfall«, die Belegung des eigenen Todes mit Sinn oder Aussagen über den Gebrauchswert von Organen. Es finden sich zudem Motive, die wir in den beiden folgenden Kapiteln noch besser kennenlernen werden, etwa die Rahmung von Organspende als Frage des (›richtigen‹) Wissens und medizinische Errungenschaft.

Viel Raum nehmen sozial erwünschte Aussagen über Reziprozität, Solidarität und kollektive Verantwortung ein, die das Spenden von Organen als moralisch richtige Entscheidung rahmen (»Organspende rettet Leben und ist sehr sozial.«) und dabei verschiedene Dimensionen kollektiver Verantwortung aufrufen. Diese lassen sich unter

vier Schlagworten zusammenfassen: Entlastung, Unvorhersehbarkeit, indirekte Betroffenheit und direkte Betroffenheit. Die Entscheidung für oder gegen Organspende wird als Erleichterung für die Familie gerahmt: »Jeder sollte zum Thema Organspende eine Entscheidung treffen, um seine Angehörigen im Ernstfall damit nicht allein zu lassen« und ihnen »eine schwere Entscheidung« abzunehmen. Die Dokumentation des eigenen Willens, etwa durch einen Organspendeausweis, gilt als verantwortungsbewusst und solidarisch gegenüber der Familie. Obwohl es sich um eine individuelle Entscheidung handelt, soll sie durchaus auch kommuniziert und mit anderen geteilt werden, um ihre volle Wirksamkeit zu entfalten. Dies hängt auch mit der ambivalenten Rolle der Angehörigen im Transplantationsprozess zusammen, die wir in Kapitel 8 noch ausführlich thematisieren werden.

Auch die Möglichkeit, in einer unvorhersehbaren Zukunft selbst auf eine Organspende angewiesen zu sein, wird als Argument für Spendenbereitschaft ins Feld geführt. Die Wahrscheinlichkeit, ein Organ zu benötigen, sei höher als die, selbst Spender*in zu werden. Daraus erwächst im Narrativ des Kalenders eine moralische Verpflichtung – sinngemäß: Wer nehmen kann, der soll auch geben. Die Solidargemeinschaft basiert dabei aber natürlich nicht auf direktem Tausch von Organen, sondern auf der Bereitschaft zur Spende. Eine wichtige argumentative Rolle spielen zudem direkte und indirekte Betroffenheit: Angehörige von Organempfänger*innen berichten von »geschenkter Zeit« und bekennen sich zur Organspende (»Seitdem trage ich einen Organspendeausweis immer mit mir«). Besonders oft handeln die kleinen Erzählungen, die sich auf den Kalenderseiten finden, von Frauen, die über Männer aus ihrem Umfeld als Empfänger (Ehemann, Vater, Sohn) berichten. »Seit 1990 ist mein Ehemann herztransplantiert«, steht beispielsweise unter dem Bild einer älteren Dame mit kurz geschnittenem Haar. Weibliche Organempfängerinnen werden weit weniger häufig thematisiert.¹¹³

Angehörige Verstorbener, die Organe gespendet haben, kommen im Repertoire der Figuren nicht vor. Transplantierte Patient*innen danken ihren Spender*innen und betonen vier Aspekte: Zeit (z. B. »Ich lebe seit 21 Jahren mit einem Spenderorgan«), Lebensführung (z. B. »Heute trainiere ich für den Marathon«), Familie (z. B. »Dank der Spende erlebe ich meine Kinder aufwachsen«) und Dankbarkeit (z. B. »Die Transplantation war das größte Geschenk meines Lebens«). Die Bild-Text-Kompositionen auf den Kalenderblättern zeichnen die Sozialfigur der Empfänger*innen nach und zeigen diese als dankbar, sportlich und familienorientiert. Spender*innen werden zwar Held*innen, ihr Tod oder möglicherweise Trauernde An- und Zugehörige werden jedoch nicht thematisiert.

Der Organspende-Kalender ist folglich in vielfacher Hinsicht von Interesse: Er fungiert als Gegengabe für Interesse und Aufmerksamkeit, verweist inhaltlich auf moralisch integrale Bestandteile der Transplantationsgemeinschaft und platziert im Mauss'schen Sinne den Geist dieser Gemeinschaft im täglichen Leben seiner Nutzer*innen.¹¹⁴ Anders als eine Broschüre soll er an jedem Tag des Jahres einen kleinen, positiven Input zur

113 Dies bildet auch ein bereits in der Medizinethik besprochenes Gender Gap in der (Lebend-)Organspende und Rezeption der Transplantationsmedizin ab (vgl. hierzu z. B. Schicktanz et al. 2010 sowie Böhler und Pfaller 2023).

114 Mauss 1968: 31.

Organspende geben. Zusätzlich können mehrere Organspendeausweise aus dem Kalender herausgetrennt und ausgefüllt werden. Anders als andere kleine Geschenke wie Frisbee-Scheiben, Stifte, Schlüsselanhänger oder Süßigkeiten ist er auch ein Dokument, das komplexe Inhalte und kleine Erzählungen organisiert. Geben, Annehmen und Erwidern werden in Verbindung mit positiv wahrgenommenen sozialen Akteur*innen wie dankbaren Empfänger*innen und ihren Familien thematisiert, die einerseits zwar platzieren, dass Organspende eine Gemeinschaftsaufgabe für »alle« ist, in der Gesamtkomposition aber eine heteronormative, vorwiegend weiße und deutschsprachige Mehrheitsgesellschaft repräsentieren. Der Kalender adressiert implizit auch eine Reihe von Annahmen über potenzielle Spender*innen (vgl. hierzu auch Kapitel 7) und deren Vorstellungen über beziehungsweise Wünsche an Empfänger*innen von Organen. (Lebens-)Zeit ist zudem ein zentrales Thema: nicht nur, weil das Medium ein Kalender, also ein Mittel der Zeiterfassung und –organisation ist, sondern auch mit Blick auf dessen Inhalte, die immer wieder an das »Geschenk« der Lebenszeit erinnern. Ein besonderes Augenmerk können wir abschließend noch auf das Emotionsgefüge der Gesamtkomposition lenken: Gefühle sind, so die feministische Theoretikerin Sara Ahmed, nicht nur etwas, das wir »haben«;¹¹⁵ vielmehr strukturieren Emotionen und Affekte auch soziale Ordnungen, weil sie Körper, Dinge, Räume und Gruppen miteinander in Beziehung setzen – und sie als »zusammengehörig« oder »getrennt« markieren. Dabei »haften« sie an bestimmten Subjekten, Dingen oder Diskursen und stabilisieren so gesellschaftliche Hierarchien und Normen.¹¹⁶ Gefühle sind also nicht nur innerlich erlebte Regungen, sondern werden auch von außen an Menschen herangetragen – als Erwartung, wie etwa Dankbarkeit nach einer Organspende, Freude über eine Schwangerschaft oder Angst vor Ansteckung während der Pandemie –, und prägen so, was als angemessene Reaktion gilt. Diese affektiven Erwartungen strukturieren nicht nur gesellschaftliche Normen, sondern können auch auf die Subjekte zurückwirken, an die sie adressiert sind.

Geschenkte Herzen

Das Herz nimmt nicht nur in der Geschichte der Transplantation und durch die starke öffentliche Rezeption der ersten Herztransplantation¹¹⁷ eine Sonderrolle ein. Zwei Arten von Bildern begegnen uns häufig im Zusammenhang mit Informationen über Transplantation: »Anatomische« Herzen oder (meist rote) Herzsymbole, die von Händen überreicht werden und damit eine direkte Übergabe des »geschenkten Lebens« nahelegen. Die direkte Situation der Übergabe von entnommenen Organen lässt dabei nicht nur die Assoziation mit Medizin und Operation zu, sondern erinnert auch an Bild Darstellungen von Menschen- oder Tieropfern, in denen innere Organe wie herausgeschnittene Herzen, direkt durch Hände gezeit und »übergeben« werden.

115 Vgl. Ahmed 2004: 10.

116 Diese Gedanken finden sich an mehreren Stellen in Ahmeds Buch. Vgl. Ahmed 2004: u. a. 209.

117 Vgl. Rohloff 2013.

Abbildung 16: Grafik »#GeschenkteLeben«



Bildquelle: Apotheken Umschau, © W&B/Christina Mühling

Exkurs: Organspende als ›Opfergabe‹

Die Lesart der Organspende als Opfer im Sinne von *sacrifice*, also einer Opfergabe, ist im englischsprachigen Raum von größerer Relevanz als im deutschsprachigen und wird daher nur in Kürze dargestellt:

Ann Mongoven (2003) argumentiert in ihrer kritisch-feministischen Analyse des US-amerikanischen Transplantationssystems, dass die Charakterisierung von Organspende als Opfer immer wieder in der kulturellen Psyche räsioniert und zugleich nicht unproblematisch ist. Mit Blick auf die amerikanische Gesellschaft stellt sie fest, dass die Faszination für Transplantationen auch aus der unbewussten Verknüpfung der Organspende mit latenten kulturellen Opfermythologien – insbesondere christlichen – herührt, die sich kulturell auch jenseits offenkundig religiöser Kreise verfestigt haben.¹¹⁸ Zugleich lässt sich eine breite gendertheoretische Kritik am Konzept der Opfergabe – sowohl in der christlich-feministischen Theologie als auch in der säkularen Wissenschaft – beobachten.¹¹⁹ »If organ donation imitates sacrificial archetypes when those archetypes are undergoing radical critique, then obviously we should consider the relevance of that critique to organ donation.«,¹²⁰ argumentiert Mongoven.

Das Opfer als Sonderform der Gabe erfordert einen besonderen Wert des Dargebotenen: Es muss hart erarbeitet und schwer zu geben sein (eine Eigenschaft, die auf menschliches Fleisch durchaus zutrifft). Charakteristisch für die Opfergabe ist zudem der an sie geknüpfte Glaube, sie könne das Böse vertreiben und – wie zum Beispiel im Fall der Organspende – der Gewalttätigkeit des zufälligen Todes einen neuen Sinn entgegensetzen. Strukturell ahmt die Praxis der Organspende, so Mongoven, zwei basale christliche Narrative nach: Das Opfer des menschlichen Körpers als Wiederherstellung von Leben und einer Verbindung zu Gott und die Idee der Nächstenliebe beziehungsweise des guten Samariters.¹²¹ Die Kritik an einer Verherrlichung des Opferkonzepts aus

der theologisch-feministischen Theorie stellt vor allem auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit ab, denn Liebe sei Gegenseitigkeit und nicht Selbstaufopferung. Zudem brauche ein Opfer Ziel und Ergebnis, um mehr als pures Leid zu sein.¹²² »Taken together, feminist theologians articulate what I will call the mutuality criterion. This criterion demands that to be positive, self-sacrifice must aim for, and effect, increased mutuality.«¹²³ Wenn Mongoven dieser Kritik nachgeht, geht es ihr nicht darum, Organspende selbst in Frage zu stellen, sondern vielmehr um eine mögliche Neudefinition bestehender Verbindungen zwischen Spender*innen und Empfänger*innen, da eine Routinisierung der Spende Spender*innen und deren Aufwendungen unsichtbar macht¹²⁴ und stattdessen eher eine Art unhinterfragter Selbstopferung einfordert. Wenn Opfer zur Routine werden, so moniert sie, wird die Metapher der (Opfer-)Gabe inkohärent.¹²⁵

Wenn im öffentlichen Diskurs als einzige Beweggründe für ein Nein zur Organspende Ignoranz und Egoismus bleiben und alle größeren Glaubensrichtungen Organspende unterstützen, was, fragt sie, ist dann noch besonders am Geschenk des Lebens? Warum muss die Versorgung mit Organen überhaupt als Gabe gedacht werden, warum nicht als grundlegend erwartbar?¹²⁶ Formen einer Widerspruchslösung sieht sie mit Skepsis: »These proposals should be resisted, to avoid a dangerous instrumentalization of the body politic.«¹²⁷

Kritisch blickt sie in diesem Zusammenhang vor allem auf eine gesundheitspolitische Kommunikationsstrategie, die das zahlreiche Sterben von Menschen mit Organerkrankungen als »inakzeptabel« und das Spenden von Organen als »einfach« bezeichnen, zugleich aber komplexere Probleme und soziale Ungleichheit in den Hintergrund treten lassen.¹²⁸ Die Gaben- und Opferrhetorik sei außerdem deshalb problematisch, weil sie die immensen monetären und personellen Kosten des Transplantationssystems negiere, während in anderen medizinischen Bereichen kostenintensive Behandlungen zunehmend hinterfragt werden und nicht allen Patient*innen gleichermaßen zugänglich sind.¹²⁹ So kritisiert die Medizinethikerin:

»Questions of benefit and associated questions of justice have been curiously avoided both in macro and micro-allocation decisions concerning transplant. How could it be that the actual net benefit of transplant is irrelevant to considering allocation of precious social resources? It could only be because of an underlying mythology of sacrifice, a mythology that assumes there is something intrinsically heroic in the effort to transplant regardless of actual outcome. It is because of a mythology that subtly glorifies sacrifice for its own sake.«¹³⁰

Mongovens radikale Forderungen nach Reziprozität mögen in der Praxis schwer umzusetzen sein, doch lenkt sie das Augenmerk auf die Bedeutung von Metaphern, die zur Darstellung komplexer Sachverhalte herangezogen werden. Wenn Organspende auch eine Opfergabe ist, sollte sie, wie sie anmerkt, nicht zugleich selbstverständliche Routine sein.¹³¹

118 Vgl. auch Hansen et al. 2017: 6f. In der Analyse von Hansen et al. ist es der Heiligenschein, der als religiöse Symbolik in einer Posterkampagne Verwendung findet.

Mindestens ebenso verbreitet wie die überreichten anatomischen Herzen sind visuelle Darstellungen von Händen, die sich gegenseitig herzförmige Gegenstände überreichen. Die Metaphorik dieser Bilder stellt weniger auf der Körpergabe ab als auf einer Rahmung der Spende als soziale Beziehung. Hier haben wir es mit einer doppelten Metaphorik zu tun: Der herzförmige Gegenstand verweist auf das Organ *Herz*, das in vielen kulturellen Zusammenhängen als Sitz der Liebe und/oder des Mutes verstanden wird.¹³² Zugleich wird die Herzform oder das »valentine heart«¹³³ weithin mit romantischer, leidenschaftlicher und/oder ewiger Liebe assoziiert.¹³⁴

Die Hände übergeben einander nicht nur Organe, sondern auch Zuwendung. Potenzielle Spender*innen werden auch als Liebende, Liebe gebende und positiv besetzte Figuren ins Feld geführt, was Menschen, die eine Spende verweigern im Umkehrschluss zu weniger liebenden und fürsorglichen Menschen macht. »Klar, spende ich! Was gibt es Schöneres als den Gedanken, dass mein Herz einem anderen Menschen helfen könnte?«,¹³⁵ heißt es entsprechend auch auf einem Kalenderblatt Organspendekalenders.

Ähnlich erklärt die Interviewte Emma, die bereits zitiert wurde, dass sie die Vorstellung, eine andere Person könne mit ihrem Herzen weiterleben, »irgendwie romantisch« findet. In dieser Lesart, so lässt sich mit Blick auf romantisierende Erzählungen und Visualisierungen der Transplantationsvorgänge feststellen, bietet sich kaum eine andere Antwort als ein »Ja« zur Organspende an: Das Herz als Sitz der Liebe wird als Inbegriff gegenseitiger Zuwendung und Anerkennung den imaginierten anderen übergeben. Die Beziehung zwischen einander fremden Empfangenden und Gebenden wird zur Liebesbeziehung. Bilder von Herzen und Händen übersetzen die für potenziellen Spender*innen meist eher abstrakten Vorgänge ihrer möglichen Spende in eine Bildsprache des Schenkens, die eine direkte Übergabe der Organe nahelegt. So findet sich die Metaphorik der Gabe auch in diesen Visualisierungen wieder, die Bestandteil davon sind, wie potenzielle Spender*innen ihr Spender*in-Sein verstehen (können), da sie Deutungsangebote wie Opferbereitschaft oder liebevolle, soziale Beziehungen bereitstellen. Das »Herz« wird dabei sowohl als zentrales Organ als auch symbolisch als Sitz der Liebe eingeführt.

119 Vgl. Mongoven 2003: 90.

120 Ebd.: 90.

121 Vgl. Mongoven 2003: 90ff.

122 Vgl. ebd.: 95.

123 Ebd.: 95.

124 Vgl. ebd.: 97f.

125 Vgl. ebd.: 102.

126 Vgl. ebd.: 102.

127 Ebd.: 102.

128 Ebd.: 120.

129 Vgl. ebd.: 103.

130 Ebd.: 108.

131 Ebd.: 111.

132 Vgl. Jauhar 2018: 21.

133 Ebd.: 21.

134 Vgl. ebd.: 22.

135 BZgA 2015.

Gegengaben

In den Ökonomien der Gabe ist nicht nur die Möglichkeit wichtig, Gaben zu erhalten, sondern auch die Möglichkeit, selbst zu geben oder zurückzugeben. Dieses Prinzip auch in der postmortalen Organspende abzubilden, birgt aufgrund der Besonderheit, dass es sich hier um Gaben handelt, die nur nach dem eigenen Ableben gegeben werden können, gewisse Schwierigkeiten. Auf einer symbolischen Ebene tritt hier das Objekt ›Ausweis‹ auf den Plan und wird intensiv genutzt, um den Akt des Gebens nicht nur erzählen, sondern auch praktisch umsetzen zu können, ohne sich dabei direkt auf den Körper und seine einzelnen Bestandteile (wie innere Organe) beziehen zu müssen. So beispielsweise kündigt eine Bäckerei aus dem Münsterland 2020 in Reaktion auf die Ablehnung der Widerspruchslösung in sozialen Medien an, gegen Vorlage eines ausgefüllten Organspendeausweises würden Kund*innen »auf eine Kaffeespezialität« eingeladen. »Wenn Du gibst, geben wir auch«, ¹³⁶ heißt es dazu in der Ankündigung des Ladens. Dem Organspendeausweis kommt damit eine besondere Rolle in der Gabenökonomie der Organspende zu. So steckt in der Frage, ob man einen Organspendeausweis habe, alltags-sprachlich meist die Annahme, ein Ja zu dieser Frage würde auch ein Ja zur Organspende bedeuten. Blättern wir erneut im oben bereits erwähnten Kalender, finden wir nicht nur vier Ausweise zum Heraustrennen, sondern auch kleine Erzählungen, die den Ausweis als Gegengabe rahmen, etwa für eine gelungene Transplantation:

- »Seit 1990 ist mein Ehemann herztransplantiert. Seitdem trage ich einen Organspendeausweis immer mit mir.«
- »Ohne Organspende der Verstorbenen würden mein Vater und meine Schwester nicht mehr leben. Natürlich habe ich einen Organspendeausweis ausgefüllt.« Oder:
- »Meinem Organspender bin ich auch nach 21 Jahren noch dankbar. Ich bin für Organspende.«, steht als Zitat unter dem Bild eines Mannes, der sichtbar auf dem Organspendeausweis-Würfel sitzt. ¹³⁷

Wie der Ausweis ausgefüllt wurde, bleibt offen, doch deutet das Motiv der direkten oder indirekten Betroffenheit an, dass Bereitschaft zur Organspende besteht. Die Dankbarkeit und die damit verbundene symbolische Gegengabe kann nicht nur für ein Organ, sondern auch für die Bereitschaft zur Spende erfolgen: »Wenn ich in die Situation geriete, eine Organspende zu benötigen, wäre ich auch für jeden dankbar, der einen Ausweis ausgefüllt hat und mir damit helfen kann. Das will ich auch zurückgeben.« ¹³⁸

Der Organspendeausweis überführt die komplexe und mitunter schwer zu überblickende Thematik der Organverteilung für potenzielle Spender*innen in eine einfache Alltagshandlung, die, so wird immer wieder betont, kaum Ressourcen kostet. Dabei wird oft auch auf seine konkrete Materialität, seine geringe Größe und sein geringes Gewicht verwiesen:

136 Vgl. u.a. Klepp 2020: <https://x.com/EddaKlepp/status/1220214881489768448?s=20>

137 BZgA 2015.

138 Ebd.

- »Durch ein kleines Blatt und eine Unterschrift kann ich einem anderen Menschen eine neue Welt, ein neues Leben eröffnen.«
- »Es ist einfach, anderen Menschen mit einem Organspendeausweis zu helfen – ein kleiner Schritt mit großer Wirkung.«
- Oder: »Anderen Menschen helfen – mit meinem Organspendeausweis geht das so einfach.«¹³⁹

Nicht nur unbekannten Anderen wird durch den Organspendeausweis geholfen, sondern auch der eigenen Familie. So finden sich auf den Kalenderblättern des Kalenders auch Zitate wie:

- »Damit meine Familie im Falle eines Falles Bescheid weiß, habe ich einen Organspendeausweis ausgefüllt.«
- Oder: »Ich habe einen Organspendeausweis! Damit gibt es für meine Familie keine offenen Fragen.«¹⁴⁰

Der Ausweis kann damit zum einen symbolischer Bestandteil des ›Zurückgebens‹ sein – etwa wenn bereits ein Organ erhalten wurde –, und zum anderen, dem Narrativ folgend, dass durch den Ausweis eine Entlastung stattfände, Bestandteil familiärer Solidarität.

Doch auch der Ausweis selbst kann als Gabe dieser Gemeinschaft verstanden werden, die als Gegengabe die Entscheidung zur Organspende einfordert. Für die Interviewte Anka, die wir im vorherigen Kapitel bereits kennengelernt haben, ergibt sich eine Schwierigkeit: Sie fühlt sich nicht wohl mit dem Gedanken an eine Organspende, kann aber nicht »Nein« sagen. Zwar ist sie im Besitz eines Ausweises, der ihr, wie sie sagt, »ins Haus geflattert« ist. Die Zusendung des Ausweises versteht sie als »Angebot« und »Möglichkeit«, die sie »tatsächlich aufgreifen« könnte. Was zunächst nicht unbedingt negativ klingt, schlägt schnell in Skepsis um: Anka überlegt, was das Ausfüllen des Ausweises bedeutet, und hinterfragt, dass der Vorgang der postmortalen Transplantation als (aktive) »Spende« bezeichnet wird, wenn sie zu diesem Zeitpunkt doch bereits tot wäre. Sie deutet zudem an, dass sie übergewichtig sei und wisse, dass »dicke Menschen« viele Dinge nicht tun könnten. Ihre zögerliche Reaktion auf das Angebot, Teil der Transplantationsgemeinschaft zu werden, lässt sich folgendermaßen interpretieren: Der Organspendeausweis fordert sie auf, aktiv gebender Teil einer Solidargemeinschaft zu werden.

Die Vorstellung, dieser nun etwas (zurück)geben zu sollen, setzt voraus, sie habe bereits etwas bekommen und macht sie zu Lebzeiten zur Trägerin und Hüterin des Gemeinschaftsguts ›Organ‹. Anka jedoch hat erfahren, dass ihre Körperlichkeit als Abweichung thematisiert wird, zum Beispiel von ihrem Arzt, der sie mehrfach daraufhinweist, sie solle abnehmen. Sie fragt sich, ob das, was sie zu geben hat, gut genug ist und ob Organe eines übergewichtigen oder älteren Menschen überhaupt nutzbar seien: »Ab wann sagt man: das ist ein Körper, den wir gebrauchen können. Wann sagt man: Danke, lieber nicht...?«, fragt sie. Könnte sie also, wenn ihr Körper für eine Organentnahme untersucht würde, als Person ›entlarvt‹ werden, die mit dem Gut der Transplantationsgemeinschaft

139 Ebd.

140 Ebd.

nicht sorgsam umgegangen ist? Ist sie überhaupt Teil der Gemeinschaft, die ihr mit dem Ausweis nahegelegt wird? Anka hält dies für fraglich.

Sie könnte nun immer noch »Nein« ankreuzen, hat dies aber bisher nicht getan. Das Nein auf dem Ausweis käme nämlich einer schriftlichen Aufkündigung des Solidargedankens gleich. Anka findet eine Zwischenstrategie, die sie am Organspendeausweis sichtbar macht: »Ich muss sagen, ich habe ja relativ viel zu tun, und ich vertage einige Dinge. Also ich habe so einen speziellen Ordner, auf dem »später« draufsteht...«.

Die Entscheidung wird damit nicht nur vertagt, sondern auch physisch gebannt. Anka verharnt damit in der Zeitspanne der Erwiderung.¹⁴¹ Denn die Erwiderung besteht für die lebende Spenderin nicht im Ereignis des selten eintretenden Hirntodes und der von ihr nicht mehr erlebten Entnahme der eigenen Organe, sondern im Ausfüllen des Ausweises und Ankreuzen von »Ja« und auch darin, den Ausweis als Objekt der Bekenntnis bei sich zu tragen. Dieser Beitrag zur imaginierten Transplantationsgemeinschaft benötigt jedoch ein gewisses soziales Vertrauen, das in Ankas Fall – wenn überhaupt – nur zögerlich vorhanden ist. Auch der Organspendeausweis und verschiedene mit ihm mögliche Praktiken lassen sich an diesem Beispiel also in der Trias von Geben, Annehmen und Erwidern betrachten.

6.4 Reflexion: Der Ausweis als Mitgliedskarte?

Neben der Dimension von Körperlichkeit und Mortalität hat Organspende folglich auch eine kollektive Dimension, die mit moralischen Vorstellungen und Anrufungen einhergeht. Diese kollektive Dimension wird vor allem durch die Metapher des Spendens und damit auch durch Praktiken des Schenkens und des Gabentauschs eingehegt. Potenzielle Spender*innen sollen Teil eines Kollektivs, einer imaginierten Transplantationsgemeinschaft, werden. In öffentlichen Kampagnen werden sie (zum Teil direkt)¹⁴² dazu aufgerufen, sich für eine Organspende bereitzuerklären. Zugleich wird das Feld der Organspende von potenziellen Spender*innen aber auch moralisch ausgelotet. Es werden Figuren auf den Plan gerufen, über die sich ausdrücken lässt, welche Verpflichtungen gefühlt und angenommen werden bzw. wo diese Bereitschaft zur Organspende mit Blick auf gesellschaftliche Zusammenhänge und Missbrauchspotenziale an ihre Grenzen stößt.

Der Organspendeausweis ist in dieser kulturellen Dimension von Organspende als Gemeinschaftsprojekt vor allem eines: eine Mitgliedskarte und damit ein Kulturprodukt, mit dem eine Reihe von Alltagserfahrungen verbunden werden können. So sind Mitgliedskarten, -ausweise oder Clubkarten im Allgemeinen personalisierte Karten, die einer Person als Nachweis ihrer Mitgliedschaft in einer bestimmten Organisation, einem Verein, einem Klub oder einem Serviceanbieter dienen und entsprechend meist auch mit Möglichkeiten einhergehen. Sie ermöglichen etwa Eintritte, Vergünstigungen oder die Inanspruchnahme von Sach- oder Dienstleistungen, müssen zugleich aber nicht zwingend Aussagen über die aktive Partizipation der Mitglieder zulassen. So stellt Robert

141 Mauss 1968: 83.

142 Vgl. Hansen et al. 2017.

Putnam fest: »An individual who ›belongs to‹ half a dozen community groups may actually be active in none.«¹⁴³ Der Organspendeausweis gehört damit zu einer Kategorie von Kulturgegenständen, die in vielen Regionen der Welt selbstverständlich Teil des täglichen Gebrauchs sind, zugleich unterscheidet er sich aber auch von jenen Mitgliedskarten, die Personen in Fitnessclubs oder Krankenkassen aufnehmen. Er eröffnet den Mitgliedern einer Transplantationsgemeinschaft im engeren Sinne keine neuen Möglichkeiten – wie beispielsweise selbst bevorzugt auf eine Warteliste für ein benötigtes Organ aufgenommen zu werden. Ein solches Clubgutmodell wurde und wird immer wieder diskutiert,¹⁴⁴ in Deutschland aber zuletzt deshalb verworfen, weil die Entscheidung zur Organspende »als eine nicht diskriminierte Entscheidungsmöglichkeit« gelten sollte, »die aus respektablen Gründen gewählt« werden kann.

Im Unterschied zu Notfall- oder Patient*innenausweisen, die Informationen über Allergien, Diabetes, Herzschrittmacher oder Ähnliches enthalten, gibt der Organspendeausweis keine medizinisch relevante Information, die der Gesundheit der Spender*innen dient – im Gegenteil, zielt er auf eine Behandlung, die dem Wohl anderer dient. Ein wichtiger Unterschied zur ›herkömmlichen‹ Mitgliedskarte ist aber wohl, dass der Organspendeausweis nicht nur den Eintritt *in*, sondern auch den Austritt *aus* der Gemeinschaft regeln soll, denn es gibt auch die Möglichkeit, »Nein« zu sagen. Der internationale Vergleich zeigt, dass Alternativen geboten werden, so etwa Organspendeausweise, die Spender*innen nach Eintrag in ein Register als Dankeschön geschickt werden,¹⁴⁵ Ausweise, deren Besitz und Unterzeichnung selbst die »Ja«-Option bedeuten,¹⁴⁶ oder Eintragungen in den Führerschein.¹⁴⁷ In Zusammenhängen allerdings, in denen Organspende als verpflichtendes Gemeinschaftsprojekt und solidarischer Akt moralisch aufgeladen wird, kann der Austritt bzw. die Verweigerung des Eintritts in eine solche Gemeinschaft für soziale Spannungen sorgen – insbesondere dann, wenn es augenscheinlich keine ›guten‹ Begründungen für eine Ablehnung gibt.

So verwundert es nicht, dass nur ein sehr geringer Anteil von Entscheidenden in Deutschland den Organspendeausweis als quasi-öffentliches Dokument nutzt, um einer Entnahme von Organen und Geweben zu widersprechen.¹⁴⁸ Es scheint, so vermutet auch Lilian Range, wahrscheinlicher, dass Menschen, die Organe spenden möchten, dies mit Angehörigen diskutieren, öffentlich äußern und schriftlich festhalten, als dass ›Nicht-Spender*innen‹ dies täten.¹⁴⁹ Ein ›Nein‹ zur Organspende käme, so lässt sich mit Mauss¹⁵⁰ annehmen, der Ablehnung des Angebots gleich, Teil einer Solidargemeinschaft

143 Vgl. hierzu auch Putnam 2000: 59.

144 Vgl. Kliemt 1999, 2000 und 2002, Blankart 2006, Greiner und Henning 2000, Nationaler Ethikrat 2007, Motakef 2011 und Lindner 2023.

145 Dies war in Großbritannien vor Einführung der Widerspruchslösung 2020 der Fall.

146 Dies ist bis heute und trotz Einführung der Widerspruchslösung in Finnland der Fall (vgl. hierzu Kapitel 8).

147 Dies ist z.B. in Australien und den USA möglich.

148 Vgl. Umfragen der BZgA (o.J. a): <https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/statistiken/>

149 Vgl. Range 2014: 2287.

150 Mauss 1968.

zu sein und ist deshalb ungleich problematischer, als sich öffentlich zu dieser Gemeinschaft zu bekennen. So lässt sich an das Medium ›Organspendeausweis‹ in dieser Dimension auch die praxisethische Frage stellen, ob ein Objekt, dass ein Nein zwar theoretisch ermöglicht, auf einer sozialen Ebene aber behindert, als geeignetes Medium zur freien Willensäußerung dienen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Organspende als Gemeinschaftsprojekt für Skepsis und Ambivalenz noch weniger Raum lässt, als wir dies in der vorherigen Dimension gesehen haben, in der es um Fragen des individuellen Sterbens und damit verbundene Vorstellungen über Tod und Körper ging. Kommt es zu ›Kollisionen im Clubhaus‹, wird auch der Organspendeausweis als Mitgliedskarte als problematisch wahrgenommen und kann in seiner Funktion scheitern.¹⁵¹ Dies zeigt sich zum einen in den oben bereits beschriebenen Ängsten, medizinisches Personal würde nicht genau lesen, was auf dem Ausweis steht, weil er stärker in der Funktion wahrgenommen wird, Mitglieder aufzunehmen, als sie auszuschließen. Es zeigt sich auch, wenn Menschen in Reaktion auf Unregelmäßigkeiten oder andere ›Störfaktoren‹ des Transplantationssystems durch Zerstörung ihres Ausweises reagieren. Spannungen im Zusammenhang mit dem Eintritt in die Transplantationsgemeinschaft sind zudem häufig (gesellschafts-)politischer Art und gehen über den Bereich der Transplantationsmedizin hinaus. Menschen, die sich mit moralischen Anrufungen und der Aufforderung konfrontiert sehen, zu dieser Gemeinschaft etwas beizutragen, fragen mitunter auch: ›Warum sollte ich?‹

Wenn also beispielsweise eine queere Community anprangert, nicht nur in der Blutspende, sondern auch in der Organspende mit Diskriminierung und Stigmata konfrontiert zu sein,¹⁵² kommen politische Instanzen und gesellschaftliche Problembereiche ins Spiel, die durch Information über Transplantationsabläufe und das Verteilen möglichst vieler Organspendeausweise nicht ausgeräumt werden können. Organspende als Projekt einer Gemeinschaft, die Mitgliedskarten anbietet, ist folglich auch eine integrative Aufgabe, die über die Möglichkeiten der Gesundheitskommunikation weit hinauszureichen scheint. Der Ausweis als Bote dieser Gemeinschaft funktioniert deshalb nur, wenn Menschen sich in dieser Gemeinschaft aufgehoben und angenommen fühlen.

Organspende könnte folglich auch konvivialistisch gedacht werden¹⁵³ indem sie nicht nur als individuelle Entscheidung oder medizinisch-technischer Akt betrachtet wird, sondern als eine Praxis der geteilten Verantwortung, die auf Solidarität, gegenseitige Anerkennung und das Wohl der Gemeinschaft ausgerichtet ist. Dies könnte bedeuten, sie nicht als Möglichkeit zu begreifen, die es auf das maximale Potenzial auszuweiten gilt. Im empirischen Material hat sich gezeigt, dass – obwohl der Begriff der Spende nahelegt, dass es sich bei Organspende um eine rein altruistische Gabe handelt, die keine Gegengabe einfordert – direkte Reziprozität immer wieder der vorherrschende Gedanke ist.

Um aber ein politisches Klima indirekter oder generalisierter Reziprozität zu schaffen, gilt es auch, über die Organspende hinauszudenken. Statt einer Diskussion über Anreize, würde ein konvivialistischer Ansatz vielleicht anregen, im öffentlichen Diskurs

151 Vgl. De Laet und Mol 2000 :238.

152 Niedermeier 2014: https://www.queer.de/detail.php?article_id=22046

153 Vgl. Adloff 2014; Adloff und Costa 2020.

auch sozial akzeptierte Alternativen zu einem Ja zur Organspende bereitzustellen und Pluralität von Meinungen auszuhalten. Gerade dann, wenn in der Kommunikation über Organspende die Qualität sozialer Beziehungen in den Vordergrund gestellt wird, gehört dazu auch Vertrauen in verschiedene Instanzen, die mit einem solidarischen Transplantationssystem in Verbindung stehen.

Auf die Vergesslichkeit potenzieller Spender*innen zu hoffen, scheint vor diesem Hintergrund keine geeignete Maßnahme, um eine freie und informierte Entscheidung sicherzustellen. Statt Organspende in einer Logik der Konkurrenz und des Marktes zu denken (etwa wenn der Vergleich mit Spanien als »Weltmeister« getätigt wird), könnte der Fokus vielmehr darauf gelegt werden, Menschen möglichst gute und umfangreiche Therapiemöglichkeiten zu bieten, Gemeinschaft – oder wie Donna Haraway vorschlägt – »kinship«¹⁵⁴ zu fördern, aber auch an ethisch vertretbaren Alternativen zur Entnahme vitaler Organe zu forschen. Die Frage nach der Beschaffenheit einer imaginierten Transplantationsgemeinschaft impliziert auch die Frage, welche (symbolischen) Gaben eine solche Gemeinschaft braucht und öffnet den Blick für weiterführende Fragen danach, ob beispielsweise Plastikkarten, Herzen oder andere kleine Spielzeuge dafür wirklich die geeignetsten Objekte sind, oder ob noch weitere, kreative Wege gefunden werden können.

154 Vgl. Haraway 2018.

7. Wissen, Glauben, Vermuten: Organspende als Information

»Organspende ist wie Gott...«
(Gabi)



Die Praxis der postmortalen Spende von Teilen des Körpers ist nicht nur eine Praxis des Sterbens und eine spezifische Idee von Gemeinschaft, sondern auch eine Praxis des (umkämpften) Wissens. Im Zusammenhang mit Organspende geht es oftmals um Informationen und deren Richtigkeit, um Aufklärung und medizinisches Fachwissen. Obgleich man davon ausgehen könnte, dass es für Akteur*innen im Feld ausreichend sei, wenn jene, die direkt und im weiteren Sinne mit Transplantationen befasst sind, über das nötige Wissen verfügten, um ihren jeweiligen Tätigkeiten nachzugehen, ist es in diesem Feld anders. Die Verbreitung einer Art Grundwissen um die Abläufe einer Transplantation, ihre institutionelle Einbindung sowie einige damit verbundene statistische Daten gehören zum Grundmodus der Organspende als gesellschaftlicher Praxis.

Dies hängt damit zusammen, dass die Entnahme von Organen und Geweben nach wie vor an die Einwilligung von Personen gebunden ist, die zwar oftmals fachfremd sind, im Idealfall aber wissen und verstehen, wozu sie diese Einwilligung gegeben haben, die also, ähnlich wie bei einer Operation oder einer anderen ärztlichen Behandlung, ihre informierte Zustimmung gegeben haben.

Die Einwilligung ist im Fall der postmortalen Spende allerdings erst dann von Relevanz, wenn die betreffende Person nicht mehr imstande ist, sich zu äußern. Daher gibt es die Möglichkeit, die Entscheidung auf Dokumente oder Angehörige zu übertragen. Dass eine solche übertragene oder letztlich gar von Dritten vorgenommene Entscheidung eine Aktualisierung erfahren kann oder gar benötigt, ist Teil einer Informationspolitik, die

eine immer wiederkehrende Bereitstellung von entsprechenden Unterlagen durch die jeweiligen Krankenversicherungen vorsieht. Potenzielle Spender*innen werden im Kontext von Gesundheitskommunikation, die zwar von verschiedenen Stellen distribuiert wird, sich inhaltlich aber meist ähnelt, als medizinische Laien adressiert und entsprechend mit einer Auswahl an Informationen versorgt, die als relevant für die Entscheidung identifiziert wurden.

Zugleich scheinen in diesem Bereich des Wissens über Organspende und Transplantation auch Konflikte auf. Einerseits handelt es sich um Expert*innenwissen, das in Form verschiedener Medien der Gesundheitskommunikation in handhabbare Form gebracht wird. Zugleich wird mit dem Tod des Menschen, wie wir bereits in *Kapitel 5* festgestellt haben, ein empfindlicher Grenzbereich berührt. Eben diese Schnittstelle, an der Tod und Wissen sich als ›Wissen über den Tod‹ treffen, verleiht der Transplantation als medizinischer Praxis nicht nur eine philosophische Tiefendimension, sondern in der Art und Weise, wie eine (Neu)Definition und Deutung des Todes stattfindet, auch eine Nähe zu Funktionsweisen religiöser Lehren und damit auch eine weltanschauliche Dimension. Der Tod wird zudem nicht nur erklärt, sondern auch mit Sinn belegt, sogar eine Art ›Leben danach‹ in Aussicht gestellt und auch für die Wartenden geht die Aussicht auf eine Organspende mit einem Heilsversprechen einher.

In diesem Teilkapitel wird es nicht darum gehen, welches Wissen über Organspende das ›richtige‹ ist, sondern darum, *wie* Wissen innerhalb des Feldes thematisiert wird: Wie also werden potenzielle Spender*innen als (Nicht-)Wissende oder Fachunkundige adressiert? Wie positionieren sie sich selbst? Wie wird Wissen über Organspende verhandelt? Und welche Rolle spielt der Organspendeausweis vor dem Hintergrund des Konzepts einer informierten aber offenen Entscheidung, wie sie das Transplantationsgesetz vorsieht?

Zentral für das Kapitel ist die empirische Beobachtung eines sich wiederholenden Narrativs notwendiger Aufklärung des Volkes und entsprechender Informations- und Überzeugungspraktiken, wie sie in den zahlreich vorhandenen Aufklärungsbroschüren und anderen Materialien sichtbar werden, die von unterschiedlichen Einrichtungen herausgegeben werden. Zugleich lassen sich Konflikte und konkurrierende Perspektiven beobachten, die sich nicht einfach mit bestimmten Personen oder Vertreter*innen bestimmter Gruppen oder Institutionen gleichsetzen lassen, sondern vielmehr als Ambivalenzen oder (scheinbare) Widersprüchlichkeiten auftauchen. Wesentlich ist die empirisch beobachtbare Aushandlung über verschiedene Konzepte von Rationalität im Umgang mit dem Körper, die mit großer Vehemenz in öffentlichen Debatten vertreten, aber auch in Frage gestellt wird.

Organspende wird, so können wir an dieser Stelle festhalten, nicht *ausschließlich*, aber *auch* als öffentlicher Diskurs über ein Für und Wider ausagiert.¹ Wichtige Spannungssachsen entfalten sich, wie wir im Folgenden noch sehen werden, vor allem entlang der ›Hirntod-Thematik‹ als Kriterium für die Möglichkeit einer Organentnahme sowie der Abläufe einer Transplantation, deren Prozesse sich der Erfahrungswelt potenzieller Spender*innen entziehen. ›Die Medizin‹ wird dabei oft als politische Kollektiv-Akteurin²

1 Zum Diskursverständnis vgl. Mol 2002, S. 64f.

2 Vgl. Pfadenhauer 2003.

wahrgenommen und steht als solche vor der Herausforderung nicht nur Deutungsmacht und spezifisches Fachwissen zu behalten, sondern diese auch über weitere politische Akteur*innen glaubwürdig zu distribuieren.

7.1 Begriffe und Konzepte: epistemische (Un-)Gerechtigkeit und imaginierte Laien

Im Folgenden möchte ich, wie bereits in den vorherigen Kapiteln, einige begriffliche Konzepte vorstellen, die uns durch dieses Kapitel und diese Dimension der Organspende begleiten werden:

- a) Werden wir mit Helga Nowotny den Begriff der *imaginierten Laien* und der *Robustwerdung von Wissen* einkreisen, um Ordnung in die auf den ersten Blick recht diffuse Vorstellung zu bringen, es gebe ein Wissen über Organspende, das sich in noch ungeklärter Weise in der Bevölkerung verfestigt (oder auch nicht).
- b) Werden wir mit Miranda Fricker das Konzept der *epistemischen (Un)Gerechtigkeit* einführen, um nachzuzeichnen, wie im Feld der Organspende auch Prozesse des Ausschlusses zu identifizieren sind, wenn – wie Berger es formuliert –, *kognitive Minderheiten* im Feld Gehör finden wollen.

Hierzu sei noch angemerkt, dass das Feld der Transplantationsmedizin zwar Lai*innen und Expert*innen konstruiert, wir im Folgenden aber sehen werden, wie fließend diese Grenzen mitunter sein können. Zudem werden Entscheidungen, die von potenziellen Spender*innen oder Angehörigen hirntoter Spender*innen getroffen werden, nicht ausschließlich auf der Basis von Wissen über medizinische Vorgänge getroffen,³ weshalb sich auch die Frage stellen wird, inwiefern Information über die Abläufe einer Transplantation im Feld der Organspende die einzigen »Antworten auf alle wichtigen Fragen«⁴ sein können.⁵

Imaginierte Laien und robustes Wissen

Organspende wird im Rahmen öffentlicher Gesundheitskommunikation meist als Thema gerahmt, das »uns alle betrifft«, denn zahlreiche Menschen werden mit unheilbaren Krankheiten diagnostiziert, die mit einem terminalen Organversagen einhergehen. Zugleich leben wir in einer Gesellschaft, die Technologien zu deren Heilung bereitstellen kann, in der Expert*innen forschen, Wissen generieren, Praxis prägen und mit der Öffentlichkeit in Kontakt treten. Jedes Feld von Expertise produziert seine eigenen Laien,

3 Beispielsweise, wenn die Interviewte Regina ein Gefühl der Verpflichtung beschreibt, die Organe ihrer Schwester zu spenden, weil es in der Familie zuvor einen Fall von Lebendspende gegeben hat (vgl. Kapitel 6).

4 Vgl. BZgA 2017.

5 Vgl. Cribb 2005: 173.

die darin auf bestimmte Arten und Weisen angesprochen werden. Mit solchen Dialogen zwischen Expert*innen und einer weniger fachkundigen Öffentlichkeit beschäftigen sich Gisler et al. und beschreiben deren sozialen Funktionen.

»Wissenschaftliche Expertise kommt nicht ohne anthropologische und soziologische Annahmen aus. Die Annahmen reflektieren den sozialen Kontext und die Vielfalt der Interaktionen, in denen von Seiten der Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit verschiedene Anforderungen an das Wissen der Experten gestellt werden. Einen zentralen Platz in der Vorstellungswelt der Experten nehmen die Laien ein. Sie sind, so die zentrale These des vorliegenden Buches, »Imaginierte Laien« – ein notwendiges und funktionales Konstrukt, das je nach Art der konkreten Situation und Aufgabenstellung der Experten anders gerahmt wird.«⁶

Die Aufklärung, die dann beispielsweise in Form von Gesundheitskampagnen geschieht, ist jedoch, wie Nowotny betont, keine Einbahnstraße, denn im Unterschied zu den imaginierten Laien haben die »realen« Laien immer auch die Möglichkeit, sich zu den gegebenen Informationen zu verhalten:

»Im Gegensatz zu den von den Experten als »imaginiert« konzeptualisierten Laien verfügen die realen Laien über andersartige, zusätzliche Eigenschaften und Möglichkeiten. Sie können die wissenschaftliche Autorität der Experten in Frage stellen und auf die Ebene der Politik rekurrieren; sie können mit Gleichgültigkeit reagieren oder sich auch, obwohl sie aus der Sicht der Experten nur über eingeschränkte Kompetenzen verfügen, loyal verhalten und gemeinsam mit den Experten geeignete Lösungen aushandeln. Einerseits besteht die Herausforderung an die Experten darin, ihren epistemischen Vorsprung zu wahren, andererseits müssen sie ihre Expertise so abfassen, dass das in sie gesetzte Vertrauen nicht verlorengeht.«⁷

Zwar sind die imaginierten Laien ein Konstrukt von Expert*innen, doch haben Vorstellungen über sie zugleich auch Auswirkungen über das wissenschaftliche Feld hinaus.⁸ Sichtbare Bestrebungen, einer Bevölkerung Kenntnisse zu vermitteln (z.B. über Gentechnologie) oder bestimmte Praktiken (wie Organspende oder Stammzellenforschung) akzeptierbar und gesetzesfähig zu machen oder Zusammenhänge zwischen persönlichem Verhalten und möglichen Konsequenzen, beispielsweise mit Blick auf Klimaschutz oder Pandemiegeschehen, zu verdeutlichen, prägen nicht zuletzt auch (Wissenschafts-)Politik. »Entscheidungen, die im öffentlichen Raum gefällt werden müssen, scheinen zunehmend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zu basieren.«⁹ Politikberatung, die auf entsprechenden Erkenntnissen fußt, ist also – so die Autorinnen – zu einer notwendigen Bedingung politischer Handlungszusammenhänge geworden.¹⁰

Der Wissenschaftssoziologe Brian Wynne macht darauf aufmerksam, dass dem Bild der Laien, das diesen Aktivitäten zugrundeliegt, zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt

6 Nowotny 2004: 3.

7 Nowotny 2004: 3.

8 Vgl. Gisler et al. 2004: 7.

9 Ebd.: 7.

10 Vgl. Gisler et al. 2004: 7.

wird.¹¹ Wissenschaftliche Verlautbarungen und Ratschläge gingen, so moniert er, meist von einem Modell von Adressat*innen aus, das wiederum von stillschweigenden sozialen Annahmen über das Publikum und dessen Bedürfnisse und Fähigkeiten geprägt sei. Auch diese müssten untersucht und kritisch hinterfragt werden.¹² Nowotny setzt an dieser Kritik an, wenn sie den imaginierten Dialog, die Verhältnisse zwischen Laien und Expert*innen und die soziale Robustheit des Wissens in den Blick nimmt. »Die Erwartungen von Seiten der Öffentlichkeit an die Wissenschaften sind gestiegen«, diagnostiziert sie, »beinahe in demselben Ausmaß, in dem das Vertrauen in sie gesunken ist.«¹³ Zudem seien »die Laien, die sich hinter dem zugleich Euphemismus wie Ratlosigkeit signalisierenden Begriff der Öffentlichkeit verbergen«, jenen Naturwissenschaftler*innen, die sozial robustes Wissen hervorbringen sollen, »weitgehend fremd geblieben.«¹⁴

Das Verhältnis sei zudem geprägt durch die Erwartung von Transparenz und Wirksamkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse und/oder daraus hervorgehender Objekte und Produkte.¹⁵ Letztere sollen nicht nur funktionieren – auch Risiken und Nebenwirkungen sollen vorhergesehen, abgewogen und eliminiert werden.¹⁶ Und selbst dann gibt es keine Garantie dafür, dass die Übertragung funktioniert; es gibt kein klares Rezept für die Akzeptanz der Öffentlichkeit:

»Der Nutzen von Wissenschaft und Technik lässt sich nicht mehr eindimensional erfassen, sondern muss häufig eine kulturelle Dimension mitberücksichtigen. So mussten die Vertreter von genetisch veränderten Nahrungsmitteln zumindest in Europa zur Kenntnis nehmen, dass Lebensmittel als Teil der Kultur wahrgenommen werden. Die vielfältigen gesellschaftlichen Auswirkungen neuer wissenschaftlicher und technischer Entwicklungen haben erkennen lassen, dass neue Technologien Identitäten verändern oder bedrohen, aber auch neue Identitäten hervorbringen können. Wissenschaft und Technik sind zum integralen Bestandteil des Konsums geworden und somit integraler Bestandteil des Lebensstils. Dies schafft neue Erwartungen und Verbindlichkeiten auf beiden Seiten.«¹⁷

Die Thematik der kulturellen Akzeptierbarkeit ist uns bereits im Kapitel 5 begegnet und wird, wie wir noch sehen werden, weiterhin eine Rolle spielen.

Für die Konstruktion imaginierte Laien sind es vor allem die an ihnen beobachtbaren Praktiken, die als Indikator für Bestätigung oder Verweigerung dienen, sei es beispielsweise ihr Konsumverhalten oder im – Feld der Organspende – das Ausfüllen von Ausweisen. Die Laien werden dabei auch zu *scientific citizens*. Ein Begriff, der nach Felt¹⁸ sowohl die Idee von Rechten (z. B. ausreichend informiert zu werden und selbst Entscheidungen zu treffen), als auch Verpflichtungen und Verantwortungen impliziert.¹⁹

11 Vgl. Wynne 1992.

12 Vgl. ebd.: 4.

13 Nowotny 2004: 171.

14 Ebd.: 171.

15 Vgl. ebd.: 172.

16 Vgl. ebd.: 173f.

17 Ebd.: 174.

18 Felt 2003.

19 Vgl. ebd.: 19.

Das Verhältnis zwischen imaginierten Laien und Expert*innen, zwischen erkenntnisbringender Wissenschaft und Aufzuklarenden, ist immer wieder von Konflikten geprägt. Mit jeder öffentlich ausgetragenen Kontroverse, jedem Skandal, sind Wissenschaft und Technik meist mitangeklagt, noch bevor deren tatsächliche Rolle und Verantwortung geprüft werden konnten.²⁰ Das vertrauensvolle Verhältnis von durch Expert*innen geprägten Feldern und einer Öffentlichkeit, die diese Felder akzeptieren und sich in vorgesehenem Maße daran beteiligen soll, bedarf kontinuierlicher Pflege und ist keineswegs selbstverständlich. Das Ringen um Glaubwürdigkeit steht deshalb immer wieder auf der Tagesordnung der handelnden und kommunizierenden Akteur*innen und Institutionen.²¹

Wissenschaft und Gesellschaft (so man diese analytische Trennung vornehmen möchte) durchlaufen folglich immer wieder gemeinsame Prozesse der Entwicklung und gesellschaftlichen Kontextualisierung von Wissen,²² und in diesen Prozessen reicht es nicht aus, dass Wissen verlässlich ist oder zumindest als verlässlich präsentiert wird, vielmehr geht es, wie Nowotny zeigt, auch darum, dass Wissen sozial *robust* gemacht wird.

Der Begriff der *Robustheit* bezeichnet hier eine Eigenschaft, die keinen zeitlichen Schwankungen unterworfen ist und sich als stabil und widerständig erweist. Wissen, das als naturwissenschaftliche Tatsache einer Nicht-Fachöffentlichkeit vorgestellt wird, muss sich einer Reihe unterschiedlicher Deutungen und Interpretationen sowie kulturellen und/oder ethischen Institutionen stellen und als gesichert geltende Normen müssen gegebenenfalls neu verhandelt werden. Sozial robustes Wissen ist jedoch nicht mit Akzeptanz gleichzusetzen; es bleibt offen für Unvorhersehbares und ist ausgerichtet auf eine fragile Zukunft.²³ Die Robustheit des Wissens muss (öffentlich) demonstrierbar sein und braucht soziale bzw. kollektive Zeugenschaft.²⁴

Die Expert*innen und Laien, die Nowotny sich hier im Dialog vorstellt, sind in verschiedenen Welten zu Hause. Die Vorstellungen, die Expert*innen sich von ihren Adressat*innen machen, sind dabei stark von der Art der Interaktion und dem Rahmen, in dem sie stattfindet, beeinflusst.²⁵ Die Aufklärung der Aufzuklarenden kann dabei nicht zum Ziel haben, dass Letztere sich danach auf Augenhöhe mit den Expert*innen befinden: Die Schüler*innen sollen nicht zu Meister*innen werden.

»[...] bei der inszenierten Selbstdarstellung des Expertenwissens in Ausstellungen kann die epistemische Asymmetrie zwar nicht zum Verschwinden gebracht werden, doch wird sie durch sorgfältige Auswahl der Exponate und durch die spezifische Art, in der mit Laien kommuniziert wird, bewusst abgeflacht. In allen Fällen bleibt eine Spannung erhalten. Mit Laien zu interagieren ist für die Expertinnen grundsätzlich ein riskantes Unterfangen, denn in der realen Situation besteht immer die Möglichkeit, dass die in

20 Nowotny 2004: 175.

21 Vgl. ebd.: 175.

22 Nowotny et al. 2001: 96–120.

23 Vgl. Nowotny 2004: 176f.

24 Vgl. Shapin und Shaffer 1985: 56f. und Nowotny 2004: 177.

25 Vgl. Nowotny 2004: 178.

der epistemischen Asymmetrie angelegte Überlegenheit des Expertenwissens von den Laien in Frage gestellt werden kann und letztlich nicht anerkannt wird.«²⁶

In der Folge liegt es strategisch also geradezu nahe, in solchen Formaten der Wissensvermittlung weniger auf dynamische, aktuelle Fachdiskurse zu verweisen als vielmehr auf jene Wissensbausteine, die auch im Feld selbst als weitgehend unstrittig gelten.

Um die Kommunikation mit einer großen und unüberschaubaren Gruppe von Menschen handhabbar zu machen und in kleine Portionen der Wissenschaftskommunikation zu verpacken, werden reale Personen zudem typischerweise in klare Kategorien umgewandelt:²⁷ Im Feld der Organspende meist Spender*innen oder, wie Motakef es nennt, »gebende Subjekte«²⁸ und Nicht-Spender*innen. Imaginierte Laien sind immer für den spezifischen Zweck der Expert*innen imaginiert und werden mit entsprechenden Eigenschaften ausgestattet.²⁹ So werden ihnen bestimmte Eigenschaften oder Verhaltensmuster zugeschrieben, die für das erwünschte Verhalten relevant erscheinen, z.B. Faulheit oder Ängstlichkeit. »Ihre Ansichten, Wertvorstellungen, Haltungen sollen das wiedergeben, was Laien vermeintlich sagen wollen und wofür sie vermeintlich stehen.«³⁰ Die Wahl der Bilder, die man sich von diesen Laien macht, ist immer auch geprägt von Modellen, Theorien, Fragestellungen und Methoden; ihre Konstruktion ist notwendig, um überhaupt Lösungen für spezifische Probleme denken zu können. Sie sind selbst also ein notwendiges Produkt wissenschaftlichen Arbeitens und zugleich immer ausschnitthaft. Eine Bedrohung des Expert*innenstatus besteht nun vor allem in der instabilen Loyalität der Fachunkundigen gegenüber den Expert*innen und dem Wissenschaftssystem.³¹ So haben »reale« Laien durchaus die Möglichkeit, die »epistemisch-kognitive Gefolgschaft«³² zu kündigen, und Expert*innen können an Glaubwürdigkeit verlieren.

Mit Hirschman lassen sich hierfür drei Strategien unterscheiden: *exit*, *voice* und *loyalty*.³³ Diese Strategien greift auch Nowotny in ihren Überlegungen auf:

»Den Laien stehen bei der Option des Austritts weitere Möglichkeiten offen. Sie können verstummen, sich verweigern und zurückziehen. Sie können aber auch den Protest wählen, indem sie sich für eine andere, für sie attraktivere Loyalität entscheiden. Sie können ins politische System wechseln, das ihnen die Möglichkeit anbietet, sich dort entsprechend zu artikulieren (*voice*). Das war ihnen im Fall der epistemischen Asymmetrie nur in äußerst eingeschränktem Maß möglich. Die Expertinnen werden in diesem Fall mit normativen Forderungen aus dem politischen »off« konfrontiert, mit denen sie sich auseinanderzusetzen haben. Die epistemische Asymmetrie, die den Experten ihre Dominanz garantiert, ist daher ein institutionelles Arrangement, das auf

26 Ebd.: 179.

27 Vgl. ebd.

28 Motakef 2011: 220.

29 Vgl. Nowotny 2004: 179f.

30 Ebd.: 180.

31 Vgl. ebd.: 180f.

32 Ebd.: 181.

33 Vgl. Hirschman 1970 und 1980.

Zeit und unter bestimmten Bedingungen gewährt ist. Es erweist sich unter bestimmten Voraussetzungen, die einen derartigen Loyalitätswechsel als einen legitimen garantieren müssen, als fragil.«³⁴

Wissen wird also nicht nur von ›der Wissenschaft‹ produziert, vielmehr kommt der Öffentlichkeit ebenfalls eine aktive Rolle in der Produktion von Wissen zu.³⁵

Soziale Robustheit von Wissen entsteht jedoch erst dann, wenn epistemische und normative Asymmetrien ins Gleichgewicht kommen – wenn wissenschaftliches Wissen also ausreichend gesellschaftlich kontextualisiert wird.³⁶ »Erst wenn zwischen den beiden Ordnungen und ihren gegenseitigen Ansprüchen auf Asymmetrie bzw. Dominanz in epistemischer und normativer Hinsicht Übereinkünfte getroffen werden, die auf eine für beide Teile akzeptable Weise Regelungen vorsehen, kann soziale Robustheit entstehen.«³⁷ Diese Aushandlungen erfordern Kompromisse und Akzeptanz von Grenzen, aber auch Respekt davor, wie viel Menschen einer fachfremden Öffentlichkeit innerhalb der jeweiligen kulturellen und historischen Kontexte zugemutet werden kann.

»Für die wissenschaftlichen Experten besteht Robustheit dann darin, besser vorhersehen zu können, wie ihr epistemisches Angebot an neuen Erkenntnissen und Produkten aufgenommen werden wird, aber auch, wie weit sie mit ihrem Anspruch auf epistemische Asymmetrie im gesellschaftlichen Bereich vordringen können, ohne den Austritt der Laien und deren Aufkündigung ihrer Loyalität befürchten zu müssen.«³⁸

Mit Blick auf das Feld der Organspende als Konfliktschauplatz des Wissens wird das Konzept der imaginierten Laien hilfreich sein, um zu beleuchten, wie potenzielle Spender*innen adressiert werden und inwiefern sie zugleich adressiert und beobachtet werden.

Epistemische (Un-)Gerechtigkeit und kognitive Minderheiten

Miranda Fricker³⁹ verbindet mit ihrem philosophischen Konzept der epistemischen (Un)Gerechtigkeit Wissen und Macht, indem sie die Positionen der Sprecher*innen im öffentlichen Diskurs auf einer Metaebene betrachtet. Sie unterscheidet dabei zwei Arten von epistemischer Ungerechtigkeit, nämlich die testimoniale und die hermeneutische.

»Testimonial injustice occurs when prejudice causes a hearer to give a deflated level of credibility to a speaker's word; hermeneutical injustice occurs at a prior stage, when a gap in collective interpretive resources puts someone at an unfair disadvantage when it comes to making sense of their social experiences.«⁴⁰

34 Nowotny 2004: 181. Hervorhebung im Original.

35 Vgl. ebd.: 176.

36 Vgl. Nowotny et al. 2001.

37 Nowotny 2004: 191.

38 Ebd.: 193.

39 Vgl. Fricker 2007.

40 Fricker 2007.

Ein Beispiel für den ersten Fall könnte sein, dass eine Zeugin aufgrund von Hautfarbe oder Geschlecht als unglaublich eingeschätzt wird, wenn zu Unrecht an ihrer Kompetenz, Rationalität, Ehrlichkeit oder Neutralität gezweifelt wird.⁴¹ Es handelt sich um eine »ungerechte Beurteilung der Glaubwürdigkeit«.⁴² Die zweite Form verweist auf ein strukturelles Problem: So besteht hermeneutische Ungerechtigkeit dann, wenn beispielsweise Vergehen an einer Person geübt werden in einer Gesellschaft, die diese Vergehen nicht als solche erkennt und der folglich kritische Konzepte und Worte dazu fehlen. Es geht also um wiederkehrende und systematische Fehleinschätzungen von Menschen in Bezug auf ihre Fähigkeit als Wissende (»capacity as a knower«).⁴³

Solche (Fehl)Einschätzungen basieren im Wesentlichen auf stereotypen Vorstellungen über soziale Identitäten. »Sozialpsychologisch gesprochen sind Stereotypen zunächst ein ganz elementares Konzept kognitiver Heuristik, mit sozialer Komplexität umzugehen.«,⁴⁴ so Schick Tanz. Sie sind daher »schwer aus dem Spektrum menschlichen Verhaltens und Denkens zu eliminieren«⁴⁵ zugleich aber auch problematisch, wenn sie beispielsweise zur systematischen Marginalisierung bestimmter Gruppen von Menschen führen, die dann nicht mehr gehört werden. Fragen testimonialer Ungerechtigkeit, also das Ungleichgewicht in der Wahrnehmung der Glaubwürdigkeit von Aussagen, hängen dabei eng mit einer besonderen Art sozialer Macht zusammen. Fricker bezeichnet sie als »Identitätsmacht« (*identity power*). Sie kann sich geschlechterspezifisch äußern, beispielsweise wenn Männern die Handhabung technischer Geräte eher zugetraut wird als Frauen. Macht kann dabei in aktiver und passiver Form bestehen und ist eine Fähigkeit (oder Eigenschaft), die auch in Zeiten fortbesteht, in denen sie nicht realisiert wird. Macht existiert auch dann, wenn sie nicht direkt in Aktion umgesetzt wird. Machtausübung ist in diesem Sinne komplex und findet nicht immer in direkter und sichtbarer Form von einer Partei auf die andere statt. Vielmehr kann die Art und Weise, wie Gruppen oder Individuen aus bestimmten Prozessen ausgeschlossen werden, faktisch vorhanden sein, aber zugleich nicht von klar identifizierbaren Akteur*innen ausgeübt werden.⁴⁶ Fricker schlägt deshalb folgendes Konzept sozialer Macht vor:

»a practically socially situated capacity to control others' actions, where this capacity may be exercised (actively or passively) by particular social agents, or alternatively, it may operate purely structurally.«⁴⁷

Soziale Macht ist in ihrem Sinne eine praktisch und sozial verankerte Fähigkeit, die Handlungen anderer zu kontrollieren oder zumindest zu beeinflussen. Sie kann sowohl aktiv als auch passiv von konkreten sozialen Akteur*innen ausgeübt oder alternativ rein strukturell wirksam werden.

41 Vgl. Schick Tanz 2012: 277.

42 Ebd.: 277.

43 Fricker 2007: 17.

44 Schick Tanz 2012: 277.

45 Ebd.

46 Vgl. Fricker 2007: 9f.

47 Ebd.: 13.

Die Ausübung von Macht, so betont Fricker, muss nicht per se schlecht sein und doch sollten wir, wo immer Macht am Werk ist, bereit sein zu fragen, wer oder was wen kontrolliert und aus welchem Grund.⁴⁸ Testimoniale Ungerechtigkeit ist eine Auswirkung, wie Fricker betont, vielleicht sogar die ethisch und sozial bedeutsamste Auswirkung, von Identitätsmacht als einer spezifischen Form sozialer Macht.⁴⁹ Diese Form der Ungerechtigkeit ist wahrnehmbar und artikulierbar.

Die Aufgabe bzw. der Kern hermeneutischer Gerechtigkeit besteht hingegen erst einmal darin, die eigene Erfahrung, also die Erfahrung epistemischer Ungerechtigkeit von Menschen in bestimmten Bereichen zu verstehen und erfahrbar zu machen. Es geht darum, wie Fricker am Beispiel feministischer Bewegungen erläutert, die bestehenden routinemäßigen, sozialen Interpretationsgewohnheiten zu überwinden und zu außergewöhnlichen Interpretationen einiger ihrer zuvor verdeckten Erfahrungen zu gelangen. So gelang es den Beteiligten solcher Bewegungen, Sinnressourcen zu erkennen, die in den sozialen Interpretationspraktiken der damaligen Zeit nur implizit vorhanden waren.⁵⁰ Wenn beispielsweise das Konzept der sexuellen Belästigung nicht existiert, sind sowohl die belästigte als auch die belästigende Person beschränkt in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit von Recht und Unrecht, wenngleich diese Situation letzterer Person besser zu Pass kommt als ersterer:

»[...] harasser and harassee alike are cognitively handicapped by the hermeneutical lacuna—neither has a proper understanding of how he is treating her—but the harasser's cognitive disablement is not a significant disadvantage to him. Indeed, there is an obvious sense in which it suits his purpose.«⁵¹

Auch Schicktanz sieht die besondere Relevanz einer Beschäftigung mit hermeneutischem Ungleichgewicht im Feld der medizinischen Forschung und Gesundheitskommunikation angesiedelt:

»Hermeneutische Grenzen treten dort besonders häufig auf, wo immer wieder starke Veränderungen des individuellen und gesellschaftlichen Lebens stattfinden. Gerade auf dem weiten Feld der Medizin, insbesondere in Kombination mit der Informations-, Nano- oder Gentechnologie, zeigt sich die Tendenz, etwa die Grenzen des Lebendigen und des Todes, der Identität oder der Körperlichkeit immer wieder zu transformieren, zu modifizieren und neu erfahrbar zu machen. Damit stellen uns solche Entwicklungen und Transformationen einerseits vor das Problem einer gewissen Sprachlosigkeit, andererseits aber auch vor den Anspruch, diese Erfahrungen artikulierbar zu machen.«⁵²

Auch auf die Praxis der (postmortalen) Transplantation trifft diese Beschreibung zu, denn auch hier werden, wie wir in Kapitel 5 gesehen haben, existenzielle Grenzen in Frage gestellt und neu definiert. Wer sich diesen Neudefinitionen entzieht, gilt innerhalb

48 Vgl. ebd.: 14.

49 Vgl. ebd.: 17.

50 Vgl. Fricker 2007: 147f.

51 Ebd.: 151.

52 Schicktanz 2012: 280.

eines von Expert*inneneinschätzungen dominierten Feldes⁵³ zudem als Anhänger*in einer Minderheitenmeinung oder, mit Berger gesprochen, einer kognitiven Minderheit.⁵⁴ Als solche bezeichnet Berger eine »Gruppe von Menschen, deren Weltanschauung sich in charakteristischen Zügen von dem unterscheidet, was in ihrer Gesellschaft sonst als Gewißheit gilt.«⁵⁵ Dies verhält sich unabhängig davon oder, wie Berger es, »neutral gegenüber der Frage«,⁵⁶ ob die Wissensbestände, auf die von Angehörigen dieser Minderheiten zurückgegriffen wird, wahr oder falsch *sind*. Wichtig ist allein, ob sie in der jeweiligen Gesellschaft als wahr oder falsch gelten.

Eine solche kognitive Minderheit kann nicht nur, im engeren Sinne religiöser Natur sein, sondern sich vielmehr auch auf andere Wahrheiten und Wissenssysteme erstrecken, auf deren Anerkennung Gemeinschaften und Gesellschaften sich einigen, wie auf die Anerkennung des Hirntodkriteriums. Der Status kognitiver Minderheiten ist, wie Berger anmerkt, ein unbequemer und zwar nicht (nur), weil sie von einer Mehrheit unter Druck gesetzt werden, sondern vielmehr auch deshalb, weil sie, mit Fricker gesprochen, epistemische Ungerechtigkeit erfahren. Kognitive Minderheiten sehen sich folglich konfrontiert mit einer Mehrheit, die »es ablehnt, die Wirklichkeitsauffassung einer Minderheit als ›Wissen‹ anzuerkennen«.⁵⁷ Was ist es nun aber, was über Organspende in sozial robuster Weise gewusst werden soll? Wer selektiert und kondensiert dieses Wissen und in welcher Form wird es angeboten?

7.2 Gesundheitskommunikation und was man über Organspende wissen sollte

Organspende ist nicht nur eine medizintechnische Praxis, sondern auch eine staatlich verwaltete Angelegenheit. Reguliert und gesetzlich eingehegt wird dabei nicht nur die Allokation von Organen, sondern auch die Rahmenbedingungen. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Einhegung ist, dass potenziellen Spender*innen geeignete Informationen zur Verfügung gestellt werden sollen, auf deren Basis sie eine Entscheidung über eine mögliche Spende von Organen und/oder Geweben treffen sollen. Informationswebseiten und Online-Veröffentlichungen aller Art sind dabei zu einem beliebten und weithin akzeptierten Indikator für Transparenz geworden.⁵⁸

Zur Weitergabe dieser Informationen werden durch das Transplantationsgesetz (TPG) Institutionen bestimmt (z. B. BZgA und Krankenkassen), nicht jedoch deren Form oder Inhalte. § 2 zur Aufklärung der Bevölkerung macht folgende Vorgaben, worüber diese informiert und aufgeklärt werden soll.⁵⁹

53 Vgl. ebd. 2012: 278.

54 Vgl. Berger 1991.

55 Ebd.: 25.

56 Ebd.: 26.

57 Ebd.: 27. Hervorhebung im Original.

58 Vgl. Nowotny 2004: 172.

59 Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz: <https://www.gesetze-im-internet.de/tpg/>

1. die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende,
2. die Voraussetzungen für die Entnahme von Organen und Geweben bei verstorbenen Spender*innen – einschließlich der Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organspende, ihrer Beziehung zu einer Patientenverfügung sowie der rechtlichen Folgen, wenn keine solche Erklärung vorliegt, insbesondere im Hinblick auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen gemäß § 4
3. die Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung im Hinblick auf den für kranke Menschen möglichen Nutzen einer medizinischen Anwendung von Organen und Geweben, einschließlich von aus Geweben hergestellten Arzneimitteln und die Bedeutung der Erhebung transplantationsmedizinischer Daten im Transplantationsregister. Die Aufklärung soll die gesamte Tragweite der Entscheidung umfassen und zugleich ergebnisoffen sein.

Neben den im TPG benannten Einrichtungen stellen aber auch zahlreiche andere Institutionen Informationen bereit, unter anderem Krankenhäuser, Patient*innenverbände oder Vereine. Was im Einzelnen als relevante Information zur Organspende gehandelt wird, variiert folglich auch mit den Institutionen, die die jeweiligen Materialien bereitstellen.

In seiner Stellungnahme zu Hirntod und Organspende von 2015 analysiert und kritisiert der Deutsche Ethikrat verschiedene von Krankenkassen und BZgA vorgelegte Kampagnen der vorangegangenen Jahre bezüglich ihrer Inhalte.⁶⁰ Neben der zum Teil mangelnden Aktualität statistischer Daten beklagt der Rat fehlende Hinweise auf die Varianten, in denen der Organspendeausweis ausgefüllt werden kann: »Zwar wird die Möglichkeit, die Spende auf bestimmte Organe zu beschränken, überwiegend ausführlich erläutert, die Option, eine Vertrauensperson zu beauftragen oder eine Ablehnung zu erklären, wurde dagegen oft unzureichend erklärt.«⁶¹ Auch Informationen über die rechtliche Verankerung zur Entscheidung bestimmter Vertrauenspersonen blieben, so bemängelt der Rat, meist ungeklärt.

Ein größeres Augenmerk scheint dagegen auf der (Er)klärung des Hirntodes zu liegen: So beschreiben die meisten Info-Materialien nicht nur, was der IHA im medizinischen Sinne ist, sondern auch, wie er festgestellt wird. Eine kritische Diskussion um das Konzept des IHA wird kaum aufgegriffen, eher finden sich in einigen Fällen sachlich mangelhafte oder falsche Informationen über das Schmerzempfinden von Spender*innen und den Einsatz entsprechender Medikamente. Der Rat bemängelt im Weiteren die Abwesenheit jeglicher Informationen über den Einsatz organprotektiver Maßnahmen.⁶² Die Diskussion, um den legitimen Einsatz solcher Maßnahmen, die Organe potenzieller Spender*innen für den Empfänger*innen-Körper optimieren, ist weiterhin umstritten. Einerseits würde ein Einsatz entsprechender Medikamente vor einer eindeutigen Feststellung a) des Hirntodes und b) des Spender*innenwillens möglicherweise bedeuten, Maßnahmen am Spender*innenkörper durchzuführen, die weder deren/dessen Genesung dienen, noch durch diese(n) genehmigt wurden. Andererseits würde, so argumen-

60 Deutscher Ethikrat 2015.

61 Ebd.: 122.

62 Vgl. ebd.: 122f.

tieren Befürworter*innen eines frühzeitigen Einsatzes solcher Maßnahmen, möglicherweise der Wille der Person, Organspender*in zu werden, durch Unterlassung der entsprechenden Behandlung der Organe unterlaufen.⁶³

Eine weitere Komplikation besteht in der Vereinbarkeit von Patient*innenverfügung und der Erklärung zur Organspende (z.B. Organspendeausweis)⁶⁴ als Ausdruck einer stärkeren juristischen wie auch organisatorischen Anerkennung des selbstbestimmten Sterbens.⁶⁵ Die Willensbekundungen der jeweiligen Dokumente sollten einander nicht widersprechen,⁶⁶ denn, so die Annahme, die Verweigerung bestimmter Handlungen am Körper (wie etwa künstliche Beatmung) könnte eine Präparation des Körpers zur Organentnahme verhindern.⁶⁷

Auch die Behandlung möglicher Vorbehalte gegenüber Organspende fällt in den verschiedenen, durch den Ethikrat ausgewerteten Materialien eher durchwachsen aus. Viele verbleiben hier bei sachlicher Information, andere ergänzen diese durch persönliche Berichte, die verschiedene Perspektiven (wie beispielsweise die transplantierten Patient*innen oder Angehöriger von Spender*innen). Die durch das TPG gebotene Ergebnisoffenheit wird jedoch in den wenigsten Fällen umgesetzt:⁶⁸

»So heißt es beispielsweise bei einer Krankenkasse, dass die geforderte Ergebnisoffenheit auch das Recht umfasse, sich gegen eine Organspende zu entscheiden. Eine andere Krankenkasse verweist darauf, dass sie keinen Einfluss auf die Richtung der Entscheidung nehmen will. Wichtig sei es nur, überhaupt eine Entscheidung zu treffen. Es gebe auch kein Richtig oder Falsch. Andere Krankenkassen sprechen im Vorwort ihrer Information oder auch im persönlichen Anschreiben von Ergebnisoffenheit, greifen die kritischen Einwände oder Bedenken später aber nicht mehr auf. So kommt in einem Fall unter der Rubrik »Contra« beispielsweise ein Organspendegegner zu Wort, der aber lediglich sagt, er wisse zu wenig über die Organspende. Häufig vorgebrachte Ablehnungsgründe, wie die Beeinträchtigung der körperlichen Integrität oder die Erschwerung des persönlichen Abschieds vom Verstorbenen nach der Organexplantation, werden nicht hinreichend berücksichtigt.«⁶⁹

Einige Verbesserungsforderungen des Ethikrates, wie zum Beispiel zu erwähnen, dass eine würdige Abschiednahme vom Verstorbenen auch nach der Organentnahme möglich ist,⁷⁰ finden sich in aktuelleren Informationsbroschüren bereits verwirklicht.⁷¹ Ein Nein zur Organspende mit klaren Argumenten zu formulieren, wird hingegen nach wie

63 DSO-Kongress, Feldprotokoll, 2015.

64 Vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 123.

65 Vgl. Feldmann 2010: 576.

66 Vgl. auch Deutscher Ethikrat 2015: 123.

67 Nicht zuletzt die zahlreichen im Netz verfügbaren Ratgeber und Hilfen zum Ausfüllen solcher Verfügungen legen nahe, dass das die Patient*innenverfügung bis heute ein komplexes und fehleranfalliges Unterfangen ist.

68 Vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 123f.

69 Deutscher Ethikrat 2015: 124.

70 Vgl. ebd.: 124ff.

71 Vgl. z.B. BZgA 2017.

vor nicht unterstützt; vielmehr geht es offenbar vorrangig darum, Vorbehalte auszuräumen sodass am Ende des Auseinandersetzungsprozesses eigentlich ein Ja stehen muss.⁷² Die vom TPG vorgesehene »ergebnisoffene Information« erhält somit meist eher einen erzieherischen Charakter, der auf langfristige Veränderungen nicht nur des Wissensstandes, sondern auch von Werthaltungen zielt.⁷³ Die imaginierten Laien müssen folglich nicht nur informiert, sondern auch erzogen werden.

Was (potenzielle) Patient*innen wissen und inwiefern sie als autonome Entscheider*innen gelten, ist eng miteinander verwoben, zugleich sind die Inhalte, die gewusst werden sollen, nicht immer unumstritten. Im Folgenden möchte ich dies zunächst anhand eines Beispiels aus der Welt der Informationsbroschüren illustrieren. Um der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Materialien »Herrin« zu werden, möchte ich einen kurzen Vergleich zwischen zwei Institutionen ziehen, die inhaltlich zwar kaum gegensätzlicher sein könnten, zugleich aber sehr ähnliche Kommunikationsmittel für ihren jeweiligen Aufklärungsauftrag wählen.

Das Wort »Aufklärung« tragen beide in ihrem Namen: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Verein Kritische Aufklärung Organspende e.V. (KAO). Wie die Namen bereits verraten, operiert erstere im Auftrag des Bundes. Der kleine Verein wird dagegen von wenigen Privatpersonen getragen, die sich einer anderen Art der Aufklärung verschrieben haben. Von beiden wird zu medialen Mischformen gegriffen: Broschüren, die auf den jeweiligen Seiten der Institution sowohl online und als PDF verfügbar als auch in Papierform bestellbar sind. Während die immer wieder aktualisierten Unterlagen der BZgA häufig auch als Vorlage für die Broschüren anderer Institutionen gelten,⁷⁴ versteht die KAO ihre ebenfalls unentgeltlich erhältlichen Materialien als Gegenentwurf dazu.

Die BZgA-Broschüre *Antworten auf wichtige Fragen*⁷⁵ gliedert sich in drei Teile, die auf der ersten Seite erklärt werden: Informieren, Entscheiden, Ausfüllen. Diese sind farblich voneinander abgegrenzt; auch die Seiten sind an den Rändern entsprechend markiert, sodass die entsprechenden Seiten sich auch beim schnellen Blättern optisch voneinander unterscheiden. Das Informieren steht jedoch an erster Stelle. Schon der Titel suggeriert, dass es sich hier nicht um mögliche Antworten, sondern um die richtigen Antworten auf die wichtigen Fragen handelt, die von den imaginierten Laien gesucht werden. Die Broschüren bzw. ihre Verfasser*innen kennen folglich nicht nur die Antworten, sondern auch die Fragen, wissen, was gewusst werden soll, und wo (zumindest vermeintliche) Defizite bei den Antwortsuchenden liegen.

Was aus dieser Perspektive über das Transplantieren von Organen gewusst werden soll, umfasst im Wesentlichen folgende Kernelemente:

- Gesetzliche Rahmung (wobei v.a. gezeigt wird, dass die Übertragung von Körpermaterial auch gesetzlich geregelt ist)
- Technische Abläufe und institutionelle Einbettung

72 Vgl. zur Schwierigkeit einer Ablehnung von Organspende auch Pfaller et al. 2018.

73 Zu diesem Begriff von Gesundheitserziehung Cribb 2005: 173.

74 Vgl. auch Ethikrat 2015: 123.

75 BZgA 2017.

- Bedeutung für Empfänger*innen und Bedarfe an Organen
- Feststellung des Hirntodes und Beteuerung der Sicherheit des Verfahrens

Dieses kleine Manifest der Organspende adressiert die imaginierten Laien als potenzielle Spender*innen, ohne dabei deren Körper zu sehr in den Fokus zu rücken; Spender*innen, die nicht nur fachunkundig, sondern auch unsicher sind und denen die Entscheidung schwerfällt. Die ganze Broschüre kreiert das Szenario einer ideal ablaufenden Informations- und Entscheidungssituation, die nicht nur verbalisiert, sondern auch materialisiert wird. Sie simuliert ein Beratungsgespräch durch Expert*innen. Die am Ende in Form des Organspendeausweises heraustrennbare Entscheidung gehört dann der möglicherweise spendenden Person, soll immer bei ihr sein, ist zugleich aber auch materialisierter Bestandteil der herausgebenden Einrichtung. Der Ausweis fungiert hier also als Bindeglied.

In den Informationsmaterialien zur Organspende werden bestimmte Themen – etwa der Spender*innenkörper, Tod und Organentnahme, Trauer oder mögliche Ängste – weitgehend ausgespart. Die Auswahl des vermittelten Wissens folgt einer klaren Prämisse: Der Hirntod gilt als unwiderruflicher Tod des Menschen. Abweichende Sichtweisen, wie etwa die von Pfaller et al. herausgearbeitete »no-killing position«,⁷⁶ die diese Prämisse nicht teilt, werden in diesem Rahmen nicht adressiert. Aus der Perspektive hermeneutischer Gerechtigkeit, wie sie Miranda Fricker formuliert,⁷⁷ stellt sich die Frage, ob allen potenziellen Spender*innen ausreichende Möglichkeiten zur Verfügung stehen, ihre Erfahrungen, Zweifel oder ethischen Bedenken im verfügbaren Deutungsrahmen überhaupt auszudrücken und zu diskutieren.

Solcher Art ›Informationslücken‹ adressiert die zweite Broschüre, die wir nun in den Blick nehmen wollen. Sie stammt von dem Verein *Kritische Aufklärung Organspende* (KAO) und stellt nach eigener Beschreibung eine Art Gegenentwurf zu den »offiziellen« Informationen dar, wie sie von der BZgA bereitgestellt werden (»Wir wollen der einseitigen Werbung für die Organspende kritische Informationen entgegensetzen«). »Organspende – die verschwiegene Seite« titelt das Heft, das ebenso wie die Angebote der BZgA kostenfrei sowohl als PDF als auch in Printform verfügbar ist. Formuliert wird das Ziel, »dadurch eine Diskussion in der Gesellschaft«⁷⁸ anzuregen, mit Vertreter*innen verschiedener Institutionen in Kontakt zu kommen und vor allem aber einen Aufklärungsauftrag zu erfüllen: »Die Menschen«, so heißt es, »benötigen umfassende Informationen, die sie fähig machen, sich eine eigene Meinung zu bilden«.⁷⁹

Die hier imaginierten Laien werden im Unterschied zur Ansprache durch die BZgA als ungerecht Behandelte und im Dunkeln Gelassene adressiert, denen – zuvor verschleierte – Informationen nun zur Verfügung gestellt werden. Die Expert*innenschaft der KAO speist sich insbesondere aus der Erfahrung von Eltern, die ihre Kinder zur Transplantation freigegeben haben. Entsprechend emotional sind der Sprachduktus der Broschüre sowie die in ihr enthaltenen Erfahrungsberichte. Obgleich man mit Silke Schick-

76 Vgl. Pfaller et al. 2018.

77 Vgl. Fricker 2007.

78 KAO 2019: 2.

79 Ebd.

tanz diese Art von Betroffenenperspektive im Diskurs durchaus ernst nehmen und aus ihr lernen könnte,⁸⁰ findet ein sichtbares Aufgreifen solcher Positionen kaum statt. Vielmehr wurde die Perspektive betroffener Eltern aus dem öffentlichen Diskurs lange Zeit eher ausgeschlossen als produktiv integriert.

Erst seit dem Jahr 2017 gibt es in Deutschland ein »Netzwerk Spenderfamilien«,⁸¹ das versucht, auf die Bedarfe von Angehörigen zu reagieren und diese abzufangen. In der Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie heißt es aber auch explizit: »Das »Netzwerk Spenderfamilien« steht für das Ja zur Organspende, für sachlich korrekte Information [...]«. ⁸² Obgleich die Vereinigung die »schwierige Ausnahmesituation« der Angehörigen anerkennen möchte und diese auch bei einem Nein unterstützen will,⁸³ scheinen auch hier Ambivalenz und Ablehnung der Organspende wenig Raum zu finden. Die KAO-Broschüre dagegen formuliert eine klare Agenda, nämlich: »sich abzuwenden von einer Medizin, die das Sterben des einen Patienten zum vermeintlichen Wohl eines anderen benutzt«⁸⁴.

Zwar unterscheiden sich die Inhalte der KAO-Broschüre ganz offenkundig von vergleichbaren Publikationen, die für Organspende werben, doch greift sie zum gleichen Format: ein Informationsheft, an dessen Ende ein heraustrennbarer (Anti-)Ausweis steht mit schematischen Schaubildern von Körpern und Organen sowie persönlichen Geschichten. Während der dramaturgische Aufbau der BZgA Broschüre jedoch kaum mehr als ein Ja zu Organspende zulässt, steht am Ende der KAO-Aufklärung ein klares Nein der nun aufgeklärten imaginierten Laien.

Worauf beide Broschüren mit ihren angehängten Ausweisen hinauslaufen – nämlich die Entscheidung imaginerter Laien – lässt sich auch als Frage der ethischen Urteilsfindung betrachten, in der nicht zuletzt auch verschiedene Wissensformen und Bedürfnisse miteinander konkurrieren. Zwar inszenieren sich beide Aufklärungsmedien als gemeinwohlorientiert,⁸⁵ doch gilt es im einen Fall das System Organspende zum Wohle aller zu stärken, im anderen Menschen vor eben diesem System zu schützen. Zum Beispiel, indem Tipps und Hinweise gegeben werden, wie einer Organspende möglichst wirksam und sichtbar widersprochen werden kann.

80 Vgl. Schick Tanz 2012.

81 Ullrich 2017: <https://idw-online.de/de/news670511>

82 Ebd.

83 Ebd.

84 Selbstbeschreibung des Vereins KAO: <https://initiative-ka0.de/kritische-aufklaerung-ueber-orga-ntransplantation-ka0-ev/#>

85 Zur Legitimationsfunktion von professionellem Wissens vgl. auch Pfadenhauer 2003: 57.

auch dynamisch sind, zeigt sich nicht zuletzt in der stetigen Überarbeitung und Neufassung der verschiedenen zur Verfügung stehenden Informationsmaterialien.

Cribb weist darauf hin, dass in Aufrufen zur Aufklärung oft mehrere Faktoren vernachlässigt werden: Erstens würde Bildung häufig als unproblematische Lösung für ein Problem dargestellt (wenn Gruppe x über y aufgeklärt würde, könnte Problem z gelöst werden). Dabei würde übersehen, dass Fragen der Bildung sowohl praktisch als auch ethisch komplex sind. Zudem könne die Hinwendung zur Gesundheitserziehung nicht das alleinige Mittel sein, um gesundheitspolitischen Problemen auszuweichen. Wenn Bildung allein als ›inneres Lernen‹ einzelner verstanden werde, ohne in institutionelle und soziale Beziehungen eingebettet zu sein, könne sie, so Cribb, nicht viel bewirken. So müssten auch die Beziehungen zwischen Fachkräften des Gesundheitswesens und ihren Klient*innen vor dem Hintergrund der sie konstituierenden Werte- und Machtfelder verstanden werden, um den Schritt von einem paternalistischen Professionalismus zur informierten, autonomen Patient*innen-Einwilligung zu vollziehen.⁸⁹

7.3 Das medizinische Wir

In diesem Abschnitt kommen zum Teil pointierte Einzelmeinungen der Interviewten zur Sprache, die nicht als repräsentativ für alle Mediziner*innen zu verstehen sind; mit der Überschrift »Das medizinische Wir« soll vielmehr verdeutlicht werden, dass Organspende-Erziehung ein Bestandteil medizinischer Sozialisation sein kann.

Viktoria und Max haben Medizin studiert, auch Theo ist nach seiner Promotion im Transplantationssystem tätig – allerdings nicht als Arzt. Max und Viktoria, die wir bereits kennengelernt haben, sind zum Zeitpunkt des Interviews Ende und Mitte 30 und jeweils befasst mit ihrer fachärztlichen Qualifikation. Beide positionieren sich als professionelle Vermittler*innen zwischen imaginierten Laien und Transplantations-Expert*innen und damit selbst als politisch Handelnde im Sinne der Förderung der Organspende.⁹⁰

Max beschreibt seine Berührungspunkte mit Organspende als Teil des Sozialisationsprozesses im Medizinstudium; in zwei Veranstaltungen sei das Thema kurz angesprochen worden. Zunächst erzählt er, wie in einer Vorlesung Organspendeausweise an die Studierenden verteilt wurden (»wo ich dann auch ziemlich schnell entschieden hab, dass ich definitiv will, dass meine Organe gespendet werden dürfen«). Die Entscheidung trifft er, wie er sagt, »ohne tieferes Wissen«, denn das Ereignis habe »noch vor dem Physikum, also vor der klinischen Tätigkeit im Studium« stattgefunden. Ihm sei klar gewesen, dass es sich hier um ein (für ihn) »wichtiges und richtiges Prinzip« handle.

Vertieft wird dieses Wissen in einem Seminar der Chirurgie (»also wo's wirklich mal 'ne Stunde darum ging oder so – was immer nicht so viel klingt, aber schon relativ viel ist«). Vermittelt werden in dieser Veranstaltung nicht handwerkliche Vorgänge, sondern die 2012 bekannt gewordenen Unregelmäßigkeiten in der Organvergabe (»Das Seminar wurde von einem Chirurgen gehalten, der uns dann den Organspendeskandal erklärt

89 Vgl. Cribb 2005: 173 und 45.

90 Vgl. Pfadenhauer 2003: 55.

hat – also, was da wirklich passiert ist«). Es geht also um einen öffentlich ausgetragenen Konflikt. Die chirurgische Fachpraxis als Teil des medizinischen Systems wurde, um mit Nowotny zu sprechen, in den Konflikt einbezogen, in gewisser Weise »mitangeklagt« und reagiert nun entsprechend darauf.⁹¹

Exkurs über die ›Organspendeskandale‹

Max verweist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, Patient*innen auf der Warteliste höher zu platzieren, wenn sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert und eine Transplantation als dringlicher eingestuft wird. Dabei spielt er auf die in der Allokationspraxis von Eurotransplant vorgesehene Berücksichtigung von Dringlichkeit an.⁹²

Die Unregelmäßigkeiten in der Organvergabe bzw. deren prominentester Fall des ehemaligen Leiters des Göttinger Transplantationszentrums wurden nach ihrem Bekanntwerden im Jahr 2012 bis 2017 gerichtlich verhandelt. Gegenstand des Verfahrens war die Praxis des Arztes, die Daten seiner Patient*innen so zu manipulieren, dass deren Zustand schlechter und die Dringlichkeit, sie mit einem Spender*innenorgan zu versorgen, also höher erschien, als bei anderen gelisteten Patient*innen. Eine Praxis, die, wie sich im Laufe der Verhandlungen herausstellte, durchaus auch in anderen Transplantationszentren gängig war.⁹³ Die Verhandlungen, die gegen den Arzt geführt wurden, endeten mit einem Freispruch durch den Bundesgerichtshof (BGH)⁹⁴ – ein Urteil, das in der rechtswissenschaftlichen Fachcommunity nicht durchweg auf Verständnis stieß. So veröffentlicht die Leipziger Rechtswissenschaftlerin Elisa Hoven nicht nur einen kritischen Kommentar zum Urteil des BGH in der ZEIT,⁹⁵ sondern trägt ihre Skepsis auch als geladene Vortragende der Deutschen Transplantationsgesellschaft im September 2017 in Bonn vor.

Da die Manipulation von Patient*innendaten zu Zwecken einer bevorzugten Organallokation zu diesem Zeitpunkt noch nicht als Straftatbestand galt, war für das Verfahren vor allem die Frage zentral, ob sich aus dem durch die manipulierten Daten bewirkten ›Überholen‹ anderer Wartender auf der Liste ein Tötungsdelikt ableiten ließe bzw. ob es sich bei dem Vergehen um Totschlag gehandelt habe. Hoven moniert am Urteil des BGH eine aus ihrer Sicht eindeutige Privilegierung des Arztes, »weil die Vernichtung menschlichen Lebens dem ärztlichen Berufsethos widerspräche.«⁹⁶

Die vorgebrachten Argumente für den Freispruch ließen sich, so Hoven, nicht auf vergleichbare Fälle anwenden: »Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs läuft darauf hinaus, dass wegen Versuchs nur bestraft werden kann, wer sich ganz sicher ist, dass das Opfer gerettet worden wäre. Wer lediglich eine Überlebenschance beseitigen will, der bleibt straflos.«⁹⁷ Anders gesagt: Strafbar ist zu diesem Zeitpunkt nicht schon das absichtliche Verfälschen medizinischer Daten, sondern nur dann, wenn sich zweifelsfrei belegen lässt, dass dadurch tatsächlich ein anderes Leben gefährdet oder verhindert wurde.

Im Weiteren kritisiert Hoven insbesondere die Argumentation der Verteidigung und unterstellt dem BGH die Schaffung eines prekären Präzedenzfalles: »Erstaunlich waren

die Schlüsse, die der Verteidiger aus diesem Befund zog: Er warnte vor einer Verurteilung des Arztes, da sie bundesweite Ermittlungen auslösen und das Vertrauen der Öffentlichkeit in das Gesundheitswesen erschüttern würde. Nun kann es kaum die richtige Reaktion auf flächendeckende Rechtsverletzungen sein, sie zur Beruhigung der Öffentlichkeit nicht zu ahnden. Im Gegenteil: Ist die Manipulation der Organvergabe so verbreitet, wie die Verteidigung meint, dann wäre ein konsequentes Vorgehen dringend geboten.⁹⁸ Diese Forderung wurde durch eine Änderung des TPG umgesetzt, die eine Manipulation von Patient*innendaten in Zukunft strafbar macht. Der Freispruch des BGH, so betont Hoven auch vor dem Fachpublikum des DTG-Kongresses 2017, solle nicht als Freibrief für selbstermächtigende Handlungen dieser Art verstanden werden.

Eine detaillierte juristische Bewertung des BGH-Urteils kann an dieser Stelle natürlich nicht vorgenommen werden, lediglich möchte ich auf die offen verbliebenen Ambivalenzen der Rechtsprechung verweisen, die die Organspendeskandale betrifft. Die Ereignisse selbst sind für uns deshalb von Bedeutung, weil sie – gerade in den vorliegenden Interviews – häufig als Bezugspunkt dienen, an dem die eigene moralische Haltung zur Organspende gespiegelt wird. Im Feld werden sie zudem häufig als Auslöser für ein gewachsenes Misstrauen der Bevölkerung in das Transplantationssystem und Rückgang der Organspende-Zahlen vermutet. Mit Blick auf die entsprechenden statistischen Erfassungen der Spender*innenzahlen, wird jedoch sichtbar, dass die Zahl der Organspenden schon früher, nämlich bereits seit 2010 einen Rückgang erfahren haben.⁹⁹

Bestimmend sind für Max – abgeleitet von diesen Ereignissen (»Nämlich, dass Ärzte quasi auf dem Papier die Patienten kränker gemacht haben, als sie waren«) – zwei Themen:

- die Frage nach den Befugnissen und Begrenzungen des ärztlichen Berufsstandes, die im konkreten Fall des Transplantationssystems durch die Regularien der Organvergabe begrenzt werden,
- und seine Selbstpositionierung als angehender Mediziner gegenüber »Laien«, für die diese Vorgänge »nicht immer ganz eingängig« seien, deren Fähigkeit als Wissende (»capacity as a knower«¹⁰⁰) er also in Frage stellt.

92 Für detailliertere Informationen vgl. z.B. Eurotransplant (o.A.): <https://www.eurotransplant.org/allocation/allocation-of-organs/>.

93 Vgl. u.a. Berndt 2017 und Jeske 2019.

94 BGH 2017.

95 Vgl. Hoven 2017: <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2017-07/transplantationsskandal-bundesgerichtshof-goettingen-organ/komplettansicht>

96 Ebd.

97 Ebd.

98 Ebd.

99 Vgl. beispielsweise Statista 2023: <https://web.archive.org/web/20230929110352/https://de.statista.com/statistik/daten/studie/226978/umfrage/anzahl-postmortaler-organspender-in-ausgewaehlten-laendern/> und Statista 2025a: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/70873/umfrage/anzahl-der-postmortalen-organspender-in-deutschland/>

100 Fricker 2007: 44.

Der Unterschied zwischen dem, »was wirklich passiert ist«, und dem, was von medizinischen Laien verstanden wird oder wurde und in den Fokus öffentlicher Kritik geriet, ist hier eine Frage des professionellen Wissens über die Probleme und den Alltag der medizinischen Praxis. Das Problem, so weiß Max nun, besteht nicht im von ihm geschilderten Akt der Selbstermächtigung des behandelnden Arztes, sondern vielmehr in den »aktuellen Richtlinien« der Organvergabe, die den Erhalt eines Organs erst ermöglichten, »wenn's eigentlich schon fast zu spät ist«. Max sieht sich im Folgenden also konfrontiert mit der Frage nach dem Berufsethos von Mediziner*innen.

»M: Das ist natürlich immer ne Frage, inwieweit darf man sich über die Regeln stellen oder zwischen die Regeln stellen, um dann irgendetwas zu bewirken, was man als Arzt vielleicht gut findet, das is ja auch 'n ewiges Thema in der Medizin: Das dürfen wir eigentlich nicht. Wie weit dürfen wir in die Zukunft schauen?«

Obwohl die Manipulation von Patient*innendaten eine willentliche Beeinflussung der Organvergabe darstellt, erkennt Max darin kein unethisches Verhalten. Was für andere eine Überschreitung ärztlicher Befugnisse sein mag, erscheint ihm vielmehr als Ausdruck einer zu engen Reglementierung medizinischen Handelns. Die eigentliche Problematik sieht er nicht in der Selbstermächtigung des behandelnden Arztes, sondern in den »aktuellen Richtlinien« der Organvergabe, die einen Eingriff oft erst dann erlaubten, »wenn's eigentlich schon fast zu spät ist«. Die öffentliche Kritik, auf die seine universitäre Veranstaltung offenkundig reagierte, erscheint ihm entsprechend fehlgeleitet.

»M: Aber tatsächlich wurde dann einfach, meiner Meinung nach, die Diskussion in der Gesellschaft falsch geführt beziehungsweise gar nicht so sehr in der Gesellschaft, sondern von der Politik und bei den Menschen, die das zu verantworten hatten, nämlich nicht: »Okay was könnten wir denn tun, weil wir jetzt vielleicht nicht mehr zu den Manipulationen kommt und wir einfach gewisse Grenzen verschieben?«, so, und dann wurde dann ja erstmal ein riesiger Aufschrei: Diese schrecklichen Ärzte!«

Die Problematik liegt für ihn also vor allem in den Regularien, die es nicht zulassen, die Potenziale medizinischer Praxis voll auszuschöpfen. Die Übertretungen, die hier geschehen sind, erscheinen ihm als unausweichliche Reaktion darauf. Die Ursachen für diese Reaktion gilt es zu beheben, statt die Manipulation von Patient*innendaten abzustrafen und damit ärztliche Entscheidungen infrage zu stellen. Max internalisiert also das, was Pfadenhauer als kollektives Ziel der Professionsmitglieder bezeichnet: Die Sorge um die Deutungsmacht der Medizin und die Hoheit über die Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen (damals für Max noch zukünftigen) Arbeitssituation.¹⁰¹ Die Abwehr von Außenkontrolle sowie die dahingehende Erziehung der nächsten Generation von Medizinstudierenden ist dabei nicht nur Teil einer Außenpolitik der medizinischen Profession,¹⁰² sondern gleichsam auch eine Art Innenpolitik, um Multiplikator*innen frühestmöglich zu sensibilisieren.

101 Pfadenhauer 2003: 56.

102 Vgl. ebd.: 57.

Auch im Fall von Viktoria finden sich solche »Kompetenz- und Kontrollansprüche der medizinischen Profession«.¹⁰³ Als ich sie nach den Organspendeskandalen frage, beruft auch sie sich auf die praktischen Realitäten des klinischen Alltags:¹⁰⁴

»V: Das ist häufig so – also wie soll ich sagen – also das ist für mich keine Überraschung. Das kann jeder verstehen, also jeder, der in Medizin arbeitet. Wenn man es nicht macht, dann kann man das Leben von den Patienten nicht retten [...] das ist so häufig, zum Beispiel, weil die Krankenkassen wieder Scheiße, wieder Sachen, Krankheiten schlechter bezahlen, werden häufig Patienten als kränker verkauft, oder muss man immer irgendwas kodieren. Es muss irgendetwas dastehen, so dass man Geld von den Krankenkassen kriegt, was eigentlich Blödsinn ist. [...] deswegen müssen die lügen und irgendwie so, solche Diagnose aufschreiben, die auf den Patienten nicht passen [...]. Korruption gibt überall – also, ob man es mit Organen, Häusern oder was macht, das ist, glaub ich, am Ende egal. Weil das ist nicht, dass man Organe klaut vom Menschen, das geht einfach darum, wer es kriegt[...] also es wird nicht so zum Spaß jemandem eine Lunge gegeben. Und okay, dann könnte man darüber reden, dass es keine Ahnung . (atmet aus), dass es ungerecht ist, aber die Welt ist nicht rosarot [...]. Für mich ist das kein großes Ding, weil ich @@ jeder würde es machen @@, weil das ist einfach Menschlichkeit ist, also ein menschlicher Fehler oder einfach ein menschlicher Gedanken, dass die gerne Patienten retten möchten [...].«

Viktoria führt ihre Gedanken weiter aus und erklärt, sie gehe nicht davon aus, dass Menschen zu einem gespendeten Organ gekommen seien, die es »nicht verdient« hätten. Zwar könne sie sich durchaus vorstellen, dass darüber gesprochen würde, ob »wichtige Personen diese Organe kriegen«, spricht sich zugleich jedoch dafür aus, solche Einstufungen unauffällig vorzunehmen (»wenn irgendwie Schauspieler und irgendwie Org-, also das wäre komisch und das wäre sowas, wo man sagt, es ist, wie soll ich sagen, das wäre *too much*«). Die Vorstellung, den Erhalt eines Organs monetär zu entlohnen, findet sie nur bedingt problematisch: »[...] aber am Ende sag ich, dass der Patient eigentlich sein Organ braucht. Und Medizin wird niemals gleichberechtigt sein.«

Ähnlich wie Max versteht auch Viktoria die Zustimmung zur Organspende als eine Frage medizinischen Fachwissens – für Laien nur begrenzt zugänglich, im Sinne von Aufklärung und Gesundheitskommunikation jedoch vermittelbar: »[...] von der medizinischen Seite – das wäre das Sinnvollste –, dass man eben darüber auch Unterricht machen würde, mehr davon, weil das nicht so schlimm ist, wie die Leute es sich vorstellen.« Auch sie hat klare Vorstellungen davon, wie Spender*innen gewonnen werden sollten: Sie spricht sich für die Widerspruchslösung aus. Jeder Mensch, so fordert sie »müsste eine Karte haben«, so, »dass man nicht die Angehörigen oder irgendjemand fragen muss, sondern es wäre einfach eine Selbstverständlichkeit«. Diese Einsicht habe sie, das betont sie, durch ihre Ausbildung und ihre Arbeit gewonnen (»das kommt davon, dass

103 Ebd.: 58.

104 Viktorias Erzählungen sind sehr wortreich und enthalten viele Wiederholungen, weshalb an mehreren Stellen Auslassungen vorgenommen wurden.

ich Mediziner bin und ich sehe, was hier los ist«).¹⁰⁵ Organspende ist demnach eine Frage nicht nur des Wissens im Sinne eines medizinischen Vorwissens, sondern auch eines Einblicks in den Alltag der medizinischen Praxis und ihrer Erfordernisse. Auf die Frage, was sie unentschlossenen Freund*innen raten würde, antwortet Viktoria:

»V: Au (betont), ich würde so gerne höre-, erzählen, warum es gut ist. [...]vielleicht haben sie Fragen und möchten noch etwas, dann kann ich einfach erzählen, [...] also die meisten von meinen Freunden würden »Ja« sagen zu Organspende, weil das sind fast alles Ärzte. So vernünftige Menschen, die, glaub ich, sind Organspender.«

Das Wissen um Organspende und das Befürworten ist für sie also auch rollenspezifischer, berufsbedingter Wissensbestand.¹⁰⁶

Zuletzt soll an dieser Stelle noch Theo einen Platz auf der diskursiven Bühne dieses Kapitels erhalten. Als Mitarbeiter des Transplantationssystems beschreibt er noch expliziter, wie seine positive Haltung zur Organspende auch das Ergebnis eines beruflichen Sozialisationsprozesses ist:

»I: Wie ham Sie sich denn entschieden?

T: Ich bin da reingewachsen.

I: Mhm.

T: Ich bin mit 18 Jahren da reingewachsen.

I: Mit 18?

T: Ja, ich sag ja, ich mach das über einem Vierteljahrhundert.«

Er versteht sich als Naturwissenschaftler und in diesem Sinne als Person, die Klarheit möchte und einer Unentschlossenheit gegenüber Organspende (zunächst) mit Unverständnis begegnet:

»T: Dieses Andere, dieses Wischiwaschi....das...Soziologie. O.k. Is ne andere Sache. Aber ich bin Naturwissenschaftler. Also durch und durch. Und für mich zählen die Fakten. Ich kann also mit diesem Nebulösen, kann ich wenig anfangen.«

Einer klaren Haltung zur Organspende ein (möglicherweise auch körperlich spürbares) Unwohlsein und Ambivalenzen entgegenzustellen,¹⁰⁷ leuchtet ihm nicht ein. Er hält dagegen, dass man nicht mit oder wegen seines Körpers entschiede, sondern das »Gehirn« sagen würde »das ist nicht gut«. Man würde entscheiden auf Basis von Informationen. Auch er fordert eine Widerspruchslösung (»Ja, das wäre eigentlich das Beste. Wenn wir ne Gesetzgebung hätten, die sagt, du musst dich klar bekennen. Dafür oder dagegen.«). Wie auch bei Viktoria gilt diese Forderung jedoch nicht für ihn selbst (»Ich habe Ihnen ja gesagt, ich steh im Moment ein bisschen – jetzt nehm' ich das gleiche Wort in den

105 Hierzu sei angemerkt, dass Viktoria sich zwar positiv für Organspende ausspricht und, wie in diesem Zitat deutlich wird, die »Menschen auf der Straße« zu klaren Stellungnahmen auffordert, selbst jedoch keinen Organspendeausweis besitzt.

106 Vgl. Pfadenhauer 2003: 57.

107 Vgl. auch Pfaller et al. 2018.

Mund – ambivalent dazu. Zur Organspende.«). Er selbst besitzt einen Ausweis, verfügt in diesem jedoch, dass eine angehörige Person die Entscheidung treffen bzw. übermitteln soll. Seine Ambivalenz liegt in einer beruflichen Erfahrung und auch Enttäuschung begründet:

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

Diese Begründung, also eine systematische Kritik, würde er auch bei anderen gelten lassen, wobei an dieser Stelle ebenfalls festgehalten werden muss, dass eine solche Einschätzung der Vorgänge in der Regel nur Personen möglich ist, die beruflich oder institutionell mit Transplantationsfragen befasst sind. Offen bleibt auch ob und in welchem Umfang diese Einschätzung von Kolleg*innen geteilt wird.

Max, Viktoria und Theo teilen eine wichtige Gemeinsamkeit: Sie verstehen sich als Professionelle und damit nicht oder nur bedingt als Adressat*innen öffentlicher Aufklärung und damit einhergehender Maßnahmen. Sie treffen klare Unterscheidungen zwischen sich selbst als Wissenden und Verstehenden und nicht-medizinisch ausgebildeten potenziellen Spender*innen. Als Angehörige des medizinischen Systems stellen sie Forderungen an Andere (etwa, sich klar zu entscheiden, einen Organspendeausweis zu besitzen, ein bestimmtes Körperbild zu vertreten, medizinische Entscheidungen nicht in Frage zu stellen etc.), die – wie oben an einigen Stellen bereits deutlich wurde – nicht im gleichen Maße für sie selbst gelten.

Der individuelle Zugang zu Organspende als informierter Entscheidung ist in diesem Sinne weniger ein Ergebnis des Konsums bereitgestellter Informationen und deren Internalisierung als Wissen, sondern vielmehr ein komplexes Zusammenspiel von Sozialisationsprozessen und Gruppen- bzw. Professionszugehörigkeiten und somit auch eine Frage der Anerkennung von Wissen und Akteur*innen, die es hervorbringen. Organspende zu befürworten und den Hirntod als Todeskriterium anzuerkennen, wird in diesen empirischen Beispielen auch als Teil eines professionellen Identitätskonzepts verstanden.

7.4 David, Ilona und das Problem des Hirntods

Die Fälle David und Ilona stammen aus dem Sample der Organspendekritiker*innen. Wie sich im weiteren Verlauf zeigen wird, ergeben sich hier interessante Verbindungslinien zu den Fällen Viktoria, Theo und Max, denn David und Ilona haben erfahren, wie

alternative Expertisen in der monopolartigen Professionspolitik der Medizin¹⁰⁸ nicht auf fruchtbaren Boden fallen. Beginnen wir mit David:

Seine Geschichte rankt sich, gespickt mit konspirologischen Andeutungen,¹⁰⁹ Fragen der Anerkennung und Wissenskonflikte rund um den (Hirn)Tod. Angefangen mit seiner pflegerischen Ausbildung in den 1980er/90er Jahren beobachtet er Veränderungen im innerbetrieblichen und auch öffentlichen Umgang mit dem Hirnfunktionsausfall von Patient*innen (»Also Hirntod gab's gar nicht. Es wurde über Tote und Sterbende gesprochen, den Umgang damit. Aber dass es so was wie den Hirntod gab, null Thema.«). Als prägend beschreibt er zudem das mediale Ereignis des »Erlanger Babys«:¹¹⁰

»D: Mit diesem Erlanger Baby. Und das ging total durch die Presse. Und das war in den Medien drin und Talkshows und da hatte ich immer schon gesagt: »als ob das jetzt das Einfachste von der Welt wäre, die Leute zu pflegen«. Und mir ist aufgefallen, dass im Fernsehen keine Pflegekräfte auftauchen.«

Die Anerkennung von Pflegekräften und möglichen psychischen Belastungen erweist sich schnell als wichtiger biografischer Eckpunkt seiner Erzählung. Er studiert Psychologie und schließt sein Studium mit einer Arbeit über die Pflege hirntoter Patient*innen ab:

»D: Und das, fand ich, ist so ein interessantes Thema, wenn's eine Belastung ist, eine psychische natürlich, weil ich ja Psychologie studiert habe, dann rauszuarbeiten, was ist die Belastung und wie gehen die damit um? Und da eben Theorie drauf anwenden.«

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik soll seine Intuition nun auf eine fundierte Basis stellen. David beginnt, aktiv zu werden, Vorträge zu halten und sich zunehmend für organspendekritische Beiträge zu interessieren:

108 Vgl. Pfadenhauer 2003: 58.

109 Abgeleitet von Kim Claude Meyers Konzept des *konspirologischen Denkens* verwende ich hier den Begriff der *konspirologischen Andeutung*. Meyer beschreibt die Sozialfigur des Verschwörungstheoretikers (im generischen Maskulinum), der »verheimlichte Übereinkünfte, Koalitionen und Komplote [...] in seiner sozialen Umwelt vermutet. Er traut der Geschichte nicht: der Geschichte, die ihm seine Nachbarn und Arbeitskollegen erzählen; der Geschichte, die er im Radio hört; der Geschichte, die er in den Zeitungen und Geschichtsbüchern liest.« (vgl. Meyer 2014: 200). David und Ilona sind nun nicht die »klassischen« Konspirolog*innen, die Meyer in seinem Aufsatz beschreibt, doch sind ihre Geschichten von voll Andeutungen, die deutlich erkennen lassen, dass sie an den »offiziellen« Organspende-Narrativen zweifeln und vielschichtigere Beweggründe hinter dem Hirntodkonzept und den Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit vermuten.

110 1992 verunglückte Marion P. bei einem Autounfall. Im Zuge der intensivmedizinischen Versorgung wurden nicht nur schwere Hirnverletzungen, sondern auch eine intakte Schwangerschaft (14. Woche) festgestellt. Nach Beratung eines *Adhoc*-Gremiums wurde entschieden, die intensivmedizinischen Maßnahmen zur Erhaltung der bestehenden Schwangerschaft aufrechtzuerhalten; die Öffentlichkeit wurde regelmäßig über die Vorgänge informiert. Nach wenigen Wochen kam es jedoch zu einem Spontanabort, woraufhin alle medizinischen Maßnahmen eingestellt wurden. Der Fall erregte große mediale Aufmerksamkeit (vgl. hierzu Leven et al. 2018).

»D: Eine Pflegezeitschrift »Dr. med. Mabuse«, da war das so drin, stand halt so eine Werbung, und dann habe ich mir das bestellt. Und da waren ja so ganz kritische Sachen zum Thema Organspende drin. Aus'm Ärzteblatt Texte, die ich, das hatte ich gar nicht gelesen bis dahin und ich habe immer mehr angefangen zu zweifeln daran, dass die hirntot sind. Dann hatte ich Kontakt zu einer Frau, [anonymisiert: Name], vom [anonymisiert: Vereinsame]. Und da haben wir uns ausgetauscht am Telefon und irgendwann kam das dann zu diesen Anhörungen vom Gesundheitsausschuss zum Transplantationsgesetz, '95, '96 war das. Und da wird man von den Parteien eingeladen. Und dann kriegte ich hier einen Anruf: »Mensch, wir haben gehört-«... Ich habe einen Vortrag gehalten gehabt.«

Von seinen öffentlichen Auftritten berichtet er vor allem als Erfahrung des Ausschlusses und des *Silencing*.¹¹¹ So schildert er eine Vortragssituation wie folgt:

»D: Diese Frau ging dann ans Mikro und meinte: »Mensch, damit wir mal sehen, wer nicht mehr leben würde, wenn diese Technologie nicht gibt, bittet sie mal alle aufzustehen, die transplantiert sind. Und über die Hälfte des Saals stand auf. Und ich saß dann da. Also: »Danke. Herr M, das Wort.« [...] Das war grauslig das Ganze. Und ich habe meinen Vortrag da weiter gehalten. So, und dann war das so geplant, Dreiviertelstunde wurde ich dann da beschimpft. Es gab viele Briefe danach, Leute, die, die sich entschuldigt haben bei mir, dass sie mir nicht beistehen konnten. Aber das war so aggressiv, die ganze Atmosphäre, auch der Moderator, der war völlig hilflos. Der hat gar nicht eingegriffen. [...] der Vortrag wurde als Goebbels'sche Propaganda bezeichnet von einem Arzt.«

Der Gegenwind, den David erfährt, bremst ihn nicht aus: Im Gegenteil – das Thema »Hirntod« wird für ihn lebensbestimmend. Er beginnt, immer mehr Material zu sammeln (»ich habe, ich habe da oben auf dem Boden zehn Kartons voll mit Aktenordnern, was ich alles gesammelt habe«) und erfährt letztlich auch Konsequenzen im beruflichen Umfeld (»Und sie müssen Argumente gehabt haben, dass die mich nicht mehr unterrichten lassen dürfen«). In David manifestieren sich Zweifel an den »offiziellen« Erzählungen, am Konzept des Hirntodes als naturwissenschaftlich begründeter Setzung:

»D: Also wenn man eine Leiche vor sich hat, ich denke, da wird kein Mensch Zweifel haben. Ich bin ich fest von überzeugt, dass man das spürt, dass das jetzt wirklich ein Toter ist. So wie die, glaube ich, die meisten Leute sich einen Toten vorstellen. Und dass diese Hirntoten, das war ein Wort. Die sind jetzt hirntot. Aber die sind ja so gut wie gar nicht hirntot. Also die funktionieren ja noch, die Körper. Müssen sie ja auch. Und ich habe mir da keine Gedanken gemacht. Das ist etwas, was erst später anfang und was auch ein Problem wurde. Weil in dem Moment, wo von außen neue Infos kommen und ich letztendlich angefangen habe, drüber nachzudenken: kann das falsch sein?«

Als die Erfahrungen des Ausschlusses bei ihm und anderen Kritiker*innen, mit denen er in Kontakt kommt, sich schließlich häufen, wächst auch sein Misstrauen gegenüber

111 Vgl. Fricker 2007.

den Medien; er wird anderweitig aktiv und möchte von nun an selbst über das Thema informieren:

»D: Und so was kenne ich einfach zuhauf, und daraus ist mal die Idee entstanden, wir können auch selber Filme machen und wenn Fernsehen anruft, sagen wir einfach ab. Dann sollen sie einfach ihre Pro-Organspende-Geschichten machen. Und wir bringen das einfach ins Netz. Und dann haben wir mal einen Film über die [anonymisiert: Name einer Organspendekritikerin] gemacht.«

In Davids Geschichte laufen mehrere Motive zusammen, die nicht ausschließlich mit Organspende zusammenhängen, sondern auch auf Anerkennungskonflikte um pflegerische Berufe verweisen: Unter anderem konfligiert in diesem Zusammenhang ein »praktisches« Wissen (das sich aus der täglichen Nähe zu und Interaktion mit Patient*innen speist) mit einem »theoretischen« Wissen, das in seiner Lesart die Patient*innen aus den Augen verliert. Die Differenz zwischen diesen Wissensformen findet für David zu wenig Niederschlag in sowohl den praktischen Entscheidungsleitlinien des Krankenhausalltags als auch in der öffentlichen Informationspolitik. Die daraus entstehenden Herausforderungen für Personal und Angehörige werden entsprechend weder ausreichend abgebildet noch ernstgenommen. David erfährt hier folglich eine Form testimonialer Ungerechtigkeit,¹¹² die er durch eine Vielzahl von Aktivitäten auszugleichen versucht.

Die von ihm vertretene *No-killing position*¹¹³ (»dann ist man klar Teil eines Systems, was Sterbende aktiv tötet sozusagen«) ist demnach nicht nur eng verbunden mit dezidiert Kritik an der öffentlichen Organspendekommunikation, die er als unzureichend, mithin sogar verschleiern empfindet. Sie markiert zugleich auch eine Art »Entsagen«, eine Abwendung von einem System medizinischer Praxis, in dem David sich (sowohl beruflich als auch moralisch) nicht gut aufgehoben fühlt. Diesem System diagnostiziert er einen sozialpsychologischen Mechanismus, den er mit der historischen Aufarbeitung der Gräueltaten des Nationalsozialismus vergleicht:

»D: er [einer seiner Interviewpartner im Zuge der Abschlussarbeit] macht das auf Anweisung, wie im Dritten Reich [...] Und da kommt man ja nicht drum rum, sich Gedanken zu machen, was ist denn mein Job? Nur, weil ich woanders war und nicht der war mit der Klemme, sondern ich habe die ja auch zurechtgemacht und dann sind sie ins, in die Uniklinik [anonymisiert: Stadt] gefahren worden. Da bin ich ja auch beteiligt. Ich war Teil eines Systems. [...] Man müsste sich damit auseinandersetzen, ja, dann ist doch die Organentnahme eine aktive Tötung. Und das darf man ja nicht. Das ist ja ein Verbot. Tabu [...].«

112 Vgl. Fricker 2007.

113 Pfaller et al. 2018.

Exkurs über die Metapher des Dritten Reichs

Der Vergleich mit den Verbrechen des Nationalsozialismus erscheint in Davids Erzählung zweimal:

1. In seiner Erzählung über die aus dem Ruder laufende Vortragssituation vor einem Publikum, das sich zu großen Teilen aus transplantierten Mitgliedern eines Patient*innenverbandes zusammensetzt und 2) In seiner Auseinandersetzung mit Organspende, die durch Erzählungen von Klinikmitarbeiter*innen eine neue Richtung erhält.

Paradoxerweise scheint die gleiche Metapher von zwei antagonistischen Seiten zu kommen: einmal von Menschen, die selbst vom System der Organspende profitieren und sich daher positiv gegenüber der Organspende positionieren und dies auch von anderen einfordern. Und auf der anderen Seite von Menschen, die kritisch über ihre Erfahrungen mit Organspende berichten. Um diese zunächst vielleicht unangebracht erscheinenden Vergleiche als rhetorische Strategien besser zu verstehen, lohnt es sich, sie mit dem Metaphernverständnis von Rudolphe Schmitt in den Blick zu nehmen.¹¹⁴ Zunächst können wir zwar den Quellbereich¹¹⁵ »Drittes Reich/Nationalsozialismus« als Gemeinsamkeit erkennen, doch unterscheiden sich die Zielbereiche: was soll hier beschrieben werden? Als David nach seinem Vortrag mit dem Vorwurf der Goebbels'schen Propaganda konfrontiert wird, sind es seine kritischen Aussagen, die mit manipulativer politischer Kommunikation verglichen werden. In Davids Schilderung von Transplantationsabläufen ist es der Vorgang der Transplantation, der mit den Tötungen in Konzentrationslagern und Euthanasie gleichgesetzt wird.

Der Sprach- und Kommunikationswissenschaftler Frederik Weinert charakterisiert »Nazi- und Juden-Vergleiche [...] [als] ein taktisches Mittel in der politischen Sprache«,¹¹⁶ mit der Absicht, »den politischen Gegner zu diffamieren.«¹¹⁷ So konstatiert auch Norbert Seitz: »Der Holocaust wird international längst als Metapher für das absolut Böse verwandt.«¹¹⁸

Der Quellbereich »Drittes Reich« stellt eine Reihe von Bildern zur Verfügung, die gerne auch im Diskurs um medizinische Praktiken verschiedenster Art Verwendung finden: so beispielsweise die in der Corona-Krise immer wieder von Kritiker*innen genutzten Vergleiche gesundheitspolitischer Maßnahmen mit der Stigmatisierung von »Juden im Dritten Reich« oder der medial viral gewordene Beitrag von »Jana aus Kassel«, die sich als Kritikerin der Gesundheitsmaßnahmen mit Sophie Scholl gleichstellte.¹¹⁹ Beispiele für die Verwendung der Holocaust-Metapher finden sich zudem auf Webseiten und Publikationen so genannter »Lebensschützer«, die ihrer tiefen Abneigung gegen die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs mit dem Neologismus »Babycaust« ein Label geben.¹²⁰ Die Holocaust-Metapher, die auch David verwendet, ist dabei natürlich weniger in ihrer historisch-faktischen Akkuratheit als Vergleich, sondern vielmehr auf sozialpsychologischer Ebene als kulturell geformtes Bild des (von staatlicher Seite gebilligten) menschlich Unvorstellbaren zu verstehen. Eine vergleichbare Deutung begegnet uns auch bei dem Interviewten Henning.

Deutsche Vergangenheitsbewältigung und Medizin in ihren (bio)politischen Dimensionen sowie der Diskurs um ihre Befugnisse und Grenzen scheinen bis heute eng

miteinander verwoben. So gebrauchte zuletzt die grüne Politikerin Annalena Baerbock in der Bundestagsdebatte um die Einführung der Widerspruchslösung zur Rekrutierung von Organspender*innen Anfang 2020 in ihrem Redebreitrag den Verweis auf die deutsche Vergangenheit: »Der dritte Punkt – darauf werden Kollegen aus unserer Gruppe noch eingehen – ist unser Grundgesetz, und das gilt nun einmal nicht in anderen europäischen Ländern. Die haben ihre eigene Geschichte. Die haben ihre eigene Verfassungsgeschichte. Unsere Verfassungsgeschichte schreibt in Artikel 1 und 2 zu Recht die aus unserer Geschichte hervorgegangene besondere Verantwortung in unser Grundgesetz. Da gilt es, das Selbstbestimmungsrecht eines jeden Einzelnen zu respektieren, meine sehr verehrten Damen und Herren.«¹²¹ Der Verweis auf die politische und medizinhistorische und kriegsverbrecherische Vergangenheit Deutschlands dient hier der Argumentation gegen eine Widerspruchslösung.

David versteht sich vor diesem Hintergrund als Aufklärer: Er hält Vorträge, produziert Filme, kritisiert Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und betreibt eine eigene Homepage (»Ich wollte was Anderes ins Netz stellen. Also Dinge, die man nicht so einfach lesen kann«). Er wählt folglich die *voice*-Strategie¹²² und versteht seine Arbeit als Gegengewicht zu einer öffentlichen Kommunikation, die er als »einseitig« kritisiert: »Wenn die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sich entscheidet, die Gegenargumente online zu stellen, dann ist meine Seite überflüssig.« Was er hier als Gegenargument bezeichnet, definiert sich vor allem aus der Kommunikation über das Todeskriterium des Hirnfunktionsausfalls.

»D: Und wenn ich eine Beratungsstelle machen würde, würde ich es ganz psychologisch machen und würde fragen: »Wie denken Sie denn? Sind Sie«, was weiß ich, »Anthroposoph? Sind sie Katholik? Protestant?« Oder was auch immer. Und dann würde ich mir aus diesen Richtungen nicht nur die eine Haltung suchen, sondern da gibt's ja immer auch diverse Haltungen in allen Richtungen. Und die müssten diese Menschen kriegen. Und dann müssten sie eine eigene Meinung sich draus bilden. Dann fände ich's eigentlich in Ordnung. Dann wüssten sie auch, was sie tun. Die meisten wissen überhaupt nicht, was Hirntod ist oder ein Hirntoter. Ich habe Liveaufnahmen von Hirntoten.

114 Vgl. Schmitt 2017 und in dieser Arbeit Kapitel 9.

115 Quellbereich bezeichnet den Bereich, aus dem eine Metapher stammt, der Zielbereich bezeichnet das Phänomen, das sie verbildlichen soll. So wäre der Quellbereich für die Metapher »einen gemeinsamen Lebensweg zu gehen« die Fortbewegung, der Zielbereich die soziale Beziehung.

116 Weinert 2018: 130.

117 Ebd.: 271.

118 Seitz 2002.

119 Vgl. Burghardt 2020.

120 Vgl. beispielsweise »babycast.de«. Eine weiterführende kulturwissenschaftliche Aufarbeitung der Diskurse um Schwangerschaftsabbrüche findet sich u.a. bei Sanders et al. 2018 und Achtelik 2015.

121 Deutscher Bundestag 2020: 17435.

122 Vgl. Nowotny 2004: 181.

Das sieht ja kaum einer. Aber wenn man das mal einem Menschen zeigt, dann fangen sie schon an nachzudenken, wieso diese Menschen eigentlich tot sein sollen.«

Hier liegt für ihn der wesentlichste Beweis für eine unausgewogene Informationspolitik, der er die Absicht der Verschleierung unterstellt. Ein ähnliches Bild zeichnet die ehemalige Pflegekraft Ilona. Auch sie formuliert ihre Organspende-Kritik vor allem als Zweifel am Tod hirntoter Patient*innen und an der unzureichenden Aufklärung:

»D: Das ist ja mein Hauptkritikpunkt. Wenn man eine Aufklärung betreiben würde, die diesen Namen auch verdient, dann könnte sich wirklich jeder im Bewusstsein vollen Risikos richtig echt dafür oder dagegen entscheiden. Aber das passiert ja nicht, hier wird ja nur die positive Seite herausgestellt und alles, was an negativen oder an, an Risiken damit zusammenhängt, das wird einfach totgeschwiegen.«

Ein zentraler Aspekt der Erzählungen – und zugleich eine weitere Gemeinsamkeit zwischen David und Ilona – ist die bereits erwähnte Frage nach der Anerkennung von Pflegekräften, die immer wieder – zumindest implizit – thematisiert wird.

Ilonas Kritik begründet sich aus Erfahrungen aus ihrer pflegerischen Tätigkeit auf der Intensivstation, in der ihre Intuition gegenüber Patient*innen häufig den Einschätzungen des ärztlichen Personals widersprach (»Man glaubt ja, auch als medizinisches Personal, wird man ja so gebrieft im Endeffekt, dass der Hirntod der Tod des Menschen ist. Und ich habe einfach gesehen, dass das nicht stimmt.«). Die Anerkennung des Todeskriteriums ›irreversibler Hirnfunktionsausfall‹ ist damit eine Art Glaubens- bzw. Bekenntnisfrage, die sie negativ beantwortet. Ausführlich berichtet sie von körperlichen Reaktionen hirntoter Patient*innen, die für sie nicht mit dem Konzept des Todes im Sinne eines leblosen Körpers vereinbar sind. Sie »sieht«, »spürt« und »versteht« etwas, das die medizinische Wissenschaft ihr nicht glaubwürdig zu erklären vermag: »Das sind so Phänomene, mit denen hat man schwerste Probleme«, berichtet sie. »Aber Sie können es nicht erklären, weil die Medizin sagt, das geht nicht«. ›Die Medizin‹ wird von ihr als Autorität des Wissens um den Körper angezweifelt, zugleich wirft sie anderen vor, sich dieser Autorität zu beugen, ohne sie zu hinterfragen. Die Pfleger*innen, so argumentiert sie, seien oft viel intensiver mit den Patient*innen befasst als die Ärzt*innen auf Station, in den Hierarchien des Krankenhauses erfährt sie jedoch mehrfach, wie eben diese Intuition nicht ernst genommen wird – eine Verletzung, die auch bei David zwischen den Zeilen zu lesen ist.

Die von beiden angestoßene Debatte um die Frage der Organspende entspinnt sich damit auch als Diskurs um berufliche Anerkennung und Zweifel an der medizinischen Deutungshoheit über den Tod des Menschen. Zugleich lässt sich beobachten, wie Zweifel dieser Art umgekehrt als Qualifikationsfrage behandelt und Zweifelende ›mangels Qualifikation‹ disqualifiziert werden. David und Ilona geraten damit in die unbequeme Position einer kognitiven Minderheit, deren Wissen von einer Mehrheit nicht gehört und anerkannt wird. Ein weiteres Beispiel für einen solchen diskursiven Ausschluss ließ sich

am Ende der Talksendung Anne Will vom 09.09.2018 beobachten.¹²³ Ein Bedürfnis nach körperlicher Integrität, die auch über den Tod hinaus besteht, bezeichnet die Teilnehmerin Anita Wolf in der Sendung *als* »mittelalterliches Denken«. Als die Soziologin und frühere Pflegekraft Alexandra Manzei sich kritisch zu Wort meldet,¹²⁴ möchte die Moderation folgendes »klären«:

»Frau Manzei, Sie bezweifeln, dass wenn jemand hirntot ist, dass er dann tot ist«. Als die Adressierte einwendet, dass es Studien gäbe, die dies bezweifeln besteht die Moderation darauf, die Soziologin nicht als Wissenschaftlerin befragen zu wollen und wischt den Verweis auf wissenschaftliche Untersuchungen beiseite, um die Disputantin als Privatperson befragen: »Ne, es geht mir um Sie, ich möchte nicht immer nur Studien hören.« Als diese sich daraufhin zu der Aussage hinreißen lässt, bei hirntoten Patient*innen handele es sich keineswegs um tote, sondern um sterbende Menschen, hält Will ihr entgegen, mit dieser Ansicht sei sie »ziemlich alleine«. Manzeis Versuche einer Argumentation werden im darauffolgenden Diskussionsverlauf nicht nur unter- bzw. abgebrochen, sondern auch als »Binsenweisheit« (durch Karl Lauterbach) und »Quatsch« (durch Eckhart von Hirschhausen) bezeichnet. »Wir Ärzte«, so positioniert sich Lauterbach und weist sie in die Schranken, um nachfolgend das Konzept des Hirntodes zu erklären. »Bei allem Respekt... was Sie gesehen haben«,¹²⁵ fährt er fort, »aber wir Ärzte, sage ich Ihnen (*zustimmendes Lachen von Hirschhausen*) betrachten den hirntoten Menschen als tot«.

Deutlich wird in der Dynamik vor allem die Bemühung, die kritischen Bemerkungen Manzeis, wie Lauterbach betont, so nicht »stehen zu lassen« und damit nicht zuletzt eben jene Ausschlusspraxis, die David und Ilona einer stark schlagseitig geführten öffentlichen Debatte um Organspende unterstellen, eindrucksvoll umgesetzt. Der IHA als Kriterium für den Tod des Menschen, der in diesem Fall nur über neurologische Testverfahren erfahrbar und damit konkret nur einem sehr kleinen Kreis entsprechend ausgebildeter Menschen zugänglich ist, erweist sich in der öffentlichen Debatte notgedrungen weniger als Frage des Wissens, sondern vielmehr als eine Frage des Glaubens und damit auch eine Frage des Vertrauens in jene Instanzen, die den IHA als Ende des Lebens (mit all seinen Konsequenzen) definieren. Wer diese Glaubensfrage nicht positiv beantwortet wird, wie wir in den vorangegangenen Beispielen sehen konnten, Teil einer kognitiven Minderheit und gerät gegebenenfalls auch unter Druck.

123 Abrufbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=L8X7MpTjInM>. Die Zitate im Text wurden wörtlich transkribiert.

124 Vgl. zu Manzeis soziologischer Perspektive auch Kapitel 2.

125 Lauterbach bezieht sich hier auf Manzeis Aussage, sie haben selbst als Pflegekraft auf Intensivstationen hirntote Patient*innen betreut und im Zuge dieser Tätigkeit Zweifel an deren Tod entwickelt.

Exkurs: Hirntod-Diskurs und die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats

Im öffentlichen Diskurs entfachen Konflikte bis heute immer wieder um die Frage, ob die spendende Person zum Zeitpunkt der Organentnahme »wirklich« tot ist.¹²⁶ Der irreversible Hirnfunktionsausfall oder Hirntod, wie er 1968 in einem Report des *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*¹²⁷ als »irreversible coma« und »new criterion for death«¹²⁸ genannt wurde, blieb nicht lange ein medizinimmanentes Problem. Intensiv entflammte die öffentliche Debatte in Deutschland allerdings erst 30 Jahre später, in den 1990er Jahren unter anderem im Zusammenhang mit dem Fall des Erlanger Babys.¹²⁹ Obgleich es hier nicht um die Transplantation von Organen ging, sondern um den Erhalt von Vitalfunktionen einer hirntoten Schwangeren, um das ungeborene Kind zu retten, wird an diesem Beispiel deutlich, wie sehr dieser spezifische Umgang mit Körpern in diesem tragischen Fall emotional aufgeladen ist und das Potenzial kollektiver Empörung birgt.¹³⁰

Zugleich kann der Fall, wie Karl-Heinz Leven betont, auch als »historisches Lehrstück«¹³¹ für die Medizin verstanden werden, das sich bis heute auf »den Umgang mit problematischen Grenzfällen und dem Krisenmanagement gegenüber einer medialen Öffentlichkeit«¹³² auswirkt. Die Neudefinition eines so grundlegenden Eckdatums wie dem Ende des Lebens wirft fast automatisch Legitimationsfragen auf, die 2015 auch vom Deutschen Ethikrat in den Blick genommen wurden.

In der oben erwähnten Fernsehdiskussion versucht Manzei unter anderem diese Stellungnahme des Rats mit dem Titel »Hirntod und Entscheidung zur Organspende« als Argument dafür anzubringen, dass auch unter Expert*innen Uneinigkeit herrsche. Doch welche Punkte erwiesen sich als strittig für das Komitee?

Als der IHA als Todeskriterium und sein Verhältnis zur Organtransplantation geprüft wurden, ergab sich fast einmalig in der Historie dieser Institution ein Minderheitenvotum. Uneinigkeit herrschte dabei bezüglich des IHA als hinreichendem Todeskriterium und in diesem Zusammenhang der *Dead-Donor-Rule* bzw. der Zeitspanne, ab der das menschliche Gehirn gesichert als abgestorben gelten kann.¹³³ Unstrittig blieb die Möglichkeit der Feststellung des Hirnfunktionsausfalls *per se*, strittig blieben Fragen über die Konsequenz dieses Ausfalls für den ontologischen Status des Körpers als Organismus. Eine Minderheit der Diskutand*innen wollte diesen als eine Art Zwischenstatus beschreiben, der sich verfassungsrechtlich jedoch als nicht durchsetzbar erwies, denn: »Wer es für erlaubt hält, Hirntoten lebensnotwendige Organe zu entnehmen, hat gute Gründe, es zugleich für erlaubt zu halten, sie für tot zu erklären. Denn was er im Hinblick auf jene Grundnorm mit akzeptablen Gründen keinesfalls für erlaubt halten kann, ist, sie durch diese Entnahme zu töten.«¹³⁴

Eine Person, die nicht für tot erklärt ist, müsse zwangsläufig als Lebende behandelt werden, was die Entnahme lebenswichtiger Organe zum Zwecke der Behandlung anderer ausschliesse, da diese einer Tötung gleichkäme. Selbst wenn die Zustimmung zu einer solchen Tötung unter bestimmten Bedingungen durch Erwachsene zu Lebzeiten (ähnlich wie ein Verfahren der Sterbehilfe) denkbar wäre, könnte dieses nicht auf Minderjährige angewandt werden. Letzteres hätte weitreichende Konsequenzen für die Mög-

lichkeit, Kinder mit Spender*innen-Organen zu therapieren. Die *Dead-Donor-Rule*, also die Notwendigkeit, potenzielle Spender*innen vor der Entnahme von Organen für tot zu erklären, könne somit nicht ohne Weiteres aufgegeben werden.¹³⁵

Dass Tod und der Hirntod von Angehörigen in der Praxis und lebensweltlichen Erfahrbarkeit sehr unterschiedliche Konzepte sind, die nicht auf die gleiche Weise sozial robust geworden sind, zeigt sich in zahlreichen Beispielen.¹³⁶ So schreibt etwa eine Twitter-Nutzerin über den Tod ihres Sohnes:

»One year ago tonight at XX pm the police came to my door to tell me my XXest son was critical after a car accident. (*zwei rote gebrochene Herz-Emojis*) At XX on XXth August he was declared dead **after** donating heart, liver, kidneys, skin and everything else that was viable. (*13 rote, gebrochene Herz-Emojis*)«¹³⁷

In dieser Erzählung wäre der Spender folglich durch die Entnahme seiner Organe zu Tode gekommen, was in keinem der transplantierenden Länder eine rechtliche Grundlage hätte. Naheliegend ist vielmehr, dass die intuitive Wahrnehmung der Mutter über den Todeszeitpunkt ihres Sohnes hier die Feder führt und dieser für sie eben nicht *vor*, sondern *nach* dem Eingriff liegt.

Ähnlich erging es im November 2022 der Berliner Polizei, die über den Tod einer verunfallten Radfahrerin berichtete und sich kurz darauf korrigierte:

126 Vgl. hierzu auch Feuerstein 1995: 179–201.

127 Vgl. Beecher et al. 1968.

128 Vgl. ebd.

129 Vgl. hierzu Leven et al. 2018: 439–451.

130 Vgl. ebd.: 439.

131 Ebd.: 451.

132 Ebd.: 451.

133 Vgl. Deutscher Ethikrat 2015: 71–117.

134 Ebd.: 107.

135 Vgl. ebd.: 71–117.

136 Die in diesem Abschnitt zitierten Tweets basieren auf fortlaufenden, aber nicht systematischen Beobachtungen organspenderelevanter Threads auf der Plattform X (vormals Twitter). Ausgangspunkt war zunächst eigentlich kein gezieltes Interesse an Missverständnissen rund um das Konzept des Hirntods. Vielmehr zeigten sich in den Tweets unterschiedliche Verständnisse davon, was unter Hirntod zu verstehen sei – ohne dass diese Deutungen zwangsläufig abwertend oder ablehnend gegenüber Organspende formuliert waren. Diese Funde führten mich jedoch zurück zu Passagen aus meinen frühen Interviews – etwa wenn Maria erzählt, sie habe sicherheitshalber auf dem Organspendeausweis vermerkt, eine Narkose zu wünschen, oder wenn Jonas vermutet, Organe würden direkt an der Unfallstelle entnommen.

137 Aus Datenschutzgründen und weil es sich offenkundig um eine Privatperson handelte, habe ich den Profilnamen ebenso wie das Datum der Transplantation hier anonymisiert. Die Hervorhebung stammt von mir.

Abbildung 18: Tweet »Berliner Polizei«, 3. November 2022



Bildquelle: <https://x.com/polizeiberlin/status/1588155071698706432>

Der Fortgang intensivmedizinischer Maßnahmen am Körper der Verstorbenen führte hier offenbar zu Missverständnissen und schließlich zu einer Rücknahme der Todesmitteilung. Die damit losgetretene Diskussion beenden die Administrator*innen des Twitter-Accounts der Berliner Polizei nicht mit einer erneuten Korrektur der Todesmeldung, sondern mit einem Verweis auf die Würde der Verstorbenen: »Die Diskussion über die rechtliche, medizinische oder philosophische Bedeutung des Wortes Hirntod ist sicher für die Angehörigen der Radfahrer*in nur schwer zu ertragen. Ihr Schicksal geriet ungewollt in die Öffentlichkeit. Bitte wahren Sie die Pietät.«¹³⁸

Auch im professionellen Transplantationskontext ist immer wieder ein leichtes »Stolpern« zu bemerken, wenn etwa *Hirntod* und *richtiger Tod* bei Vorträgen unterschieden werden oder Krankenhauspersonal während eines Workshops sich in eine lange Diskussion über den »richtigen« Todeszeitpunkt verstricken.¹³⁹ Dass die Todeszone, in der hirntote Patient*innen sich befinden, oft schwer einzuhegen ist, lässt sich nicht zuletzt auch an den zunehmenden Versuchen ablesen, den inzwischen als umgangssprachlich geltenden Begriff des Hirntods durch den komplexeren Begriff des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zu ersetzen. Gerade an dieser Schwelle des menschlichen Lebens zeigt sich,

138 Polizei Berlin auf Twitter 2020: <https://x.com/polizeiberlin/status/1588204881046900736>

139 Gedächtnisprotokoll, DSO-Kongress 2017, Workshop.

dass die Grenze zwischen Laien und Expert*innen mitunter fließend ist. Zweifel am Todeskriterium ›Hirntod‹ finden sich auch unter Mediziner*innen. So erläutert der interviewte Arzt Henning:

»H: Aber ist natürlich immer schon 'ne hochemotionale Angelegenheit, wenn man darüber sprechen muss, ob man einem anderen, ... ja, so, ... das ist ja keine Totspende, sondern einem anderen Menschen, also keine richtig Totspende, eine Hirntotspende, einem anderen lebendig erscheinenden Menschen Organe entnehmen darf und dann nachher ist der Patient eben tot.«

Der irreversible Hirnfunktionsausfall markiert ein Beispiel für Wissen, das epistemisch zwar als weitgehend stabilisiert gilt, sich in seiner sozialen Robustheit, kulturellen Einbettung und intuitiven Plausibilität aber immer wieder auch als fragil erweist.

7.5 Nun sag', wie hast du's mit der Organspende?

Wenn Gretchen Faust die Frage stellt, »Nun sag, wie hast du's mit der Religion?«, zielt sie auf mehr als eine Meinungsäußerung – vielmehr geht es um seine Haltung und darum, herauszufinden, ob der Mann, dem sie sich emotional annähert, eine ähnliche Weltanschauung teilt. Die Frage ist eine Art moralischer Prüfstein und verweist auf einen Wunsch nach Orientierung. In ähnlicher Weise kann auch die Frage nach der Bereitschaft zur Organspende eine Auseinandersetzung mit existenziellen Überzeugungen, persönlichen Wertvorstellungen und sozialer Verantwortung, aber auch ein Bekenntnis zu einer Technik einfordern, die für medizinische Laien nur bedingt greifbar ist.

Die praktischen Prozesse der Transplantation sind für die meisten, nicht beruflich mit Transplantation befassten Personen eine Art Blackbox. Transplantationen werden nicht öffentlich performiert, z.B. *live* im Fernsehen oder Internet übertragen, sie sind weder für Spender*innen noch für Empfänger*innen im eigentlichen Sinne erlebbar. Letzteres verdeutlicht David Wagner (2016), der in seinem Roman »Leben« die autobiografische Geschichte seiner Lebertransplantation erzählt. Den betreuenden Anästhesisten bezeichnet er in der Beschreibung seiner Erinnerung an die OP-Schleuse als »Zauberer, der mich gleich verschwinden lassen wird«. ¹⁴⁰ Einer nach einem medizinischen Lehrbuch zitierten Beschreibung einer Lebertransplantation folgen zwei weiße, zwei schwarze und zwei weiße, wortlose Seiten bevor der Roman in die Zeit nach dem Eingriff übergeht. ¹⁴¹ Die postmortale Transplantation oder, wie sie im medizinischen Fachjargon abgekürzt wird ›TX‹, ist eine Praxis, die vor allem vermittelt wahrgenommen wird – durch Kampagnen, Bilder, Geschichten, Reportagen oder Statistiken und wenig explizite Visualisierungen oder Problem Darstellungen. Entsprechend ist Organspende als Heilsbringerin für die meisten Menschen vor allem etwas, an das geglaubt und auf das vertraut werden muss.

¹⁴⁰ Wagner 2016: 118.

¹⁴¹ Vgl. ebd.: 120–126.

Zugleich subsummiert Organspende auch unter das, was Sarah Franklin¹⁴² mit Blick auf In Vitro-Fertilisation (IVF) als Technologien der Hoffnung (*technologies of hope*) bezeichnet: »IVF is described as a ›hope technology‹ because it is the hope it promises, as much if not even more than a ›successful‹ outcome, which leads it to be seen as a desirable option, even when it is expected to fail.«¹⁴³ Ähnlich wie die von Franklin beschriebenen Praktiken der künstlichen Befruchtung im Kampf gegen die Unfruchtbarkeit,¹⁴⁴ liefert auch die Praxis der Organspende keine absolute Sicherheit im Kampf gegen das terminale Organversagen, dafür aber Hoffnung auf ein Organ, das eine höhere Lebensqualität bietet und das Leben der Betroffenen verlängert. Sie bietet darüber hinaus eine Deutung des Todes, in dem sie diesem durch die ›Rettung‹ anderer Sinn verleiht.

Organspende als gesellschaftliche Praxis erfüllt damit auch ›klassische‹ Funktionen von Religion:¹⁴⁵ Sie gibt nicht nur Hoffnung, sondern stiftet auch Ideen von Gemeinschaft und Solidarität und verbindet dies mit Erklärungsmodellen über Leben und Tod, den Sinn des Lebens und sogar ein ›Leben danach‹. Sie schafft, mit Hitzler und Pfadenhauer gesprochen, etwas religiös Gemeinschaftliches beziehungsweise etwas gemeinschaftlich Religiöses.¹⁴⁶

Die Organspende-Community erinnert nicht nur an eine »religiöse Szene«,¹⁴⁷ sondern wird auch rechtlich mitunter ähnlich gehandhabt, wie spirituelle Überzeugungen: Die Möglichkeit, für den eigenen Körper aktiv einer Organ- und Gewebespende zuzustimmen ist ab dem 16. Lebensjahr gegeben und an die vermutete Testierfähigkeit (§2229/BGB) geknüpft. Wer ein gültiges Testament verfassen kann, soll folglich auch in der Lage sein, über den eigenen Körper bezüglich eines Transplantationsszenarios zu entscheiden. Die Möglichkeit, sich *gegen* eine Organ- und Gewebespende zu entscheiden ist hingegen bereits ab dem 14. Lebensjahr gegeben und aus einem anderen gesetzlichen Kontext hergeleitet: Dem Gesetz über die religiöse Kindererziehung, das Jugendlichen nach Vollendung des 14. Lebensjahres eine eigenständige Entscheidung darüber erlaubt, an welches religiöse Bekenntnis sie sich halten wollen (KERzG, §5).¹⁴⁸ Die Entscheidungsfähigkeit über Organ- und Gewebespende wird in der Praxis also an die Religionsmündigkeit geknüpft und wird damit als bekenntnismäßige Weltanschauung gerahmt.

Zudem wird Organspende auch im Feld selbst oft in einer ähnlichen Rhetorik wie religiöse Fragen und sogar im christlich-kirchlichen Kontext selbst enacted. So ist ein wichtiger Bestandteil des ›Tags der Organspende‹ der ökumenische Gottesdienst in der je nächstgelegenen Kirche,¹⁴⁹ in dessen Rahmen vor allem transplantierte Patient*innen im Zentrum der Veranstaltung stehen und in verschiedenen Redeformaten ihren Dank an verschiedene Entitäten (Mediziner*innen, verstorbene Spender*innen und deren Angehörige oder Gott) artikulieren. Die Redebeiträge ähneln dem Format der Fürbitten und

142 Franklin 2002.

143 Ebd.: 192.

144 Vgl. ebd.: 89.

145 Zum funktionalen Religionsbegriff vgl. Berger 1967.

146 Vgl. Hitzler und Pfadenhauer 2006: 2405.

147 Ebd.: 2406.

148 Vgl. hierzu auch BZgA 2013: 58.

149 Vgl. hierzu auch Böhrrer 2022.

ein Geistlicher beendet die Veranstaltung mit einem Dank an die »segensreiche Transplantationsmedizin«. ¹⁵⁰ Auf diesem *Tag der Organspende* treffe ich in einem Café auch Gabi, ¹⁵¹ als ein Platzregen Besucher*innen und Organisator*innen von den Außenbereichen in die nahegelegenen Gastronomien treibt. Sie ist als Helferin angereist und engagiert sich seit dem Tod eines nahen Angehörigen, der vergeblich auf ein Organ gewartet hatte, in einem Patient*innenverband. Im Gespräch sagt sie: »Organspende ist wie Gott, du kannst dich damit auseinandersetzen und dann kannst Du daran glauben oder nicht«. Obwohl ihr Angehöriger nicht von einer Organspende profitieren konnte, setzt sie sich für die Sache der Organspende ein.

Eine Glaubensfrage stellt auch Maria, die wir aus vorherigen Kapiteln kennen, jedoch nicht bezüglich der Möglichkeiten einer Therapie mit Spender*innenorganen, sondern mit Blick auf den eigenen Körper:

»M: Und da denke ich halt wirklich, wenn's die Möglichkeit gibt, und die Wissenschaft sagt heute einfach, und das muss man halt ein Stück weit glauben. Das ist vielleicht so der einzige Zweifel, den man hat, oder diese Ängste. Bin ich wirklich tot?«

Der von Maria beschriebene Vertrauensvorschuss verweist auf eine zentrale Herausforderung: Die Aufgabe von Expert*innen besteht nicht nur darin, Wissen weiterzugeben, sondern es gegebenenfalls auch so auszuwählen und in kulturell akzeptabler Weise zu übersetzen.

Obgleich die Vertreter*innen und Institutionen des Transplantationssystems sich um Transparenz bemühen und diese auch explizit zu einem Teil der öffentlichen Darstellung von Organtransplantation machen, begegnet mir im Zuge der Feldforschung immer wieder auch die Ansicht, bestimmte Aspekte könnten nicht mit einer breiten Öffentlichkeit geteilt werden. So beispielsweise die medizinischen Verfahren rund um kontrollierte *Non-Heart-Beating-Donors*, die in Deutschland bis dato verboten, in anderen EU-Ländern wie Spanien und den Niederlanden aber bereits gängig ist. Teil dieser Praxis sind Interventionen am Körper, die die Blut- und Sauerstoffzufuhr zum Gehirn temporär einzuschränken, während andere Vitalfunktionen erhalten werden. Häufig kommt es dabei zu körperlichen Veränderungen wie Schwellungen und Verfärbungen des Kopfs. Dies führt mitunter nicht nur zu Kollisionen mit den Bedürfnissen von Angehörigen, sondern wirft auch medizinethische Fragen auf. ¹⁵² Eine spanische Transplantationsbeauftragte äußert im Zuge einer Podiumsdiskussion der *European Society for Organ Transplantation* (ESOT) ihre Bedenken gegenüber einer öffentlichen Debatte: »Sharing all oft hat with the public? I wouldn't go there«. ¹⁵³

150 Protokoll Tag der Organspende, Erfurt 2017.

151 Pseudonym. Die Notizen zu dem Hintergrundgespräch mit »Gabi« stammen aus den ethnografischen Protokollen des Veranstaltungsbesuchs »Tag der Organspende« in Erfurt 2017. Das Gespräch wurde nicht aufgezeichnet; es handelt sich um ein Gedächtnisprotokoll.

152 Vgl. u.a. Deutscher Ethikrat 2015.

153 Anmerkung: Im Unterschied zu einigen anderen größeren Podien wurde dieses nicht im Nachgang der Konferenz öffentlich zugänglich gemacht. Als Quelle können daher nur meine während der Veranstaltung angefertigten Notizen herangezogen werden; meine Rückfrage nach einer Aufzeichnung blieb seitens der Veranstalter*innen unbeantwortet. Die Debatte um DCD, also Organ-

Potenzielle Spender*innen sind in dieser Wahrnehmung also nicht nur Laien, deren Wissenslücken mit Informationen gefüllt werden sollen, sondern auch Entscheider*innen und Schlüsselfiguren in einem System, das ihre Akzeptanz benötigt. Die Frage nach den Informationen, die sie benötigen, um eine Entscheidung für sich und andere zu treffen, wird deshalb mitunter sehr unterschiedlich beantwortet und Selektion findet auch dort statt, wo Informationen als zu prekär erachtet werden, um eine positive Einstellung zu befördern.¹⁵⁴ Dies verweist nicht zuletzt auf das von Nowotny aufgeworfene Problem, nicht nur Informationen zu generieren, sondern diese auch so zu kommunizieren, dass die Loyalität der fachunkundigen Adressat*innen möglichst nicht ins Wanken gerät.¹⁵⁵ Diesem Gedanken scheint auch die BZgA-Broschüre ›Veranstaltungstipps‹ aus dem Jahr 2003 zu folgen, die offenkundig verschiedenen Gruppen und Institutionen als Leitfaden zur Durchführung von Informationsveranstaltungen zur Verfügung gestellt wurde. In der Broschüre heißt es:

»Pro und Kontra-Diskussionen sind nur bedingt als Informationsveranstaltung zur Organspende geeignet. Sie stoßen zwar auf vergleichsweise großes Interesse, da sich mit ihnen oft die Erwartung einer hitzigen Debatte verbindet, sie bergen aber die Gefahr, dass sie auf einem fachlichen Niveau ausgetragen werden, das dem Publikum unverständlich bleibt und eher Verwirrung stiftet.«¹⁵⁶

Dies, so heißt es dort weiter, würde dem Informationsbedürfnis der Besucher*innen nicht gerecht werden.¹⁵⁷ Die Formulierung lässt offen, ob die Strategie dem Schutz des Publikums oder dem Schutz der Erzählung dient.

7.6 Reflexion: Der Organspendeausweis als *informed consent*?

Nachdem wir dem Organspendeausweis durch die Dimensionen Körperlichkeit, Sterblichkeit, Kollektiv und Solidarität gefolgt sind, haben wir in diesem Kapitel Organspende als Frage des Wissens, Glaubens und Vermutens in den Blick genommen. Mit dem Konzept der imaginierten Laien konnten wir sehen, wie potenzielle Spender*innen im Feld konstruiert und angesprochen werden und wie es dabei auch zu epistemischen Schiefen und diskursiven Ausschlüssen kommt – beispielsweise, wenn der Hirntod als Glaubensfrage verhandelt wird und Menschen, denen die Beobachtung von Lebenszeichen am hirntoten Menschen Unbehagen verursacht, die kognitive Fähigkeit abgesprochen

spende nach Herztod, ist fachintern zwar bereits angestoßen, wurde bislang jedoch von verschiedenen Institutionen – unter anderem vom Deutschen Ethikrat – immer wieder abgelehnt. Daher wird sie in dieser Arbeit, die sich vor allem mit der Praxis der Organspende in Deutschland befasst, nicht vertieft. Die oben zitierte semi-öffentliche Äußerung aus dem Podium dient hier lediglich zur Veranschaulichung, dass Informationen zu technischen Abläufen und Fragen der Transparenz im Rahmen von Transplantationen mit Blick auf die Spendenbereitschaft mitunter höchst unterschiedlich bewertet werden.

154 Vgl. hierzu auch Jensen 2011a: S. 171.

155 Vgl. Nowotny 2004: 174.

156 BZgA 2003: 5.

157 Vgl. ebd.

wird, das Prinzip dieses Todeskriteriums zu verstehen. Abschließend werden wir nun erneut einen Blick darauf werfen, was der Organspendeausweis in dieser Dimension der Organspende ist (und vielleicht auch nicht ist).

Mit Blick auf den Themenkomplex des Wissens scheint der Organspendeausweis zunächst in der Tradition des *informed consent*, also der informierten Einwilligung, zu stehen. Diese verbindet die Notwendigkeit einer Zustimmung von Patient*innen zu an ihnen vorgenommenen Behandlungen und Eingriffen mit einer Idee der Aufklärung über deren Abläufe sowie die Tragweite der Behandlung und Risiken. Patient*innen sollen folglich also nicht nur einer Behandlung zustimmen, sondern – im Idealfall – auch verstehen, wozu sie einwilligen. Diese Verbindung von Wissen und aktiver Zustimmung soll die Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechte von Patient*innen schützen. Das Fehlen einer solchen Einwilligung kann ggf. rechtliche Konsequenzen im Sinne einer Strafverfolgung wegen Körperverletzung (§§ 223 und 230 StGB) für die Behandelnden haben. Eine Einwilligung setzt jedoch auch voraus, dass die zu behandelnde Person zu einer solchen informierten Zustimmung auch kognitiv in der Lage ist, weshalb unter Umständen auch entsprechend autorisierte Dritte herangezogen werden.

In der medizinhistorischen Literatur wird die Praxis des *informed consent* immer wieder auch mit den Nürnberger Prozessen in Verbindung gebracht.¹⁵⁸ Die hier neu entstandene Kategorie medizinischer Kriegsverbrechen,¹⁵⁹ führte zu einer ethischen Debatte, die nicht nur Experimente an Menschen und Tieren, sondern eben auch die ethische Vertretbarkeit medizinischer Behandlungen umfasst und letztlich zu einer Stärkung der Patient*innenautonomie führte. Im Zuge des Prozesses gegen deutsche Ärzte, die Versuche an Menschen durchgeführt hatten, entstand der Nürnberger Kodex als ethische Grundlage für medizinische Forschung und Behandlungen und schuf eine Basis für die Entwicklung weiterer ethischer Richtlinien wie beispielsweise die Deklaration von Helsinki.¹⁶⁰ Bis heute ist das rechtliche Rahmenwerk für Versuche an Mensch und Tier in Deutschland mitunter anspruchsvoller als in anderen Staaten und auch mit Blick auf die Organspende gilt bis dato und im Unterschied zu den meisten anderen EU-Ländern das Gebot der aktiven Zustimmung.

Verbunden mit dem Konzept des *informed consent* ist nicht nur das Patient*innengespräch, in dem Ärzt*innen ihre Patient*innen über anstehende medizinische Maßnahmen aufklären, sondern auch solche Dokumente, die gegebenenfalls am Ende des Lebens von Relevanz sein werden. Hierzu lassen sich sowohl die Patient*innenverfügung¹⁶¹ als auch der Organspendeausweis zählen. Während Patient*innenverfügungen meist einen umfassenden Katalog an Fragen stellen und durch eine Reihe von Beratungsangeboten verschiedener Einrichtungen unterstützt werden, ist die Praxis im Umfeld des Organspendeausweises eine andere. Der Ausweis selbst enthält nur eine Frage und vier Antwortmöglichkeiten, gibt selbst jedoch wenig Information. Information über das, wofür der Ausweis stehen soll, muss meist aktiv eingeholt werden. So gibt es zahlreiche Broschüren, die in regelmäßigen Abständen von Krankenkassen an Versicherte verschickt

158 Vgl. z.B. Weindling 2004 und 2001; Faden und Beauchamp 1986.

159 Vgl. Weindling 2004: 1.

160 Vgl. Faden und Beauchamp 1986.

161 Vgl. Brauer et al. 2014.

werden sollen, eine Informationshotline, auf die meist auch auf dem Organspendeausweis verwiesen wird, Webseiten sowie seit Kurzem auch die Möglichkeit, eine entsprechende Beratung in hausärztlichen Praxen wahrzunehmen. In der Erfahrungsdimension des Wissens, Glaubens und Vermutens ist der Organspendeausweis auch das, was Nowotny als Interaktionsmedium bezeichnet.

Werden Laien in die Produktion von Wissen einbezogen, werden unterschiedliche Medien zur Hilfe genommen, die eine Interaktion mit ihnen vorstrukturieren und koordinieren (so beispielsweise die oben genannte Broschüre mit Fragen und Antworten, an deren Ende ein heraustrennbarer Ausweis für die Entscheidung bereitsteht). Sie sollen zwischen Expert*innen und Laien vermitteln. Bezüglich der Leser*innenschaft sind diese keineswegs neutral, sondern versuchen, möglicherweise betroffene Personen auf spezifische Weise anzusprechen, basieren entsprechend auf bestimmten Vorstellungen und generieren imaginierte Laien. Nowotny unterscheidet drei Arten von Interaktionsmedien:

- 1) Solche, die auf zwischenmenschlicher Kommunikation abstellen (z.B. Informationsveranstaltungen wie der Tag der Organspende)
- 2) Informierende Objekte (wie Broschüren oder Webseiten) und
- 3) Klassifizierende Objekte, die imaginierte Laien (und in unserem Fall potenzielle Spender*innen) mit einer eigenen Ausstattung versehen – beispielsweise mit ihrem eigenen Organspendeausweis).

Klassifizierende Objekte sind folglich Gegenstände, die den imaginierten Laien zuge-dacht werden und derer sie sich als informierte Bürger*innen bedienen sollen, um sich zu artikulieren, zu positionieren und für andere klassifizierbar zu werden. Während informierende Objekte im Sinne eines *deficit models* Bürger*innen voraussetzen, die aktiv auf der Suche nach Wissen und Informationen sind und möglicherweise auch bereit sind, dies in der ihnen dargebotenen Form aktiv in ihre Lebensrealität einzubauen, setzen klassifizierende Objekte voraus, dass die angesprochenen, sich mit den darin vorgeschlagenen Kategorien identifizieren können.¹⁶² Kategorien wie Spender*in oder Nicht-Spender*in sind vorgegeben und unterstellen die Bereitschaft sich auf der einen oder anderen Seite einzuordnen und sich damit auch einer von Expert*innen vorstrukturierten Sichtweise anzugleichen.¹⁶³

Mike Michaels sieht hier auch die Gefahr einer Romantisierung der imaginierten Laien bzw. (im Falle seiner Beobachtung) der »lokalen Laien«.

»The danger here is that there is a possibility of romanticizing the »lay local.« That is to say, in reading some of these studies of local communities, one is often left with the impression that the »lay local« is the site of a happy common and coherent consent.«¹⁶⁴

162 Vgl. Nowotny 2004: 27ff.

163 Vgl. ebd.: 29.

164 Michael 1998: 314.

Kategorisierende Interaktionsmedien schaffen folglich nur eine vermeintliche Symmetrie.¹⁶⁵ Sie übernehmen zudem eine kommunikative Funktion, denn die Zählung ausgefüllter oder ausgegebener Organspendeausweise dient häufig auch als Indikator »erfolgreicher« Aufklärung der Bevölkerung, die durch das Ausfüllen eines Ausweises mit »Ja« ihre Loyalität bezeugen kann. Auch in der visuellen Kommunikation im öffentlichen Raum spielt er eine wichtige Rolle, denn der Organspendeausweis steht als Träger von Organspendeentscheidungen oft auch im Mittelpunkt von Informationskampagnen. Zusätzlich hat er eine erzählte Funktion, denn er soll als Legitimationsgrundlage für die Entnahme von Organen dienen. Zwar adressiert er imaginierte Laien als potenzielle Spender*innen und fordert sie zur Selbstklassifikation auf, kommt jedoch selten zur Willensfeststellung von Patient*innen zum Einsatz, da diese meist über Angehörige stattfindet.¹⁶⁶

Als Praxis der Willensbekundung in der Tradition des *informed consent* kann der Organspendeausweis damit auch als Ergebnis ethisch-moralischer Überlegungen über die Kompetenzbereiche von Medizin verstanden werden. Zugleich enthält der Ausweis als Klassifikationsmedium selbst kaum Informationen im Sinne einer medizinischen Aufklärung und ist oft in andere Formen von Interaktions- und Informationsmedien eingebunden. In der visuellen Gestaltung fordert er nicht nur Glaubwürdigkeit ein, sondern erhält durch Bundesadler und Paragraphen als sichtbare Verweise auf Gesetzestexte auch einen »offiziellen« Charakter. Er spricht potenzielle Spender*innen als (verantwortungsbewusste) Bürger*innen an.¹⁶⁷ Die Reduktion der Organspendeentscheidung auf vier Optionen und das schnelle Ankreuzen begünstigt offenkundig, was einige der Befragten berichten: eine rasche, möglichst positive Entscheidung – ohne tiefere Auseinandersetzung.

Mehr als eine in der klinischen Praxis relevante Patient*innenverfügung ist der mit »Ja« ausgefüllte Organspendeausweis noch etwas anderes: ein Accessoire interessierter und sozial zugewandter Bürger*innen, unabhängig von deren tatsächlichem Kenntnisstand über Hirntod, Abläufe und sonstige mit Organtransplantation in Zusammenhang stehende Fragen. Wenn Interviewte wie Max berichten, den Ausweis ohne tiefere Beschäftigung mit der Thematik ausgefüllt zu haben, ist er weniger ein Objekt der *Er-* als der *Bekenntnis*. Er fungiert damit auch als eine Art Glaubensbekenntnis in einer Gesellschaft, in der Medizin als Wissenssystem und Organspende als Heilsversprechen auch wesentliche Funktionen von Religion übernehmen können. Der Ausweis ist damit einerseits essenzieller, materieller Bestandteil der Robustwerdung von Wissen, transportiert dieses aber nicht, sondern gibt imaginierten Laien die Möglichkeit, sichtbar Teil der (Glaubens-)Gemeinschaft zu werden.

165 Nowotny 2004: 27.

166 Dies lässt sich an den Statistiken zur Organspende ablesen, die jährlich von der DSO bereitgestellt werden, vgl.: <https://dso.de/organspende/statistiken-berichte/organspende>

167 Michael 1998: 314f.

8. Dokument & Materialität: Der Organspendeausweis im Erfahrungsraum der Bürokratie

»Das Ausfüllen dieser Erklärung ist ein völlig unbürokratischer Vorgang, der kaum Mühe erfordert.«

(Broschüre »Zweites Leben«)

»Nun auch endlich aus Plastik.

Yeah.«

(Twitter-Fund 2020)



In den vorangegangenen Kapiteln haben wir bereits drei kulturelle Dimensionen der Organspende kennengelernt, in denen der Organspendeausweis einen je eigenen ontologischen Status in verschiedenen kulturellen Deutungszusammenhängen einnimmt. So haben wir den Ausweis in der Dimension von *Körperlichkeit und Materialität* als *Memento Mori* in den Blick genommen, in der Dimension von *Kollektiv und Solidarität* als *Mitgliedskarte* und in Verbindung mit Fragen des *Wissens, Glaubens und Vermutens* als *informed consent*. In diesem Kapitel wird es nun an der Zeit sein, den Organspendeausweis als *Ausweis* zu betrachten: Was also tut die ›Ausweishaftigkeit‹ des Ausweises mit der Praxis der Organspende? Wie wird Organspende als Praxis mit Ausweis enacted?

Neben den kulturellen Dimensionen, die wir bereits kennengelernt haben, fällt Organspende in Deutschland auch in den Erfahrungsbereich des Umgangs mit Bürokratie als Modus staatlichen Ordnungsschaffens, ihren Spielregeln und Dokumenten. Der Organspendeausweis reiht sich folglich in eine ganze Reihe von Karten, Ausweisen und

Pässen ein, die unseren modernen Alltag strukturieren und meist Zugänge zu Geld und anderen Gütern, Grenzübertritten, medizinischen Behandlungen und vielem mehr ermöglichen.

8.1 Objekte der Bürokratie: Begriffe und Konzepte

Kulturelle Erfahrungen mit Ausweisdokumenten aller Art sind vielfältig, hängen mit geografischen und historischen Kontexten zusammen und betreffen zudem verschiedene Bereiche des Lebens: So können sie etwa eine Rolle für die Definition von persönlicher Identität und Zugehörigkeit spielen oder die Bewegungsfreiheit im Kontext von Migration und Reisen regeln.

Sie sind meist mit Bürokratie, Praktiken staatlicher Kontrolle und aktuell auch immer wieder mit Fragen von Datenschutz und Sicherheit verbunden. Sie verbinden aber nicht nur Bürger*innen mit staatlichen Ordnungssystemen, sondern sind auch in individuelle Biografien verwoben und Bestandteil kulturhistorischer Entwicklungen und Wendungen. In ihrem Essay *Driver's License* lenkt Meredith Castile¹ das Augenmerk daher auf ein ebenso omnipräsentes wie unterschätztes Dokument: den US-amerikanischen Führerschein. Vormalig aus Papier, später laminiert und schließlich in Plastik stabilisiert und mit zunehmend komplexen, technischen Merkmalen ausgestattet, ist es eben dieses Objekt, das für Generationen von Menschen immer wieder auch für Freiheit, Unabhängigkeit und Erwachsensein steht.² Castile beschreibt nicht nur, wie der Führerschein, verschiedene Welten verbindet, sondern auch, wie er das Selbst bürokratisch einbettet: »Presenting it is the handshake of officialdom«.³ Durch ihre beunruhigende Semi-Unsterblichkeit überdauern die kleinen Karten zudem häufig ihre Besitzer*innen.⁴ Nach Unfällen und Katastrophen sind es oft jene laminierten oder aus Plastik hergestellten Identitätsdokumente, die zur Identifikation sterblicher Überreste beitragen oder – wenn sie zurückgelassen werden – als Indiz für ein stattgefundenes Verbrechen gelten.⁵ Im Zeitalter der Plastikkarten werden diese womöglich das Einzige sein, was nach dem Tod von uns bleibt. So überlegt Castile:

»Once unlaminated paper, the plastic license now far outlasts its possessor. A human body will decay in, say, seven decades. Digital portraits likely will not fare much better, lost in the march of technological progress, obsolescence, and the sheer glut of digital data. In 100, 200, 500 years' time, the one physical, tangible image of your face most likely to have endured—in a landfill, under the rising seas, in a curiosity shop—is your license.«⁶

1 Castile 2015.

2 Vgl. ebd.: 1.

3 Ebd.: 2.

4 Vgl. ebd.: 48.

5 Vgl. ebd.: 47f.

6 Ebd.: 48.

Die Identitätsdokumente, die wir bei uns tragen, sind »the official me«,⁷ das offizielle Ich, sie sind »Doppel unserer Person«⁸ von denen wir, wie Valentin Gröbner feststellt, nur wenig wissen. Sie sind in (kultur-)historische, institutionelle und regional geprägte Logiken und Geschichten eingebettet. So verweist der von Castile in den Blick genommene Führerschein nicht nur auf staatliche Kontrollmechanismen, sondern auch auf Jugendkulturen, Alkoholkonsum und Prohibition und wird Teil persönlicher Erinnerungen und biografischer Ereignisse.⁹

Im Folgenden möchte ich nun zunächst die sensibilisierenden Konzepte vorstellen, die uns durch diese Dimension des Dokuments und seiner Materialität begleiten werden:

- Zum einen lässt sich der Organspendeausweis als staatliches Medium verstehen, das unter dem Gesichtspunkt des von Christoph Engemann vorgeschlagenen *Gouvernementalitäts*-Konzepts¹⁰ in den Blick genommen werden kann.
- Er lässt sich zudem als Objekt begreifen, das soziale Welten verbindet. Um dies auch begrifflich einzufangen, möchte ich Susan Leigh Stars und James R. Griesemers Konzept des *Grenzobjekts* heranziehen.¹¹
- Zugleich ermöglicht er auch spielerische Momente, die dem *Homo ludens* erlauben,¹² sowohl Bedenken als auch Unterstützung oder Ambivalenzen in verschiedenen Kartensituationen materiell werden zu lassen und auszudrücken. Die Besonderheit des Organspendeausweises ist, dass er – ähnlich einem Vertrag – eine Art materialisierter Sprechakt ist: Wer also einen Organspendeausweis vor sich in die Kamera hält oder ihn zerschneidet, zeigt oder zerstört nicht nur ein beliebiges Stück Material, sondern das, was als rechtsgültige Willensbekundung bezüglich seiner Organe und Gewebe sowie als Objekt kollektiver Einigung betrachtet wird. So sind es, wie wir im Folgenden sehen werden, sowohl seine Uneindeutigkeit als auch seine Materialität, die in dieser Erfahrungsdimension einer bürokratischen Gesellschaft eine Rolle spielen.

Gouvernementalität und der Staat als Mediensystem

Die »Beurkundung eines Menschen ist«, wie der Kulturwissenschaftler Christoph Engemann hervorhebt, »das zentrale Element des staatlichen Identitätsregimes.«¹³ Als einen der wichtigsten Aspekte hebt er in seinen an Friedrich Kittler¹⁴ und Michel Foucault¹⁵ angelehnten Überlegungen zur Gouvernementalität – also zur Medialität des Staates¹⁶ – die

7 Ebd.: 2.

8 Gröbner 2004: 7.

9 Vgl. Castile 2015.

10 Vgl. Engemann 2013.

11 Vgl. Star und Griesemer 1989; Hörster et al. 2013.

12 Vgl. Huizinga 1980.

13 Engemann 2013: 206.

14 Kittler 1995.

15 Foucault 2008.

16 Vgl. Engemann 2013: 209.

Namensgebung, das *Haben* eines eigenen Namens, hervor. »Menschen können nicht keinen Namen haben.«¹⁷ Allein der Gedanke an einen Menschen ohne Namen sorge, so Engemann, für Irritation; so wird der Name als »Eigenes und Unhintergebares«¹⁸ erlebt. Das Ersetzen von Namen durch Nummern wird als unpersönlich, vor dem Hintergrund historischer Ereignisse wie dem Holocaust, sogar als entmenslichend empfunden.¹⁹

In diesem Zusammenhang wirft Engemann einen Blick auf zwei in Deutschland (und den meisten anderen Staaten) übliche Techniken der Beurkundung: die Geburtsurkunde und die Erfassung von Bürger*innen in Form von Personaldokumenten. »Die Geburt«, so Engemann, ist in Deutschland gleichsam »ein Schreibereignis«.²⁰ Geburten werden durch Standesämter im Geburtenbuch registriert. Mit diesem Eintrag korrespondiert die den Eltern ausgehändigte Geburtsurkunde, die sowohl den Namen des geborenen Menschen als auch (falls bekannt) Daten wie Ort und Datum der Geburt und die Namen der Eltern enthalten. »Der Name, das vermeintlich Eigene, erweist sich als ein originärer Schauplatz staatlichen Handelns. Im eigenen Namen ist die Obrigkeit schon immer präsent, als Mensch mit Namen ist man Kind des Staates«,²¹ so Engemann.

Über eine ähnliche doppelte Existenz verfügen später im Verlauf des Lebens ausgestellte Pässe und Personalausweise: »Beim Pass gilt, ebenso wie bei der Geburtsurkunde, dass nicht das im Besitz der jeweiligen Person befindliche Dokument das Wesentliche ist, sondern dessen Kopie.«²² Die Gültigkeit dieser Dokumente entsteht folglich nicht durch ihre bloße physische Existenz, sondern vor allem durch die entsprechende staatliche Registratur. »Eine Person ist«, wie Valentin Gröbner feststellt, »gleich ein Ausweis plus ein interner behördlicher Ausweis über den ausgestellten Ausweis [...]«.²³ Die Identitätsdokumente, die wir bei uns tragen, sind – wie Meredith Castile es nennt – »the official me«,²⁴ das offizielle Ich. Sie sind »Doppel unserer Person«,²⁵ von denen wir, wie Gröbner feststellt, oft nur wenig wissen.

Ob Personaldokument, staatlicher Eintrag und die Person, die im Besitz des Dokuments ist, übereinstimmen, ist, wie er feststellt, ein immerwährender Unsicherheitsfaktor, den (registrierende) Staaten wie Deutschland durch immer mehr und sich im Laufe der Zeit wandelnde »Zeichen der Echtheit«²⁶ (wie etwa Siegel, Stempel, Bilder, Unterschriften, Fingerabdruck etc.) gering zu halten suchen. Von Beginn ihrer Karriere an tragen Ausweisdokumente nicht nur die Idee von Wahrhaftigkeit, sondern auch das Potenzial der Fälschung in sich.²⁷

17 Ebd.: 205.

18 Ebd.

19 Vgl. ebd.

20 Ebd.: 206.

21 Ebd.: 207.

22 Ebd.: 208.

23 Gröbner 2004: 62.

24 Castile 2015: 2.

25 Gröbner 2004: 7.

26 Ebd.: 136.

27 Vgl. Vgl. Castile 11ff.; Gröbner 131–143.

Der Blick auf die Geschichte des Identifizierens erweist sich aber auch als eine Historie von »Störungen, Fehlschlägen und Paradoxa«. ²⁸ Selbst mit Blick auf totalitäre Regime eröffnet sich hier weniger eine Welt »administrativer Perfektion«, sondern vielmehr zeigt sich, wie die Idee von Überwachung in der praktischen Umsetzung »in den allermeisten Fällen eine höchst irdische und schlampige Angelegenheit ist«. ²⁹ Eine besondere Rolle kommt in der Schließung solcher Sicherheitslücken (oder, wie Gröbner es nennt, der »Lücke zwischen Papier und Person« ³⁰) der Unterschrift als Schreibakt für besondere Ereignisse zu. ³¹ Sie zitiert den eigenen Körper, soll von eigener Hand erfolgen und schließt das Dokument nicht nur mit einer Selbstauskunft ab, sondern verbindet Körper und Namen auch mit dem Recht. ³² Sie wird für unsere spätere Betrachtung des Organspendeausweises von besonderer Relevanz sein, da sie bis dato der einzige Wahrhaftigkeitsmarker dieses Dokuments ist. Mit Engemanns Konzept der Gouvernemedialität lässt sich der Organspendeausweis zudem als staatliches Medium in den Blick nehmen, das in Zusammenhang mit Regierungswissen und politischer Wissensproduktion steht. ³³

Als sensibilisierendes Konzept wird es uns im Folgenden ermöglichen, den Organspendeausweis auch im »Wechselverhältnis zwischen Medien und gouvernementalen Praktiken« ³⁴ zu betrachten. Eine sowohl gegenwartsbezogene als auch historische Perspektive macht es dabei möglich, den Ausweis auch in seiner (wechselhaften) Materialität mitzudenken. ³⁵

Grenzobjekte

Ausweise wie der Organspendeausweis verbinden die einzelne Person und individuelle Biografie mit einem größeren Ganzen, sind zugleich aber auch fragil. Um eben diese Fragilität als konstitutiven Bestandteil des Organspendeausweises besser zu verstehen, möchte ich das Konzept der *Grenzobjekte* (*boundary objects*) als sensibilisierendes Konzept einbeziehen:

»Boundary objects are both plastic enough to adapt to local needs and constraints of several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites. They are weakly structured in common use, and become strongly structured in individual-site use. They may be abstract or concrete. They have different meanings in different social worlds but their structure is common enough to more than one world to make them recognizable means of translation. The creation and management of boundary objects is a key in developing and maintaining coherence across intersecting social worlds.« ³⁶

28 Vgl. Gröbner 2004: 175.

29 Ebd.: 176.

30 Ebd.: 162.

31 Vgl. Engemann 2013: 209.

32 Vgl. ebd.: 208f.

33 Vgl. ebd.: 211.

34 Ebd.: 211.

35 Vgl. ebd.: 211.

36 Star und Griesemer 1989: 393.

Grenzobjekte sind – anders als ihr Name dies vermuten ließe, keine Objekte, die Grenzen zementieren. Das Konzept geht (mit Anselm Strauss) von der Vorstellung aus, dass es verschiedene soziale (bzw. von unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Erkenntnisprozessen geprägte) Welten gibt. Diese haben je eigene Codes, Gewohnheiten, Instrumente und Möglichkeiten der Sinngebung. Aber sie haben etwas gemeinsam: das Grenzobjekt. Die spezifischen Bedeutungen, die jede von ihnen mit diesem Objekt verbindet, sind dabei unterschiedlich. Solange jedoch niemand diese Unterschiede zu sehr betont, scheint das Grenzobjekt nicht zwei oder drei verschiedene Objekte zu sein, sondern eben nur eines, das alle verbindet. Es bleibt unscharf genug, um mögliche Spannungen zu absorbieren. Es ist ein gemeinsames Objekt, das von verschiedenen sozialen Gruppen geteilt bzw. gekannt wird. Es erleichtert also die Zusammenarbeit über Grenzen hinweg und macht diese Grenzen dadurch weniger absolut.³⁷ Das bereits breit rezipierte Konzept von Star und Griesemer (1989) gibt »Antwort auf die Frage, wie unterschiedliche soziale und wissenschaftliche Welten zu einer verlässlichen und fruchtbaren Verständigung miteinander kommen können, ohne dafür die Welt der jeweils anderen verstehen zu müssen.«³⁸ Es hilft bei Problemen der Übersetzung,³⁹ wie beispielsweise solchen, die zwischen einem Medizinbereich, der menschliche Organe benötigt, Menschen, die diese Organe in sich tragen und Institutionen, die hierfür Akzeptanz generieren sollen.

Grenzobjekte können abstrakt oder gegenständlich sein; wichtig ist nur, dass ihre Struktur in mehr als einer der Welten bekannt genug ist, um ihre Übersetzungsfunktion zu gewährleisten. Die Entwicklung und Verwaltung von Grenzobjekten ist damit ein Schlüsselprozess bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Kohärenz zwischen sich überschneidenden sozialen Welten.⁴⁰ Grenzobjekte sind strukturell schwach in dem Sinne, dass sie nicht allen Weltansichten im letzten Detail genügen müssen. Sie sind vielmehr ein kleinster gemeinsamer Nenner, die Prägung einer gemeinsamen Währung, die den notwendigen Handel zwischen den Welten ermöglicht und – zumindest temporär – aufrechterhält.⁴¹

Die zentrale analytische Frage, die an Grenzobjekte gestellt werden kann, ist deshalb: Wie können Verschiedenartigkeit und Zusammenarbeit gleichzeitig existieren, und welche Auswirkungen hat das darauf, wie Informationen verwaltet werden?⁴² Auf welche Weise vermittelt das Grenzobjekt also zwischen Welten, wie denen potenzieller Spender*innen und jenen praktisch mit der Transplantation von Organen befassten Einrichtungen? Im Folgenden werden wir sehen, dass die zentrale Aufgabe des Organspendeausweises letztlich nicht die Identifikation von Spender*innen ist, sondern vielmehr darin besteht, einen Anreiz zur Beschäftigung mit dem Thema Organspende zu geben, und dass eben seine strukturellen Schwächen und Uneindeutigkeiten ihn dennoch vielfältig als Grenzobjekt einsetzbar machen.

37 Vgl. Mol 2002: 138.

38 Vgl. Hörster et al. 2013: 9.

39 Vgl. Star und Griesemer 1989: 389.

40 Vgl. ebd.: 393.

41 Vgl. ebd.: 413f.

42 Vgl. ebd.: 414.

Homo ludens und die Magie des Sprechakts

»Bürokratien schaffen Spiele, Bürokratien sind selbst Spiele [...]«⁴³ – so schreibt David Graeber über die *Utopie der Regeln*. Er spricht von Ver- und Entzauberung, von magischen Kräften und Fantasiewelten, um das Phänomen Bürokratie zu erklären. Während Graeber sich vorrangig für den Reiz der Regelmäßigkeit interessiert, möchte ich den Blick auf die Objekte legen und darauf, dass der Ausweis auch spielerische Elemente in das Feld der Organspende bringt.

In seiner Zeitdiagnose zeigt Robert Pfaller,⁴⁴ wie wir eine Art von postmoderner Rationalität entwickelt haben, die sich auf das zu beschränken versucht, was sich für ihre Logik eignet und »was ihr angenehm und geheuer ist«.⁴⁵ Die »reine Vernunft der Postmoderne«, so Pfaller, »hält sich an jene Gegenstände, in denen sie sich selbst wieder erkennt«; was sich ihrer Logik entzieht, muss verbannt werden.⁴⁶ Was er als das »schmutzige Heilige« in den Blick nimmt ist nicht das Heilige in einem traditionell religiösen Verständnis, sondern vielmehr das Unverfügbare, Unberechenbare und das Unvernünftige, das uns im Alltag begegnet.⁴⁷ Er interessiert sich für unsere kleinen »Exzesse und Merkwürdigkeiten«⁴⁸ im Umgang mit Objekten, wie zum Beispiel den Computer anzuschreiben, wenn er nicht richtig funktioniert oder den Knopf fester zu drücken, wenn die Batterien der Fernbedienung leer sind. Wir wissen, dass dies höchstwahrscheinlich nicht funktionieren wird. Wir wissen vielleicht sogar, warum, aber wir tun es trotzdem, wir sprechen mit unseren Autos, PCs und anderen Geräten.⁴⁹

In diesem Sinne folgen wir im Umgang mit alltäglichen Dingen einer Illusion, die uns aber gleichzeitig nicht in die Irre führt, so Pfaller, denn »nur das bessere Wissen versetzt uns in den Bann des Spiels«.⁵⁰ Er nimmt (wie auch Graeber⁵¹) Bezug auf den niederländischen Kulturhistoriker Johan Huizinga und sein Konzept des *Homo ludens* (also des »spielenden Menschen«),⁵² das den Modus zu erklären versucht, in den wir wechseln, wenn wir als Beifahrer*innen mit den Füßen bremsen, den widerspenstigen Knopf unseres Hemdes beschimpfen oder – mit Blick auf das Feld der Organspende – wenn wütende, potenzielle Spender*innen Organspendeausweise zerschneiden und per Post an Einrichtungen wie die DSO schicken.

Kaum jemand würde diese Handlungen für eine technische Methode zur Situationsbewältigung halten; sie geschehen wider besseres Urteilsvermögen. Mit Huizinga erklärt Pfaller dies durch einen Drang zum Spiel: Wenn wir mit unseren Autos, Kleidung oder technischen Geräten sprechen, personalisieren wir sie und versuchen zu »zaubern« –

43 Graeber 2015: 227.

44 Vgl. Pfaller 2008.

45 Ebd.: 27.

46 Ebd.: 27.

47 Vgl. Pfaller 2008: 25.

48 Ebd.: 65.

49 Vgl. ebd.: 65.

50 Ebd.: 43.

51 Graeber 2015: 227.

52 Vgl. Huizinga 1980.

wie Pfaller betont – obwohl oder gerade weil wir nicht daran glauben.⁵³ Huizinga selbst spricht von einer »wichtigen Gewohnheit des Geistes«:

»[...] personification is both a play-function and a supremely important habit of mind. Even in modern civilization it has not, by any means, dwindled to a mere artifice of literature, something to be put up with and sometimes resorted to. We are very far from having outgrown it in everyday life. Which of us has not repeatedly caught himself addressing some lifeless object, say a recalcitrant collar-stud, in deadly earnest, attributing to it a perverse will, reproaching it and abusing it for its demoniacal obstinacy? If ever you did this you were personifying in the strict sense of the word. Yet you do not normally avow your belief in the collar-stud as an entity or idea. You were only falling involuntarily into the play-attitude.«⁵⁴

Entsprechend ist es weniger die vermutete Wirksamkeit einer Handlung als der spielerisch-performative Akt selbst, der dem Gefühl gegenüber der Sache Ausdruck verleiht. Wenn etwa nach den bekanntgewordenen Unregelmäßigkeiten in der Organvergabe potenzielle Spender*innen ihre Ausweise aus dem Geldbeutel nahmen, zerstörten oder wegwarfen, hatte dies zwar keinen nachweisbaren Einfluss darauf, ob sie später tatsächlich Organspender*innen wurden, doch lieferte der Ausweis eine Möglichkeit, das Aufkündigen der Solidarität gegenüber dem Transplantationssystem auch in eine einfache, symbolische Handlung zu übersetzen.

Etwas Wesentliches unterscheidet jedoch Objekte, wie einen Ausweis zum Ausfüllen von den oben genannten Knöpfen oder Fernbedienungen: Durch das Ausfüllen und Unterschreiben wird der Organspendeausweis zu einem objektivierten, performativen Sprechakt, wie wir ihn auch aus anderen Bereichen kennen. John Austin (1962) bezeichnet Äußerungen, die wie Aussagen wirken, zugleich aber nicht nach Kriterien wie »wahr« oder »falsch« beurteilt werden können, als »performatives« oder »performatives«:⁵⁵

»One of our examples was, for instance, the utterance ›I do‹ (take this woman to be my lawful wedded wife), as uttered in the course of a marriage ceremony. Here we should say that in saying these words we are doing something – namely that we are marrying. And the act of marrying, like, say, the act of betting, is at least preferably (though still not accurately) to be described as saying certain words, rather than as performing a different, inward and spiritual, action of which these words are merely the outward and audible sign. That this is so can perhaps hardly be proved, but it is, I should claim, a fact.«⁵⁶

Der performative Sprechakt bedeutet folglich, ähnlich einem Zauberspruch, einen Akt im Sagen zu vollziehen. Damit dies funktioniert, müssen bestimmte Bedingungen gegeben sein, die Austin wie folgt benennt:

53 Vgl. Pfaller 2008: 66.

54 Huizinga 1980: 140.

55 Austin 1962: 12.

56 Ebd.: 12f. Hervorhebungen im Original.

- 1) Es muss ein anerkanntes konventionelles Verfahren mit einer bestimmten konventionellen Wirkung geben, wobei dieses Verfahren das Aussprechen bestimmter Worte durch bestimmte Personen unter bestimmten Umständen einschließt, und ferner müssen die besonderen Personen und Umstände in einem gegebenen Fall für die Anwendung des *modus operandi*, auf den man sich beruft, geeignet sein. Zerreißt eine Mitarbeiterin also heimlich zu Hause ihre Ausfertigung des Arbeitsvertrags, hat dies vermutlich keinerlei Auswirkung auf ihr Arbeitsverhältnis. Tut sie dies jedoch mit allen Ausfertigungen vor den jeweils personaltechnisch für sie zuständigen Personen, kann dies durchaus reale Konsequenzen haben.
- 2) Das Verfahren muss von allen Beteiligten sowohl richtig als auch vollständig ausgeführt werden. Dokumente beispielsweise brauchen eine Unterschrift, um als rechtsgültig anerkannt zu werden. Zudem wird von den Teilnehmenden erwartet, sich später auch tatsächlich entsprechend der Statusänderung zu verhalten.⁵⁷

Die Verfahrensbedingungen des Organspendeausweises sind dabei denkbar gering: Es spielt keine Rolle, wo er ausgefüllt wird und ob dies allein oder vor Zeugen geschieht. Auch die Erwartungen an potenzielle Spender*innen bleiben vage; man ›sollte‹ den Ausweis im Geldbeutel bei sich tragen und sicherheitshalber auch mit Angehörigen gesprochen haben. Zudem muss der Ausweis selbst kein vorbedruckter Ausweis sein, lediglich die Unterschrift macht das Dokument zu einer rechtsgültigen Willensbekundung, die das Objekt an die Person bindet.

Nicht nur mit Worten lassen sich, wie Austin vorschlägt, Dinge tun, sondern auch mit den Dingen selbst.⁵⁸ So machen Menschen sich mit Ausweis, Stift und Unterschrift zu potenziellen Spender*innen. Der Ausweis als objektivierter Sprechakt kann auf verschiedene Arten eingesetzt und bearbeitet werden: Er kann gezeigt und betrachtet, sichtbar in der Küche aufgehängt, in einem Ordner verstaut oder anderweitig versteckt werden, er kann im Geldbeutel getragen werden, aber auch symbolisch aus dem Geldbeutel genommen werden, wenn die potenzielle Spenderin ihre Meinung ändert, er kann in den Mülleimer wandern, zerschnitten oder anderweitig zerstört, an Freunde verschenkt oder mit anderen Exemplaren seiner Gattung gesammelt werden. Darüber hinaus kann über eben jene mit einem Ausweis möglichen Praktiken gesprochen werden, um damit, wie wir weiter unten noch sehen werden, Haltungen zur Organspende auszudrücken. Auch Format und Material spielen dabei eine Rolle: So kann ein zu großer Ausweis eben nicht in den Geldbeutel gesteckt werden, ein Ausweis aus Papier kann, im Unterschied zu einer Plastikkarte zerrissen oder an eine Wand gepinnt werden.

Im Organspendeausweis verbinden sich damit Erfahrungen aus bürokratischen Kontexten (z.B. die Rechtswirksamkeit von Erklärungen oder dass die An- oder Abwesenheit entsprechender Dokumente einen Unterschied macht) und die Objekthaftigkeit des Ausweises, die auch alternative, performative und symbolische Spielarten im Umgang mit ihm erlauben. Der nun folgende empirische Blick auf den Organspendeausweis wird zeigen, dass es nicht immer oder gerade nicht der ›proper use‹⁵⁹ eines Objektes

57 Vgl. Austin 1962: 14.

58 Costall und Dreier 2006.

59 Ebd.: 3.

im Sinne der Designer*innen und Hersteller*innen ist, der differenzierte Einblicke in die Praxis, die mit diesen Objekten stattfindet, ermöglicht.

8.2 Die materiellen Zeitalter des Organspendeausweises

Im Folgenden werden wir den Organspendeausweis in verschiedenen Aggregatzuständen in den Blick nehmen: Wir werden zunächst sehen, wie er sich in seiner Materialität verändert hat und welche Auswirkungen sie auf die Praxis der Organspende hat. In diesem Zusammenhang werden wir vergleichend auch nach Finnland blicken, wo Widerspruchslösung, Ausweis und digitale Gesundheitsdaten in einem widersprüchlichen Verhältnis zueinanderstehen. Zudem werden wir den Ausweis als statistisches Datum in den Blick nehmen, das Einstellungen zur Organspende quantifizierbar machen soll. Von dort aus werden wir uns der Wirkung des Organspendeausweises als offiziellem Dokument zuwenden, »Kartenspiele« beobachten und durch ihn eine Selbstverortung kennenlernen, die uns eine zweite Art von Quantifizierung vorstellt: die messbare Zeit.

Obleich der Organspendeausweis zu den jüngeren Dokumenten in unseren Kartensammlungen gehört, hat er bereits verschiedene materielle Zeitalter durchlaufen, die, wie wir in diesem Teilkapitel sehen werden, auch verschiedene Praktiken und Deutungen evozieren und gesellschaftliche Veränderungen mittragen. Nehmen wir zunächst das »Papierzeitalter« in den Blick:

Die ersten Organspendeausweise, wie sie unter anderem in älteren Broschüren zur Organspende zu finden sind, wurden auf Papier oder Pappe gedruckt und hatten die Größe der alten Führerscheine und Personalausweise. Beide Dokumente wurden in den Jahren 1999 und 2010 verändert: der Führerschein wurde zum EU-Führerschein in der Größe einer Kreditkarte und später wurde auch der Personalausweis zu einer kleinen Plastikkarte im selben Format. Valentin Gröbner beschreibt eines der zahlreichen Spiele, die mit Ausweisobjekten durchgeführt werden und in denen auch diese Art Veränderung von Format und Material von Bedeutung sind:

»Es ist eine Art Spiel. Es beginnt immer dann, wenn jemand in vertrauter Gesellschaft bei einem Abendessen oder auf gemeinsamer Reise, seinen Pass aus der Tasche zieht. »Zeig her!« (Gelächter.) »Bist du das?« »Nicht möglich!« »Warte, ich habe in meinem Führerschein ein noch besseres Foto...«⁶⁰

Ausweise, Pässe und Führerscheine werden in solchen Situationen gerne verglichen. Gerade in der Übergangsphase zwischen den alten und neuen Dokumenten ließ sich durchaus auch ein gewisser Stolz auf den Besitz eines alten »Lappens« (Führerscheins) oder später auch eines alten, noch großformatigen Personalausweises beobachten, an denen Gebrauchsspuren jeweils viel schneller und deutlicher zu sehen waren als an den neueren Plastikkarten. Dennoch haben Bürger*innen mit Personaldokumenten schnell begonnen, kleinere Geldbeutel zu benutzen – so mussten auch die zunächst nach wie vor aus Papier hergestellten Organspendeausweise »schrumpfen«, um sicherzustellen, dass sie

60 Gröbner 2004: 7. Hervorhebungen im Original.

den Zweck, immer im Geldbeutel bei den anderen Dokumenten zu sein, auch weiterhin erfüllen können. Im Papierzeitalter des Organspendeausweises lässt sich aufgrund ihrer begrenzten Haltbarkeit auch das Angebot verorten, ausgefüllte Ausweise nicht nur auf Informationsveranstaltungen anzubieten, sondern auch direkt vor Ort zu laminieren. Die Entscheidung also, die in einer solchen Situation direkt vor Ort getroffen wird, wird zugleich eingeschweißt und ist damit stabil und vor Umwelteinflüssen wie Feuchtigkeit, aber auch einem Stift geschützt, der Änderungen vornehmen könnte.

Abbildung 19: Organspendeausweise im Größen- und Materialvergleich



Bildquelle: privat

Wenn in einer Ausgabe der »Transplantation Aktuell« von 2011 berichtet wird, dass im Zuge des evangelischen Kirchentages das »Laminiergerät an die Grenzen seiner Möglichkeiten«⁶¹ kam, bezeugt dies nicht zuletzt auch das zahlreiche Verteilen (»fast 700«⁶²) von Ausweisen, die nicht nur mitgenommen, sondern zugleich auch mit einer besiegelten Entscheidung versehen wurden. Die Veranstaltung gilt in dem Bericht als voller Erfolg und die Zahl der verteilten Ausweise als Indikator dafür.

Im Jahr 2015 begegnet er mir während einer Veranstaltung der DSO dann zum ersten Mal: der Organspendeausweis aus Plastik: Glänzend und ohne jeden Kratzer, mit handlich abgerundeten Ecken, im Format einer Kreditkarte, dem sogenannten Scheckkartenformat. Damals noch exklusiv für das Fachpublikum, wird die Plastikkarte dann am Tag der Organspende im Sommer 2016 am Stand der DSO einem größeren Publikum präsentiert. Das neue Material sorgt zugleich für Begeisterung und Probleme: Immer wieder kann ich Menschen beobachten, die die neuen Plastikkarten gerne annehmen; immer wieder hört man Bemerkungen wie: Die Papierkarte sei »kein Zustand«, das Plastik dagegen viel »schicker«. Zugleich ergibt sich ein neues Problem: Die in großer Zahl am Stand vorhandenen Kugelschreiber erweisen sich als ungeeignet, um die glatten Plastikkarten zu beschriften. Das stabile, glänzende Plastik macht aber noch einen anderen

61 Kühn 2011: 18.

62 Ebd.: 18.

Unterschied: Es kann nicht ohne Weiteres zu Hause ausgedruckt oder hergestellt werden und unterscheidet sich damit auch von den verschiedenen subversiven Gegenausweisen und alternativen Ausweisen, die zu dieser Zeit ebenfalls in Umlauf sind.⁶³

Als ich im Interview mit Maria verschiedene Organspendeausweise auf dem Tisch ausbreite, vergleicht sie diese mit ihrem eigenen Organspendeausweis:

»M: [...] ich kenne die Farben, ich kenne das Ding, und so weiß ich, dass er aussieht. Ich finde auch das Format gut, weil es wie eine Scheckkarte ist, die überall reinpasst heutzutage. Das ist okay so. Insofern würde ich – naja ja gut, den kann man falten, dann hat er auch ungefähr die Größe, ne? Aber dieses Faltblatt⁶⁴ würde ich wahrscheinlich im Geldbeutel nicht mit rumtragen. Und den steckst du rein und dann ist er einfach da. Das finde ich praktisch, das ist okay so. Und drum trage ich ihn ja auch rum. Allerdings noch in der läppischen Papierform und nicht so edel. Aber ich werde ihn auch nicht ändern. Ich lasse den @drin so, wie er ist.«

Obgleich sie den damals noch relativ neuen Ausweis aus Plastik »edel« und ihren eigenen »läppisch« findet, möchte sie die Situation nicht verändern, denn eine Änderung des Ausweises, so befürchtet sie, könnte auch Einfluss auf ihre Entscheidung nehmen:

»M: Weiß ich nicht. Das ist jetzt meiner. Ja, vielleicht wirklich, weil ich nicht so eine hundertprozentig Überzeugte bin, aber glaube, dass ich's jetzt tun muss. Und jede Veränderung würde mich möglicherweise wieder ins Grübeln bringen. Und das will ich nicht. Da bin ich jetzt zu feige, mich der Diskussion oder dem Thema nochmal zu stellen. Wie gesagt, vielleicht ist's in fünf Jahren dann wieder anders. Dass ich sage, jetzt ist eh Schluss, jetzt bin ich eh schon so alt, dass das überhaupt kein Thema mehr ist. Aber im Moment ist es so gut, wie es ist.«

Die spezifische und sich über die Zeit verändernde Materialität des Organspendeausweises kann in den Deutungen des Objekts als eigener Ausweis auf verschiedene Weise zum Tragen kommen: Das ledrige und mit den Besitzer*innen alternde Papier kann von biografischer Konsistenz zeugen, wenn etwa betont wird, man habe noch einen alten aus Papier, und man habe ihn beispielsweise schon vor dem Bekanntwerden von Unregelmäßigkeiten in der Organvergabe gehabt. Auch die Abnutzung des Materials selbst kann positiv wahrgenommen werden. So vermutet der Ethnologe und materielle Kulturforscher Hans-Peter Hahn: »Manch einer wird eine solche Abnutzung als normal und die abgenutzten Dinge sogar als persönlicher empfinden, zum Beispiel, wenn sie »Patina« ausstrahlen.«⁶⁵ Plastik hingegen ist »schicker«, »stabiler« oder sogar »offizieller«

63 So beispielsweise der »Alternative Organspendeausweis« der *Evangelischen Frauen* oder der »Nicht-Spender-Ausweis« der KAO.

64 Maria spricht hier über einen Ausweis der *Evangelischen Frauen*. Dieser »alternative Ausweis« begegnet den potenziellen Spender*innen mit einem detaillierteren Fragenkatalog als der »gewöhnliche« Organspendeausweis und hat deshalb nicht zwei, sondern vier Seiten. Evangelische Frauen in Deutschland e.V. (o.A.): http://organspende-entscheide-ich.de/wp-content/uploads/2015/08/Leoporello_WEBfassung.pdf

65 Hahn 2018: 20.

und manchmal trägt das stabilere Material auch die stabilere Entscheidung. Jonas hat selbst einen Ausweis aus Papier, findet Plastik aber besser:

»J: [...] Einfach, weil dieses Hartplastik irgendwie so'ne höhere Qualität suggeriert. Also es hat jetzt überhaupt keine rationalen Gründe, aber einfach dadurch, dass der eine bessere Qualität und Wertigkeit hat, hat man so für sich selber das Gefühl, ... hm wie soll ich das jetzt sagen? Es hat was Offizielleres erstmal und ... seriös, genau, das war das Wort, was ich gesucht habe. Es macht'n sehr viel seriöseren Eindruck als jetzt der, den ich aus Papier hatte. Weil [...] gerade in Deutschland ist ja Bürokratie immer so'n Thema, und da gibt's ja f- für jeden Blödsinn nochmal fünf extra Formulare, und ausgerechnet der Organspendeausweis, den jetzt ich habe, der halt wahrscheinlich auch veraltet ist, ist halt einfach so'n Flyer, wie du ihn auf jeder Demonstration in der gleichen Qualität auch bekommst. Und, ja, es geht halt dann doch irgendwie um ein wichtiges Thema. [...] Und dann, finde ich, muss man auch ein bisschen drauf aufpassen, in welcher Form man das vermittelt.«

Was Jonas in seiner Selbsteinschätzung als nicht rational begründbar beschreibt, lässt sich auf eine Art doxisches Hintergrundwissen zurückführen,⁶⁶ also auf ein durch kulturelle Erfahrung verfestigtes Wissen darüber, welche Formen als glaubwürdig oder verbindlich gelten. Plastikkarten sind in der Lebenserfahrung der meisten Menschen nichts, das sie selbst herstellen können. Sie kommen von Einrichtungen wie Banken, Versicherungen oder der Bundesdruckerei. Ein Flyer hingegen kann von jeder und jedem hergestellt werden. Die Form, in der ein Thema vermittelt wird bzw. in seiner Erzählung eben auch die Qualität des Materials, macht einen Unterschied für den Eindruck von Ernsthaftigkeit, der durch die herausgegebenen Objekte vermittelt wird.

Auch Stefanie bevorzugt Plastikkarten, weil sie es wichtig findet, dass »man dann was Stabiles hat«. Auch wenn sie Organspendeausweise auf Veranstaltungen verteilt, ist ihr Eindruck, dass die meisten Leute lieber zum »dickeren« Material greifen. Max hingegen plädiert pragmatisch für ein stabiles, aber doch dünneres Material: »Der da is so arg dick, weil, wenn man zwei davon im Geldbeutel hat, dann is er schon wieder voll, ne? Des is auch schlecht.«

66 Vgl. Matthiesen 1997.

Abbildung 20: Screenshot eines iPhones



Bildquelle: privat

In den letzten Jahren zeigen sich immer wieder Versuche und Diskussionen um die verschiedenen Möglichkeiten der Digitalisierung von Organspendeentscheidungen, um diese in zeitgenössische soziomaterielle Entwicklungen zu integrieren — etwa eine Organspende-App, die Gesundheitskarte oder den Personalausweis.⁶⁷

Die damit einhergehenden Bedenken über Sicherheit und Datenschutz und die Unsicherheit darüber, was auf solchen Karten gespeichert ist bzw. wer darauf Zugriff hat, formuliert auch Stefanie: »wenn das auf die Gesundheitskarte kommen sollte, man hat ja auch diese, man hat ja selber dann nicht mehr so diesen Zugriff [...] also, ich find's schon wichtig, dass man das selber in der Hand hat«. Wichtig, vermutet sie, sei für viele »dieses Wissen ›ich kann mich jederzeit anders entscheiden«. Der analoge Ausweis macht

67 Die Techniker Krankenkasse informiert darüber, dass »voraussichtlich im Laufe der Jahre 2023 und 2024« eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende online abgegeben werden kann (TK.de: <https://www.tk.de/techniker/leistungen-und-mitgliedschaft/online-services-versicherte/elektronische-patientenakte-tk-safe/pflichtinformationen-zur-epa/moeglichkeiten-der-elektronischen-patientenakte-in-zukunft-2097720?tkcm=aaus>).

die Entscheidung im wahrsten Sinne des Wortes handhabbar und gerade die analoge Form vermittelt Sicherheit gegenüber einer unklaren und mitunter abstrakten Datenlage. Ein Beispiel, das solche Bedenken eher stützt als ausräumt, ist der Notfallpass des iPhones, dessen Grundeinstellung ohne aktive Änderung »Organspender« ist; um eine andere Entscheidung zu treffen, müssen Besitzer*innen dieses Geräts nicht nur über diese Funktion informiert sein, sondern auch aktiv eine Änderung vornehmen.

Im Feldgespräch mit der Pressestelle der DSO bestätigt die Sprecherin, dass jede Form von App oder digitaler Erklärung derzeit wegen der fehlenden Originalunterschrift keine Gültigkeit besitzt, das Telefon als Träger der Information reicht als Wahrhaftigkeitsmarker des Dokuments also nicht aus. Interessant ist im Zusammenhang mit dem »digitalen Ausweis« auch der vergleichende Blick nach Finnland:⁶⁸ Im Jahr 2013 wurde dort eine Widerspruchsregelung eingeführt. Eine Erklärung zur Organspende kann online in der »OmaKanta« (übersetzt so viel wie »MeineBank«, im Sinne von Datenbank) abgegeben und gemeinsam mit anderen Gesundheitsdaten abgespeichert werden.⁶⁹ Obgleich in Finnland also jede Person, die keine Erklärung zur Organspende abgegeben hat, automatisch als Organspender*in gilt, wird der finnische Organspendeausweis weiterhin intensiv beworben. Die Besonderheit dieses Dokuments – im Unterschied zum deutschen Organspendeausweis – besteht darin, dass es hier keine Option gibt, einer Organspende zu widersprechen. Der Besitz eines unterschriebenen Ausweises unterstreicht somit lediglich das ohnehin gegebene Spender*in-Sein.

Im Jahr 2020 wurde im Zuge der nationalen Organspendewoche nicht nur der gelbe finnische Organspendeausweis, sondern erstmals in einer YouTube-Kampagne auch eine entsprechende App beworben, die die persönliche Erklärung zur Organspende speichern soll. Toms Geldbeutel sei bereits voll mit Karten gewesen, heißt es in dem Video, weshalb dieser nun die Organspende-App nutzen würde.⁷⁰ Die Ausweis-App kann im Unterschied zum Notfallpass nicht ohne Weiteres durch Dritte von einem entsprechend geschützten Smartphone abgerufen werden, sondern benötigt eine erfolgreiche Entsperrung des Telefons. Die Daten der App sind zudem nicht zentral gespeichert oder abrufbar, was die Wahrscheinlichkeit, dass das Ausfüllen der App einen tatsächlichen Beitrag zur Willensfeststellung von Patient*innen leistet, gering erscheinen lässt. Wie der finnische Organspendeausweis hat auch die durch die Figur »Tom« beworbene App nur eine Option: »Ja« zur Organspende. Die *OmaKanta* als einzige Möglichkeit, eine Entscheidung gegen Organspende wirksam zu hinterlegen, wird in der gesamten Kampagne mit keinem Wort erwähnt, die Tatsache, dass ohne einen aktiven Widerspruch ohnehin jede Person als Organspender*in gilt, ebenfalls nicht.

Auf den ersten Blick erscheint dieses aktive Bewerben eines Ausweises in der finnischen Community paradox: Warum einen Ausweis bewerben, der keinen praktischen

68 Diese Recherche wurde 2020 durch ein *EDUFI Fellowship* des *Finnish National Agency of Education* ermöglicht.

69 Vgl. Kanta.fi: <https://www.kanta.fi/en/mykanta>

70 Die vollständige Übersetzung lautet: »Tom sagt, dass die Brieftasche bereits voll mit Karten war. Das ist zwar wichtig, aber es schien, als wäre kein Platz mehr für einen Organspendeausweis. Als der Organspendeausweis dann auch noch als Handy-App kam, hielt mich nichts mehr auf. Jetzt hat Tom die Informationen auch an Angehörige weitergegeben.«

Nutzen erfüllt? Zusammengefasst wird hier die Schwierigkeit deutlich, vor dem Hintergrund einer bereits eingeführten Widerspruchslösung Kampagnen zu gestalten, die weiterhin Aufmerksamkeit für das Thema Organspende generieren. Um der Kampagne auch eine praktische Handlungsmöglichkeit für potenzielle Spender*innen beizufügen, müsste streng genommen auch darüber informiert werden, dass und wie einer Organspende widersprochen werden kann. Sowohl der digitale als auch der analoge Ausweis fungieren somit weiterhin als Grenzobjekt, das zwar Aufmerksamkeit für das Thema schafft, praktisch aber kaum eine darüber hinausgehende Aufgabe erfüllen kann und im eigentlichen Sinne keine Spender*innen rekrutiert.

Lenken wir den Blick von Finnland nun zurück nach Deutschland, wird deutlich, dass die Existenz eines solchen Ausweises durchaus auch politische Dimensionen hat: Denn wo würde im Falle einer Widerspruchslösung ein »Nein« zur Organspende so dokumentiert, dass es im Fall des Hirntodes auch gehört bzw. gelesen würde, wenn es weder eine zentrale Erfassung von Gesundheitsdaten noch von Entscheidungen zur Organspende gibt? Wie sollte eine zentrale Registratur aussehen und wer würde diese administrativ verwalten, wo dem Ausweis der digitale bzw. staatlich registrierte Doppelgänger⁷¹ doch bislang fehlt?⁷² Wie kann weiterhin Aufmerksamkeit für das Thema geschaffen und zugleich ein vertrauensvolles Verhältnis zu potenziellen Spender*innen gepflegt werden? Wie würden Menschen über die Möglichkeiten ihrer Willensäußerung informiert und welches Mitspracherecht würde Angehörigen eingeräumt? Wie können die Persönlichkeitsrechte von Kindern und Menschen mit kognitiven Einschränkungen gewahrt werden? Würde auch weiter in öffentliche Kampagnen investiert, die dann aber auch kommunizieren müssten, wo die Willensäußerung, also das dann nur noch notwendige »Nein« wirksam hinterlegt werden kann?

Mit all diesen noch offenen Fragen hängt auch die Materialität und Medialität des Organspendeausweises zusammen, der bislang vor allem als Gesprächsanlass mit Angehörigen dient: Seine technische Beschaffenheit und ein mit ihm zusammenhängendes Netzwerk möglicher Patient*innendaten und staatlicher Registrierung, seine schlichte Existenz oder seine Abschaffung machen einen Unterschied dafür, wie Organspende als gesellschaftliche Praxis verstanden wird, und geben zugleich einen Rahmen vor, in dem sie ausagiert werden kann.

71 Vgl. Gröbner 2004: 10.

72 Mit der Gesetzesänderung im Jahr 2020 wurde auch die Einführung eines zentralen Organspenderegisters auf den Weg gebracht, das 2022 aktiv werden sollte. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) informiert bis 2023 noch darüber, dass das Register sich im Aufbau befindet und verweist auf die Möglichkeit zur Bestellung von Organspendeausweisen (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o.A.: <https://web.archive.org/web/20230604031901/https://www.bfarm.de/DE/organspende-register.html>)).

8.3 Der Organspendeausweis als statistisches Datum

Statistische Daten und deren grafische Aufbereitung sind ein beliebtes Kommunikationsmedium im Feld der Organspende⁷³ und ein wesentlicher Baustein dessen, was Engemann als »Regierungswissen«⁷⁴ bezeichnet. Nicht nur transplantierte Herzen oder Nieren, sondern auch der Organspendeausweis erscheint immer wieder als empirisches Datum; denn an ihm beziehungsweise an der Anzahl der in der Bevölkerung kursierenden Ausweise soll die Akzeptanz der Bevölkerung für die Aktivitäten der Transplantationsmedizin abgelesen werden. Abgefragt wird dabei sowohl ein generelles Befürworten der Organspende als auch, ob die Entscheidung in einem Organspendeausweis dokumentiert wurde.⁷⁵

In der folgenden Betrachtung des Organspendeausweises als Zahl und Grenzobjekt, das eine potenziell spendende Bevölkerung mit dem Transplantationssystem verbinden soll, werde ich zunächst zwei Formate in den Blick nehmen: Die biennalen Umfragen der BZgA, die Meinungen, Haltungen und Wissen in der Bevölkerung erfassen und die Statistiken der DSO, die das jährliche Transplantationsgeschehen abbilden. Von Interesse ist die Rolle des Organspendeausweises in diesen Darstellungen vor allem deshalb, weil sie als Ausgangspunkt für zentrale Narrative gelten können, die in verkürzter Form immer wieder Schlagzeilen machen und das öffentlich greifbare Wording prägen. Zudem lässt sich rekonstruieren, wie der Organspendeausweis einerseits als »Heilsbringer« gehandelt wird, der für mehr gespendete Organe sorgen könnte, andererseits in der praktischen Umsetzung von Transplantationen eine vergleichsweise geringe Rolle spielt.

Werfen wir also zunächst einen Blick auf die Umfragewerte der BZgA seit 2012: Ein wesentlicher und kontinuierlicher Bestandteil des Fragenkatalogs sind die Abfrage einer generellen Befürwortung der Organspende und die Frage nach dem Besitz eines Organspendeausweises. Die Umfragen der letzten zehn Jahre zeigen relativ konstante Werte: Der größere Teil, ca. 80 % der Bevölkerung, steht einer Organspende generell positiv gegenüber.⁷⁶ Der generell befürwortenden Einstellung (»passive Akzeptanz«) wird sowohl die Frage nach der konkreten Zustimmung (»aktive Akzeptanz«) als auch ein detaillierter Fragenkatalog über die Praktiken der Willensdokumentation gegenübergestellt.⁷⁷

So wird unter anderem gefragt, ob man von der Existenz des Organspendeausweises wisse, ob man einen besitze und ob bzw. wie man ihn ausgefüllt habe. Von den Befragten

73 Vgl. auch Böhler 2018.

74 Engemann 2013: 211.

75 Seit 2020 wird auch die Dokumentation in einer Patient*innenverfügung miterfasst. Vgl.: BZgA 2021: https://www.organspende-info.de/fileadmin/Organspende/05_Mediathek/04_Studien/Info-Blatt-27.-April-2021.pdf

76 Laut BZgA waren es 2010: 79 %, 2012 und 2013: 79 %, 2014: 80 %, 2016: 81 %, 2018: 84 % und 2020: 82 %. Vgl. BZgA (o.J.) b:

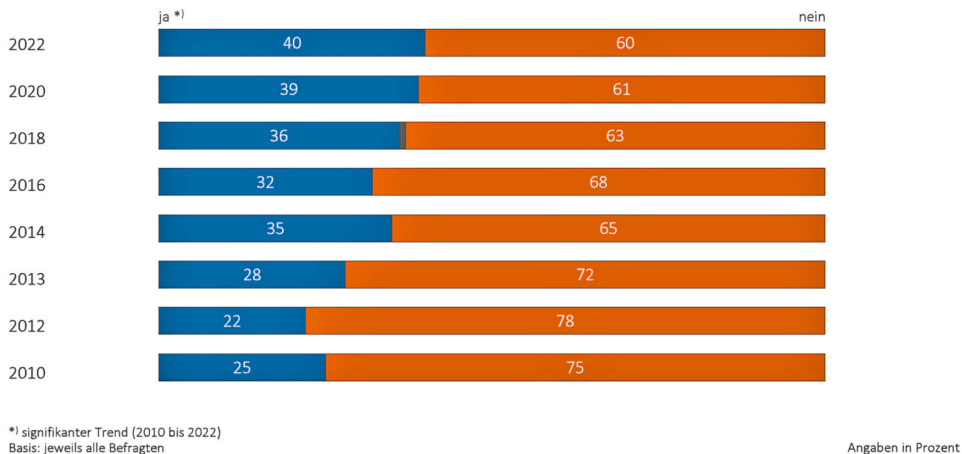
77 In den Umfragen nach 2014 wird nicht mehr ausschließlich nach dem Organspendeausweis gefragt, sondern nach der Dokumentation des Willens. Die dokumentierten Willensbekundungen werden nun nach Ausweis und Patient*innenverfügung differenziert, da sich laut BZgA hier Unterschiede in der Entscheidung feststellen lassen. In der Patient*innenverfügung wird die Entscheidung wesentlich häufiger auf Dritte übertragen. (vgl. BZgA (o.J.) b: <https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/die-repraesentativbefragung/>)

geben meist um die 30 % bis 40 % an, einen Organspendeausweis zu besitzen. So gaben 2020 39 % der Befragten an, dass ein solches Dokument in ihrem Besitz sei, im Jahr 2022 40 %.⁷⁸

Die grafische Darstellung der Ergebnisse ist in den charakteristischen Farben des Organspendeausweises gehalten. Diese Farbcodierung dient nicht nur der Wiedererkennbarkeit, sondern kann auch als visuelles Framing gelesen werden: Während das »Ja« in einem ruhigen Blau erscheint, ist das »Nein« in einem auffälligen Orange gehalten – einer Farbe, die kulturell häufig mit Warnung assoziiert wird. So entsteht eine subtile Wertung, bei der die Zustimmung zur Organspende auch visuell als bevorzugte Option inszeniert wird.

Abbildung 21: Grafik zum Besitz von Organspendeausweisen

Haben Sie selbst einen Organspendeausweis?



Bildquelle: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln

Zu diesem Zeitvergleich der vergangenen Jahre resümiert die Bundeszentrale: »Die Erhebungsergebnisse zeigen über den gesamten Untersuchungszeitraum betrachtet eine signifikante Steigerung des Anteils der Befragten, die einen Organspendeausweis besitzen [...]«. ⁷⁹ Dennoch gilt die Anzahl der in der Bevölkerung kursierenden Organspendeausweise meist als »zu niedrig« und das Narrativ dieser, im Vergleich zur generellen Bereitschaft geringen, Ausweisquote hält sich bis heute hartnäckig. So heißt es auch im Zusammenhang mit dem Vorstoß des damaligen Gesundheitsministers Jens Spahn in Richtung Widerspruchslösung in den Jahren 2018 und 2019 immer wieder: »Viel zu

78 Vgl. auch Zimmering und Hammes 2023 sowie für das Jahr 2020 Zimmering und Caille-Brillet 2021.

79 Zimmering und Hammes 2023: 29.

wenige Menschen haben einen Organspendeausweis.«⁸⁰ Oft wird die Spendenbereitschaft der Bevölkerung der Zahl der Ausweise auch explizit defizitär gegenübergestellt. So schreibt etwa *Die Welt*:

»Zwar zeigen Umfragen immer wieder, dass eine Mehrheit der Menschen die Organspende befürworten. Etwa 80 Prozent sehen das Thema laut der letzten Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eher positiv. Tatsächlich besitzen aber nur 36 Prozent der Bürger einen Organspendeausweis.«⁸¹

Oder die Heilbronner Stimme:

»Laut einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 2018 stehen 84 Prozent der Deutschen einer Organ- oder Gewebespende eher positiv gegenüber. Das Problem: Nur etwa 35 Prozent haben ihre Entscheidung in einem Organspendeausweis festgehalten.«⁸²

In einer unter anderem von der *Süddeutschen Zeitung* übernommenen *dpa*-Meldung wird das Ausweis-Defizit der Bürger*innen als »bedenklich«⁸³ beschrieben, im *Alp-Boten* ist von einem (eklatanten) »Widerspruch«⁸⁴ die Rede, um hier nur einige wenige Beispiele aufzuführen. Die Quantität von Ausweisen wird dabei nicht nur als mangelhaft bewertet, sondern immer wieder auch als Argument für die Einführung einer Widerspruchslösung angeführt. Kurz gesagt: Wenn Menschen sich weigerten, Ausweise bei sich zu tragen (oft wird auch von »beantragen« gesprochen, was suggeriert, es gebe hierfür nur eine zentrale Stelle) müsse man sie eben ohne Ausweis zu Spender*innen machen. Zugleich scheint immer wieder auch die Idee auf, mehr Organspendeausweise würden mehr Spender*innen generieren und könnten »Leben retten«. Ein Beispiel dafür, wie diese Erzählung sich auch öffentlich materialisiert, ist die *Life-Time Clock*, eine Installation, die 2016 und 2017 auf dem Tag der Organspende zu sehen war.

80 Vgl. Hamburger Abendblatt 2018: <https://www.morgenpost.de/politik/article402343372/jens-spahn-ohne-widerspruch-sollte-jeder-organspender-sein.html>

81 Heinemann und Kaiser 2018: <https://www.welt.de/wirtschaft/article181410776/Organspende-Was-die-Widerspruchsloesung-gefaehrden-koennte.html>

82 Heilbronner Stimme 2018: 9.

83 DPA 2018: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/dresden-klebsch-fuer-widerspruchsloesung-bei-organspende-dpa-urn-newsml-dpa-com-20090101-180904-99-817563>

84 Ferber 2018: 17.

Abbildung 22: Life-Time Clock, Tag der Organspende 2016, München



Bildquelle: privat

Abbildung 23: Life-Time Clock, Nahaufnahme, Tag der Organspende 2016, München



Bildquelle: privat

Die übergroße, auf dem zentralen Platz der jeweiligen Stadt aufgestellte Sanduhr kann von Besucher*innen nicht nur umrundet und berührt werden; auch Organspendeausweise können aus einer dafür vorgesehenen Halterung entnommen werden. Über der Halterung können Besucher*innen den folgenden Text lesen:

»KEVINS LEBENSZEIT LÄUFT AB: MINUTE FÜR MINUTE:

Seit vier Jahren wartet Kevin auf ein Spenderherz. Nur eine Organspende kann sein Leben retten. Über 10 000 Patienten warten in Deutschland auf ein Spenderorgan. Tag für Tag sterben zwei oder drei von ihnen. Entscheiden Sie sich jetzt für einen Organspendeausweis.«

Die Gesamtkomposition aus der Uhren-Skulptur, dem Text und dem interaktiven Element der Ausweis-Halterung legt nahe, Besucher*innen könnten Kevins Leben mit einem Organspendeausweis retten:⁸⁵ sie sollen sich nicht etwa für eine Organspende bzw. die Bereitschaft zur Organspende entscheiden, sondern für einen Ausweis.

Dass solcherlei Insinuationen eine sehr verkürzte Darstellung der Kausalzusammenhänge zwischen Organspendeausweisen und erfolgreichen Organtransplantationen sind, lässt zeigt der Blick auf die Berichte der DSO. Hier werden jährlich Transplantationszahlen veröffentlicht, die unter anderem zeigen, an wie vielen potenziellen Spender*innen tatsächlich eine Transplantation durchgeführt wurde.

Der Organspendeausweis spielt in diesen Darstellungen folglich nur dann eine Rolle, wenn es (retrospektiv) um die Feststellung des Patient*innenwillens geht, nicht aber für die Spender*innen-Rekrutierung. Von 2006 bis 2020 wurde in den Berichten die Zahl der realisierten Spenden den möglichen Organspender*innen gegenübergestellt, also Fällen von Patient*innen, bei denen der IHA festgestellt wurde.

Hier zeigt sich nicht zuletzt auch, dass Patient*innen, die rechtzeitig und unter intensivmedizinischer Aufsicht als hirntot diagnostiziert werden, vor dem Hintergrund von über 900.000 Todesfällen pro Jahr,⁸⁶ ein vergleichsweise seltenes Ereignis sind, da, wie wir in der Abbildung sehen können, im Durchschnitt nur etwas über 1.000 Menschen jährlich überhaupt zu (medizinisch) möglichen Spender*innen werden.⁸⁷

85 Vgl. hierzu auch Böhler 2018: 358f und Böhler 2022: 240.

86 Statista 2025b: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/>

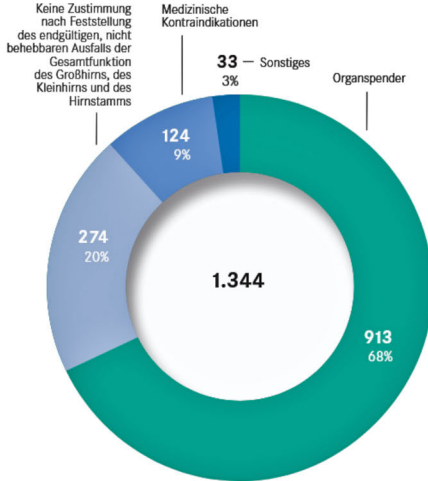
87 Vgl. auch Böhler 2022: 230 und DSO (o.A.).

Abbildung 24: Tortendiagramm »Mögliche Organspender« 2020

29

Mögliche Organspender

Deutschland 2020 | Anzahl und prozentualer Anteil
DSO 090



Mögliche Organspender

Verstorbene, bei denen der Tod nach den Richtlinien der Bundesärztekammer festgestellt worden ist und bei denen keine medizinischen Ausschlussgründe zur Organspende aufgrund der Organfunktion oder der Gefährdung des Empfängers durch übertragbare Krankheiten vorliegen, werden als mögliche Organspender bezeichnet.

Im Jahr 2020 gab es bundesweit 1.344 mögliche Spender (2019: 1.371, 2018: 1.416). 68 Prozent von ihnen wurden tatsächlich Organspender (2019: 68, 2018: 67, 2017: 68 Prozent). Dies entspricht 913 Organspendern (2019: 932, 2018: 955) **Abb 29**.

In 274 der 1.344 Fälle von möglichen Organspendern fehlte die Zustimmung zur Organspende durch die Angehörigen, nachdem der irreversible Hirnfunktionsausfall und damit der Tod festgestellt wurden. Der Anteil dieser nicht realisierten Organspenden betrug im Jahr 2020 insgesamt 20 Prozent (2019: 21, 2018 und 2017: 24 Prozent der Fälle).

Fälle, bei denen die Angehörigen von sich aus eine Organspende vor der Todesfeststellung ausgeschlossen haben, werden von der DSO nicht erfasst.

Bildquelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)

Aus diesen Zahlen ergibt sich für das Jahr 2020 eine Realisierungsquote von 68 % – eine Quote, die in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen ist (im Jahr 2006 beispielsweise waren es noch 64,29 %). Aus dem Tortendiagramm der DSO geht zudem hervor, dass in nur 20 % der Fälle fehlende Zustimmung der Grund für eine nicht realisierte Spende war, denn auch nach Feststellung des Hirntodes gab es medizinische Kontraindikationen und nicht weiter benannte sonstige Ausschlussgründe. Aus den Berichten geht zudem hervor, dass in den wenigsten Fällen ein Organspendeausweis oder eine sonstige schriftliche Äußerung eine Rolle bei der Feststellung des Patient*innenwillens gespielt hat. Der Kausalzusammenhang zwischen einem ausgefüllten Organspendeausweis und der Rettung eines oder mehrerer Leben durch eine Transplantation ließe sich folglich allenfalls darüber herstellen, dass ein Organspendeausweis als Gesprächsanlass gedient haben könnte, durch den später befragte Angehörige über den Willen der verstorbenen Person informiert waren.⁸⁸

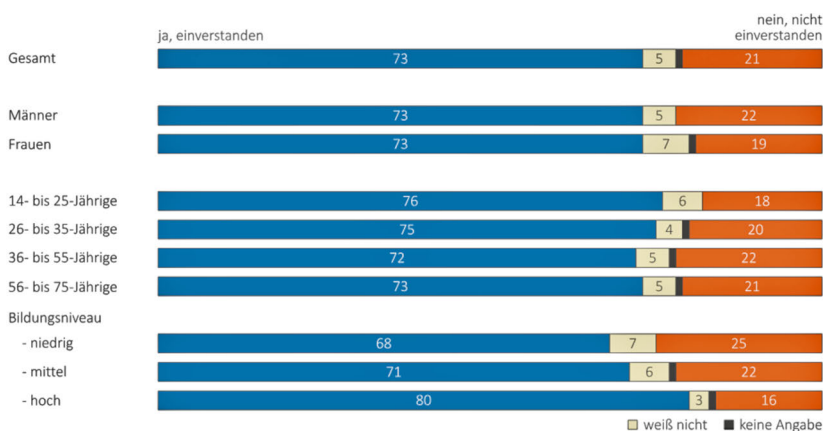
Vergleicht man diese Daten wiederum mit dem von der BZgA veröffentlichten Stimmungsbild, das »aktive Zustimmung«, also generelle Befürwortung, von »passiver Zustimmung«, also der Bereitschaft sich Organe entnehmen zu lassen, unterscheidet,

88 Aus dem Interview mit dem beruflich in Transplantationsprozesse involvierten Theo und Hintergrundgesprächen im Feld geht hervor, dass es – ungeachtet der Rechtsgültigkeit eines unterschriebenen Ausweises – nicht gängige Praxis ist, sich über den Willen von Angehörigen hinwegzusetzen. Traumatisierte Angehörige, die sich an eine breitere Öffentlichkeit wenden, würden, so die Befürchtung, dem Transplantationssystem gegebenenfalls mehr schaden, als eine einzelne Spende nützen würde.

ergibt sich eine nur geringfügige Differenz zwischen der hypothetischen und der faktischen Zustimmung bzw. Ablehnung. Zuletzt erklärten 21 % der Befragten mit einer Entnahme von Organen und Geweben nicht einverstanden zu sein (siehe Abbildung), – und damit sogar 1 % mehr als in der realen Transplantationssituation des Jahres 2020 (20 %).⁸⁹

Abbildung 25: Grafik »Zustimmung zu Organspende«

Wären Sie grundsätzlich damit einverstanden, dass man Ihnen nach Ihrem Tod Organe und Gewebe entnimmt - oder wären Sie damit nicht einverstanden?



Basis: 4.001 Befragte

Angaben in Prozent

Bildquelle: © Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln

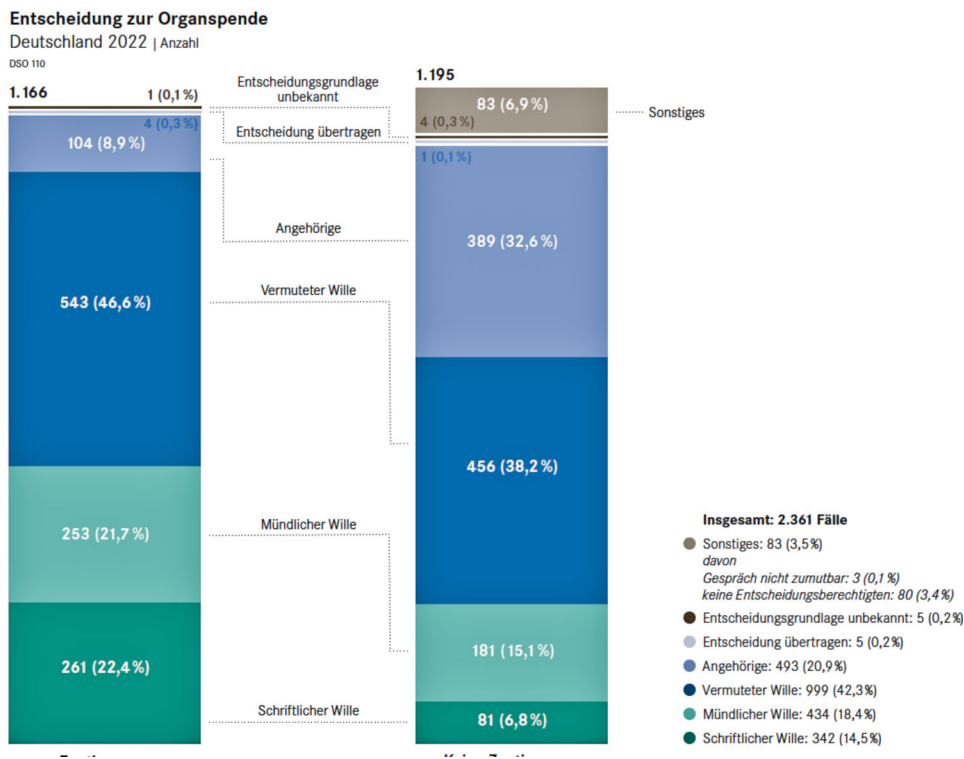
Zahlen wie diese lassen sich unterschiedlich auslegen. Die folglich ebenfalls mögliche Interpretation, dass die faktischen Transplantationsraten im Wesentlichen auch das Stimmungsbild in der Bevölkerung abbilden und die Akzeptanz in der Bevölkerung kontinuierlich anzusteigen scheint, findet jedoch keinen Platz im öffentlichen Diskurs. Wer also eine Widerspruchslösung fordert und zugleich mit dem freien Patient*innenwillen argumentiert, müsste im Lichte dieser Darstellung davon ausgehen, dass eine solche Gesetzesänderung entweder keinen signifikanten Einfluss auf die Spendenraten hätte oder daraufsetzen, dass Menschen gegebenenfalls auch gegen ihren Willen Organe und Gewebe entnommen werden könnten, vor allem dann, wenn der Organspendeausweis weiterhin das Mittel der Wahl zur Willensfeststellung bliebe.

Seit 2021 gibt es in den Berichten der DSO keine Darstellung der Spendenzahlen mehr, wie wir sie zuvor in der Tortengrafik gesehen haben. Der Jahresbericht von 2022 zeichnet ein völlig anderes Bild: Fast die Hälfte aller möglichen Organspenden wurde abgelehnt.⁹⁰

⁸⁹ Vgl. Zimmering und Caille-Brillet 2021.

⁹⁰ Vgl. DSO 2023: 56.

Abbildung 26: Grafik »Entscheidung zur Organspende« 2022



Bildquelle: Deutsch Stiftung Organtransplantation, DSO

Zudem zeigt die neue Darstellung der DSO die verhältnismäßig geringe Zahl schriftlicher Willensbekundungen (also unter anderem von Organspendeausweisen), was zunächst als Widerspruch zu den vorsichtig optimistischen Prognosen der BZgA erscheinen mag.

Doch auch dieser scheinbar eklatante Einbruch ist offenkundig eine Frage der Darstellung und der Interpretation. Der wesentliche Unterschied zu den vorherigen Visualisierungen der DSO besteht in der Zahl der möglichen Spender*innen. Als solche gelten nun nicht mehr nur Patient*innen bei denen der IHA festgestellt wurde, sondern auch gemeldete Patient*innen, bei denen letztlich kein IHA festgestellt werden konnte. Daraus ergibt sich eine höhere Zahl an Fällen (2.361) im Unterschied zu den sonst über die Jahre relativ stabilen etwas über 1.000 Hirntoten. Angehörige wurden hier folglich in unterschiedlichen Stadien des Prozesses und offenbar auch vor Feststellung des Hirntodes befragt, was zu einigen Unklarheiten führt:

- Offen bleibt beispielsweise, ob die Zustimmung vielleicht auch deshalb nicht gegeben war, weil die gemeldete Person aus medizinischen Gründen nicht als Spender*in infrage kam und wie sich eine ggf. noch nicht erfolgte Todesfeststellung auf die Entscheidung auswirkt.

- Unklar bleibt zudem, ob im Falle einer Eignung als Spender*in, also im Falle einer IHA-Feststellung, nicht doch eine Zustimmung erfolgt wäre.
- Unter den hier gezählten Fällen lassen sich zudem auch Eltern von Minderjährigen, die ggf. noch keine Willensäußerung tätigen konnten, vermuten. Für Fälle, in denen die Verstorbenen zu jung für eine schriftliche oder gar mündliche Willenserklärung waren oder kognitive Beeinträchtigungen bestanden, scheinen die in der Visualisierung angegebenen Parameter der Willenserklärung folglich wenig plausibel.

Ungeachtet dieser Unklarheiten gibt es erneut klare Auslegungen der im Bericht von 2022 genannten Zahlen. So heißt es in der Zeitschrift der Bundesärztekammer:

»Die Pandemie ist aber nicht der einzige Grund für den Rückgang. Sehr wichtig ist laut DSO, dass oft die Zustimmung zur Organspende fehlt. Bei den 2.387 organspendebezogenen Kontakten im Jahr 2022, die nicht zu einer Organspende führten, scheiterte die Spende 1.185 Mal an einer fehlenden Zustimmung, also in rund der Hälfte der Fälle. Die weitere Analyse zeigt, dass bei vorliegendem schriftlichem oder mündlichem Willen der Verstorbenen eine Zustimmung in zwei Drittel (sic!) der Fälle erfolgt. »Wenn Angehörige aber allein nach ihren eigenen Wertvorstellungen entscheiden müssen, stimmen sie in rund 80 Prozent der Fälle einer Organspende nicht zu, obwohl Umfragen immer wieder die positive Einstellung der Bundesbürgerinnen und -bürger belegen«, hieß es aus der DSO. Würden mehr Menschen ihre selbstbestimmte Entscheidung dokumentieren, könnte das aus Sicht der Stiftung also dazu beitragen, dass mehr Organe gespendet werden.«⁹¹

Diese spezifische Darstellung legt nahe, verantwortlich für die als zu gering erachtete Zahl von Organspenden seien die Angehörigen. In einem Tweet eines Mediziners heißt es:⁹²

»Organspendebericht 2022 mit sinkenden Zahlen. Fehlende Zustimmung ist der Hauptgrund dafür, dass eine #Organspende nicht durchgeführt wird. Wenn Angehörige allein entscheiden müssen, stimmen sie in 80 % der Fälle nicht zu.« (Der Beitrag ist mit dem Bild eines Organspendeausweises illustriert).

Auch hier werden, ohne den Kontext zu nennen oder die Zahl in die Gesamtanzahl organspendebezogener Kontakte einzuordnen, die 80 % Ablehnung von Angehörigen ins Feld geführt. Die genannten 80 % beziehen sich allerdings nur auf die 493 Fälle, in denen diese ohne jeglichen Anhaltspunkt und zum Teil vor Feststellung des IHA entscheiden mussten. In diesen 493 Fällen lehnten tatsächlich 79,9 % die Organentnahme ab. In der Gesamtschau aller organspendebezogenen Kontakte macht diese Gruppe allerdings nur knapp 16,5 % aus.

91 Ärzteblatt 2023: <https://www.aerzteblatt.de/news/warum-die-zahl-der-organspenden-zurueckgegangen-ist-5121ca84-7a4d-4bf7-9fad-747f6ea3ffe3>. Hervorhebung im Original.

92 Das Profil nennt explizit auch Arbeitsort, Einsatzgebiet und Funktion, da es sich jedoch nicht um ein verifiziertes Profil oder einen offiziellen Account der Einrichtung handelt, und es mir zusätzlich nicht um die Einzelperson selbst, sondern um den Kern der Aussage geht, habe ich hier auf genauere Angaben oder das Einfügen eines Screenshots verzichtet.

Zusammengefasst zeigt diese kurze Reise in die Quantifizierung des Organspendeausweises, der ungeachtet seiner geringen Relevanz in der klinischen Praxis der Willensfindung meist für die Entscheidung zur Organspende steht, wie das Objekt Ausweis auf unterschiedliche Art argumentativ zum Einsatz kommt: Wenn Organspendeausweise »Leben retten« geht dies oft einher mit Ermahnungen wegen der geringen Zahl ausgefüllter Ausweise beziehungsweise Ermunterungen, mehr Organspendeausweise auszufüllen. Reicht der Organspendeausweis und mit ihm die Zustimmungslösung in der Wahrnehmung der jeweiligen Akteur*innen nicht mehr aus, wird meist eine Widerspruchslösung gefordert, um denjenigen beizukommen, die mutmaßlich sich und/oder ihre Angehörigen einer Organentnahme entziehen wollen.

Eine alternative Auslegung der Daten von BZgA und DSO könnte jedoch auch sein, dass eine Transplantationsrate von knapp 70 % für ein Land, in dem die generelle, also hypothetische, Zustimmung zu Organspenden bei ca. 80 % liegt und das zudem auf aktive Zustimmung setzt keine schlechte Quote ist. Sie ließen sich auch so interpretieren, dass die Zahlen der faktisch durchgeführten Transplantationen, eingerechnet, dass ein Teil der wegfallenden gut 30 % auch aus anderen Gründen als mangelnder Zustimmung weggefallen ist, sich auch weitestgehend mit dem Stimmungsbild in der Bevölkerung decken. Es könnte hervorgehoben werden, dass nicht nur die Tendenz zur Zustimmung, sondern auch die Bereitschaft, diesen Willen zu dokumentieren und gegebenenfalls öffentlich zu äußern, in der Bevölkerung steigend zunimmt.

Es wäre zudem möglich, aus den Fällen derer, die sich ohne jeglichen Anhaltspunkt letztlich gegen die Freigabe der Organe ihrer Angehörigen entschieden haben, klarer hervorgehen zu lassen, unter welchen (zusätzlichen) Bedingungen diese Entscheidung getroffen wurde. Die strukturelle Schwäche des Ausweises, die ihn in diesem Zusammenhang eher symbolisch als rechtskräftig erscheinen lässt, ermöglicht es also auch, ihn zu vielfältigen kommunikativen Zwecken einzusetzen. In welcher Weise der Ausweis als offizielles Dokument auch öffentliches Wissen über Organspende prägt und welcher Art die Verbindung ist, die er als Grenzobjekt zwischen sozialen Welten stiftet, ist, wie wir hier sehen konnten, auch Bestandteil strategischer, gesundheitspolitischer Entscheidungen.

Der Beitrag einer enttäuschten Person auf Facebook in Reaktion auf die Ablehnung der Widerspruchslösung im Jahr 2020 illustriert eindrucksvoll, wie die Idee des Zusammenhangs von Organspendeausweisen und politischem Klima antizipiert werden kann:⁹³ Sie spricht von Wut und Trauer, schlägt aber auch vor, nun in einer Art konzentrierten Aktion bei Ämtern und Behörden nach Organspendeausweisen zu fragen und diesen so zu signalisieren, dass diese nun hier zum Ausfüllen bereitliegen sollten. Hier geht es weniger darum, wie im Falle der *Life-time Clock*, Leben zu retten, sondern vor allem darum, politisch gegenzusteuern, wofür der Organspendeausweis als passendes Instrument in Betracht gezogen wird. Der Beitrag zeigt vor allem eine Funktion des Organspendeausweises: Es kann (unabhängig von der faktischen Wirkung auf die Entscheidung des Bundestages oder auf die Transplantationszahlen) etwas getan werden.

93 Aus Datenschutzgründen wurde hier auf die Wiedergabe des direkten Zitats verzichtet.

8.4 Die ›offizielle‹ Wirkung des Organspendeausweises

Nicht nur der Materialität und Quantität von Organspendeausweisen werden Wirkungen unterstellt, auch seine visuelle Gestaltung nimmt Einfluss auf die Wahrnehmung von Organspende als gesellschaftlicher Praxis. Nehmen wir dafür zunächst erneut unseren ›Urausweis‹ (vgl. Kapitel 4). Neben der wiedererkennbaren Farbkombination sind es zwei visuelle Bausteine, die in den Interviews, die für dieses Projekt geführt wurden, eine besondere Wirkung entfalten: der Bundesadler und das Paragraphenzeichen »§« mit Verweis auf das Transplantationsgesetz. Sie verleihen ihm einen offiziellen Charakter und verweisen auf eine gesetzliche Einbettung. Letzteres beeindruckt den Interviewten Juhani, als dieser sich seinen finnischen Organspendeausweis im Vergleich mit der deutschen Plastikkarte ansieht. »You have a plastic card!«, ruft er überrascht aus.

Nicht nur das Material der finnischen Karte (»it's made of cardboard«) lässt ihn daran zweifeln, ob sein Ausweis ein »offizieller« Ausweis ist. »It's all just associations« (denn nur Vereine werden auf der finnischen Karte erwähnt), während die deutsche Karte immerhin »some legislation thing« aufweise. Damit meint er den Verweis auf das Transplantationsgesetz mit dem für ihn auch ohne deutsche Sprachkenntnisse erkennbaren §-Zeichen. »I don't see any in the Finnish version ...so...it's quite...plain...I dunno. It's a bit useless in that sense«, findet er. Ein Organspendeausweis mit Paragraphenzeichen erscheint ihm folglich wirksamer als einer, der nur auf einen Verein oder eine Patient*innenorganisation verweist.

Obgleich (auch in Deutschland) jede Institution oder Einzelperson ihre eigenen Organspendeausweise gestalten kann, gibt es mit Blick auf unseren Urausweis doch ein paar Regeln, die sowohl das Element Bundesadler als auch die in den Textbausteinen verwendeten Formulierungen betreffen. So erklärt mir Karolin, als Mitarbeiterin einer dem Transplantationssystem nahestehenden Einrichtung:

»K: Ja. Aber das ist – also das ist der einzige, das ist der offizielle, und der darf auch nicht verändert werden. Also das Einzige, was man verändern darf, ist hier sein eigenes Logo einsetzen, aber sonst darf der nicht verändert werden. Das ist ... wie nennt sich das? Eine Verwaltungsvorschrift.

Also deswegen haben wir auch das Problem, dass wir zum Beispiel, irgendwo war da was. Hier (nimmt einen der Ausweise, die vor uns auf dem Tisch liegen) dieses »oder«, das ist eigentlich nicht so ganz... Da müsste »und« stehen anstelle von »oder«. Das Problem ist, dass es eine Verwaltungsvorschrift ist. Deshalb müsste es durch den Bundestag, um geändert zu werden, der Text. Mit einer Zweidrittelmehrheit. Und das ist einfach zu aufwendig.

I: Aber dann könnte man jetzt ja auch einfach sagen ... hier steht jetzt zum Beispiel nur etwas von Organen, ne?

K: Ja, das ist ja egal, man kann ja ... also das ist ja relativ irrelevant, weil man kann das auch einfach, ich kann mir jetzt auch hier da das Stückchen Papier rausrupfen, draufschreiben: »Ich bin Organspender«, oder: »Ich bin kein Organspender«, Datum und Unterschrift, und dann ist das auch ...

I: Und wofür braucht man dann Verwaltungsvorschriften?

K: Das ist halt einfach, weil es ein offizielles Dokument ist, weil da der Bundesadler drauf ist. Deswegen ist es ein offizielles Dokument der Regierung. So habe ich das ver-

standen, und die darf man halt nicht einfach verändern. Weil es halt, ne, da ist offiziell das Zeichen drauf, und damit ...

I: Wobei, ich habe jetzt schon so viele ...

K: Und jeder kann sich seinen eigenen Organspendeausweis kreieren, das ist völlig egal. Das kann jeder machen, wie er will. Aber wenn er mit dem offiziellen arbeitet, darf er halt nur das da einfügen, aber sonst nicht verändern.«

Für Karolin ist klar, dass der Organspendeausweis inhaltlich austauschbar ist, seine besondere Autorität jedoch aus der staatlichen Symbolik – allen voran dem Bundesadler – bezieht. Sie nimmt an, dass der Bundesadler und das Layout den Ausweis zum »offiziellen Regierungsdokument« machen, das nicht verändert werden darf, was juristisch zwar nicht exakt ist,⁹⁴ aber auf ihre Interpretation der amtlichen Symbolik schließen lässt.

Unser Urausweis basiert folglich auf einer Vorlage, an der bestimmte Aspekte verändert werden dürfen: Darunter Material und Größe sowie der Einsatz eigener Logos an bestimmten Stellen. Die Regeln im Umgang mit Design, Text und Symbolen werden zugleich ausgehebelt dadurch, dass im Zweifelsfall jedes Schriftstück als rechtsgültiges Dokument gilt. So ist der Organspendeausweis einerseits ein staatliches Dokument, zugleich aber strukturell so offen, dass (im Unterschied zu einem Führerschein oder einem Personalausweis) fast jede Form der Imitation möglich ist. Gerade die Möglichkeit, die offizielle Vorlage auch mit eigenen Logos zu versehen, macht ihn zum Grenzobjekt, das eine institutionenübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht.

Im Interview mit Lisa lerne ich eine alternative Version des Ausweises, die »nette Karte«, kennen: eine himmelblaue Plastikkarte mit weißen Wolken, die sie und ihre Geschwister von ihrer Mutter bekommen haben.

94 Anmerkung zur Einordnung dieser Aussage: Eine Zweidrittelmehrheit im Bundestag braucht es etwa für Änderungen des Grundgesetzes, nicht aber für die Änderung von Verwaltungsvorschriften. Diese müssen auch nicht im Bundestag abgestimmt werden. Allerdings gibt Regeln für die Verwendung des Bundesadlers. Zum Begriff der Verwaltungsvorschrift vgl. Bundesregierung 2023: https://www.verwaltung-innovativ.de/DE/Gesetzgebung/Projekt_eGesetzgebung/Handbuecher_Arbeitshilfen_Leitfaeden/Hb_vorbereitung_rechts_u_verwaltungsvorschriften/Teil_VI_Verwaltungsvorschriften/2_Ermaechtigung_zum_Erlass/2_Ermaechtigung_zum_Erlass_node.html

Abbildung 27: Organspendeausweis »Herzenswünsche e.V.«, Vorderseite

Organspendeausweis
nach §2 des Transplantationsgesetzes

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

UKM
Universitätsklinikum
Münster

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

DEUTSCHES HERZZENTRUM BERLIN®
STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

Bildquelle: privat

Abbildung 28: Organspendeausweis »Herzenswünsche« e.V., Rückseite

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/ Gewebe zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

☐ Ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe entnommen werden.

☐ Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

☐ Nein, ich lehne eine Entnahme von Organen ab.

☐ Über Ja oder Nein soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

www.herzenswunsche.de

Bildquelle: privat

Auf die Frage, wie sie mit dem Thema »Organspende« in Kontakt gekommen ist, antwortet Lisa Folgendes:

»L: Also es wurde ja irgendwann...kam es plötzlich so in den Medien ich weiß nicht mehr genau wann das war, aber es ist schon n paar Jahre her ... und da wurde es dann populär, man hat da drüber gesprochen, [...] die Ärzte haben einen teilweise drauf angesprochen.

Wie ich jetzt zu meinem Organspendeausweis gekommen bin das war halt so, dass ich damals noch bei meinen Eltern gewohnt habe und wir haben alle den gleichen Haus-

arzt und meine Mutter war dann einfach mal da zu nem Termin, und da lagen halt auf der Theke Organspendeausweise und dann hat sie direkt für die ganze Familie welche mitgenommen, hat uns die gegeben.

Ich war, glaub ich, damals 16 oder so, wenn ich mich recht erinnere und hat sie die uns gegeben, und hat einfach gesagt »Ja, füllt die mal bitte aus.« Letztendlich kann man ja sogar auf'm Organspendeausweis verneinen. Also, des war jetzt nicht so ne Vorgabe, dass sie gesagt hat »spendet bitte«, sondern des war wirklich so: »Füllt's bitte aus und habt's, tragt's im Portemonnaie«. Und ich hab ihn dann damals ausgefüllt, es war auch so ne ganz nette Plastikkarte, nicht irgendwie so 'n Pappding, was die meisten haben, und ich glaub, meine Geschwister haben's auch ausgefüllt aber ob die's jetzt noch dabeihaben, weiß ich nicht. Hab ich nicht mit denen drüber gesprochen.«

Lisas Kontakt mit der Thematik entsteht also durch Organspendeausweise. Die Plastikkarte mit den Wolken gefällt ihr und hebt sich von Organspendeausweisen ab, die sie von anderen Leuten kennt – die »nette Plastikkarte« ist etwas Besonderes. Der »normale« Organspendeausweis »mit diesem Adler« sieht für sie aus, »als wäre es etwas Gesetzliches und nicht unbedingt was Medizinisches«. Ein medizinisches Aussehen findet sie dagegen in der rot-weiß gestalteten Schweizer Organspendekarte, deren Farbgebung an Symbole wie das Rote Kreuz oder das ebenfalls rote »Apotheken-A« auf weißem Grund erinnert.

Abbildung 29: Schweizer Organspendeausweis



Bildquelle: privat

Für Lisa geht das Konzept der staatlichen oder offiziellen Vorlage für ihre persönliche Entscheidung in einem medizinischen Feld folglich nicht auf.

Nach dem Interview mit Lisa füge ich die »nette Karte« meiner Sammlung von Ausweisen hinzu, die ich schließlich auch mit Theo diskutiere. Aus den vor ihm liegenden Karten wählt auch er zunächst eben diese Karte mit dem Wolkenmotiv (»Och, des'doch nett«) und vergleicht sie mit dem »normalen« Organspendeausweis (»Der is sehr amtlich hier, ne?«). An die Amtlichkeit des Ausweises schließt er die Vermutung an, dieser sei »nach Personalausweisart« entwickelt worden. Im Unterschied zu dieser eher nüchternen Sachlichkeit mit (in seinen Worten) »deutschem Reichsadler« lässt die nette Karte mit Himmel und Wolken »die Fantasie spielen«. Für Max wiederum ist der offizielle Organspendeausweis »schick und professionell« und der »deutsche Adler« vertrauens-erweckend.

Die Gesamtkomposition des offiziellen Organspendeausweises suggeriert, dass hinter dem Objekt eine größere Institution steht und dass es sich um eine rechtlich eingebettete und staatlich abgesegnete Angelegenheit handelt. Wie diese Verbindung von einzelnen potenziellen Spender*innen schließlich rezipiert wird, hängt also nicht zuletzt auch damit zusammen, wie viel Vertrauen sie den mit der Karte assoziierten Institutionen entgegenbringen. Verbunden mit der Vertrauensfrage kann die Präsenz des Ausweises in seiner standardisierten und damit auch leicht wiedererkennbaren Form auch Befürchtungen wecken. Diese Beobachtung macht zum Beispiel Karolin: »[...] es gibt ja auch diese weitverbreitete Angst, dass, also quasi man hat einen Organspendeausweis, und das erste, was der Sanitäter sagt, ist: ›Oh, dem helfe ich nicht mehr‹.«

Von eben dieser Angst, mit Organspendeausweis keine angemessene medizinische Versorgung zu erfahren, berichtet uns Anka:

»A: Meine Befürchtung ist, dass in einer Stresssituation – Ärzte sind ja auch Menschen – sie den Ausweis sehen und vielleicht gar nicht gucken, was drauf steht und sagen: ›Ah ja, okay. Ausweis ist da, Transplantation erlaubt‹.«

Anka würde auf dem Ausweis »Nein« ankreuzen, fürchtet jedoch, dass ihr Wille überlesen werden könnte, weil die reine Präsenz des Ausweises (wie im finnischen Modell) eine Bereitschaft zur Organspende signalisieren könnte. Ähnlich empfindet auch Jule, die wie wir bereits erfahren haben, keinen Ausweis besitzt und zeichnet folgendes Szenario:

»J: Und, genau man hat'n Unfall, ist sofort tot und dann ... stürzen sich alle auf deinen Organausweis und nehmen dich ganz schnell irgendwo hin, damit vielleicht noch dein ... irgendetwas ... intakt ist.«

Lisa teilt solche Zweifel nicht und vermutet die Lösung in der richtigen Platzierung und Deutlichkeit des Ankreuzens:

»L: Ne. Also das glaub ich wirklich nicht. Auch wenn man da ein eindeutiges Kreuz macht, dann glaube ich nicht, dass das irgendjemand überlesen könnte [...] dann hätte ich keine Angst, dass irgendjemand da etwas anders machen würde, selbst wenn ich »Nein« ankreuzen würde.«

Um die Wirkung des gesetzten Kreuzes zu illustrieren, verwendet sie das Beispiel eines Bestatters in ihrem Freundeskreis, durch den sie von den bürokratischen Praktiken des Todes zu berichten weiß. In ihrem Beispiel wird der Leichnam erst dann abgeholt, wenn der Arzt ein Kreuz an der richtigen Stelle des richtigen Blattes gesetzt hat: »Und da wird auch nicht gemogelt«, betont sie. Der Angst, dass eben doch gemogelt werden könnte, dass der Ausweis als Bote des Willens übersehen oder überlistet würde oder gar als eine Art Anti-Mojo⁹⁵ fungieren und damit auch Unglück über die Person bringen könnte, wird im öffentlichen Diskurs meist auf sehr ähnliche Art behandelt: Sie werden (wie von Karolin) für »Blödsinn« erklärt, gelten als irrational oder – wie in einer Video-Kampagne von 2016 deutlich wurde – als Ausrede.⁹⁶

Unter dem Motto »Keine Ausreden« bearbeitet das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege laut Pressemeldung »häufige Vorurteile und Ausreden im Zusammenhang mit Organspenden«⁹⁷ in kurzen Videoclips mit deutschen Comedians. Eine Szene aus dem Clip mit YouTuberin »Joyce« zeigt eine in einer Wohnungsküche nachgestellte OP-Szene, in der das Auffinden eines Organspendeausweises dazu führt, dass die »Operation« für eine Kaffeepause unterbrochen wird und die YouTuberin im blutverschmierten OP-Kostüm mit den Worten »Da müssen wir uns ja jetzt gar nicht so viel Mühe geben« den Raum verlässt. Die »Ausrede #2« (Ärzte würden sich weniger Mühe geben, um dann schneller an Organe zu kommen) wird schließlich durch eine kurze Erklärung über die Verpflichtung von Ärzt*innen und die Trennung von behandelndem und transplantierendem Personal entkräftet.⁹⁸ Obgleich sie offenkundig nicht immer ernst genommen werden, haben Ängste wie Anka und Jule sie formulieren doch reale Auswirkungen, etwa darauf, ob Personen einen Organspendeausweis haben und für ihre Willensäußerung nutzen möchten und ob er als verbindendes Grenzobjekt funktioniert. Es ist vielleicht auch die Angst vor dem, was Graeber als »strukturelle Dummheit« bezeichnet,⁹⁹ die Erfahrung mit verwirrenden oder dysfunktionalen Aspekten bürokratischer Ordnungssysteme und Akteur*innen, die gegebenenfalls ihrer eigenen Ordnung nicht gerecht werden können.¹⁰⁰

Die Angst vor Missbrauch ihres Ausweises und ihres Körpers geht für Jule aber noch mit einer anderen Empfindung einher: »Hm also ich interessiere mich schon lang dafür und laufe immer mit schlechtem Gewissen an den Kärtchen da vorbei, die man ausfüllen kann.« Obgleich sie sich als »super sozial« und »ultra engagiert« beschreibt, Attribute, die für sie zur Identität einer potenziellen Spenderin gehören, kann sie sich nicht entscheiden, einen Organspendeausweis auszufüllen, der sie in ihrer Wahrnehmung zwar moralisch aufwerten, zugleich aber auch gefährden würde. Diese Dissonanz kann Jule nicht auflösen.

95 Das Gegenteil eines Talismans oder Glücksbringers.

96 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention 2018: <https://web.archive.org/web/20210228194152/https://www.stmgp.bayern.de/presse/neue-internet-filme-werben-bei-jungen-leuten-fuer-organspendeausweis-das-motto-der/?output=pdf>

97 Ebd.

98 Joyce 2016: <https://www.youtube.com/watch?v=ltgDxAaxHIM>

99 Graeber 2015: 57.

100 Vgl. ebd.: 57–127.

8.5 Kartenspiele

Der Organspendeausweis als handhabbares Objekt macht es möglich, zum Teil komplexe, affirmative und auch ambivalente Gefühlslagen gegenüber der gesellschaftlichen Praxis, Organe und Gewebe nach dem eigenen Ableben verfügbar zu machen, in Gesten und Handlungen zu transformieren – zum Beispiel bei Jule, die ihn auf das Küchenbrett legt und ihn unausgefüllt dort liegen lässt. Neben der oft mit dem Objekt gegebenen Handlungsanweisung, eine Entscheidung zu treffen, diese im Ausweis zu dokumentieren und ihn möglichst immer bei sich im Geldbeutel zu tragen, gibt es also noch eine ganze Reihe anderer Spielarten, die durch die spezifische Objekthaftigkeit des Ausweises ermöglicht, aber zugleich auch eingeschränkt werden. So eignet sich ein Ausweis aus Papier oder Plastik (anders als etwa Objekte aus Stein) für bestimmte Handlungen, wie beispielsweise, ihn zu zerschneiden. Ein Ausweis aus Papier kann im Unterschied zu einem Ausweis aus Plastik leicht mit der Hand zerrissen oder gefaltet werden.

Abbildung 30: Tag der Organspende 2017, Stand DSO



Bildquelle: privat

Er kann vorgezeigt oder (im Unterschied zu großen, schweren Objekten) an Pinnwände gehängt werden etc. Diese Einsicht mag auf den ersten Blick banal erscheinen, doch spielen eben jene ›Spielmöglichkeiten‹ mit dem Objekt ›Ausweis‹ eine entscheidende Rolle dabei, wie Organspende als öffentliche Praxis aussieht und ausgeführt werden kann. Es macht, wie Latour wusste, einen Unterschied, »einen Nagel mit und ohne Hammer einzuschlagen, Wasser mit und ohne einen Wasserkessel zu kochen«¹⁰¹ und eben auch, ob Organspende mit oder ohne Ausweis praktisch wird.

101 Latour 2014: 123.

Um dies auch mit Blick auf den Organspendeausweis zu verdeutlichen, möchte ich kurz eine Situation schildern, die zwar nicht direkt im Zuge meiner Feldforschung stattgefunden hat, meinen Blick auf Organspende und den Organspendeausweis jedoch nachhaltig geprägt hat: Als ich begann, über Organspende zu forschen, war ich auf eine private Veranstaltung eingeladen. Dort landete ich mit einem alten Schulfreund an einem kleinen Tisch, und im Verlauf des gegenseitigen Updatens erzählte ich auch ihm von meinem neuen Forschungsthema. »Sag jetzt nichts!«, rief er, zog seinen Geldbeutel hervor und legte schwungvoll seinen Organspendeausweis auf den Tisch.

Diese Geste des Ausweis-Zeigens, vielleicht auch der (Selbst-)Vergewisserung, sollte mir im Verlauf dieser Recherche noch mehrfach begegnen: Sei es, dass Menschen bei meinen Vorträgen ihre Ausweise hervorholen, erneut begutachten, sichtbar auf den Tisch legen oder sich in sozialen Medien mit ihren Organspendeausweisen ablichten und öffentlich präsentieren. Auch die früheren Bildkampagnen der BZgA bedienen sich des Mensch-Ausweis-Motivs.

Abbildung 31: Kampagnenmotiv von 2014



Bildquelle: © Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln

Gezeigt wird dabei meist die Seite des Ausweises, auf der die persönlichen Daten der Besitzer*innen einzutragen sind, während die Seite mit der Entscheidung für die Betrachter*innen unsichtbar bleibt. Der Mensch mit Ausweis ist hier der klar entschiedene, der am Puls der Zeit (»Das trägt man heute«) einen Organspendeausweis als Accessoire der Klarheit bei sich hat.

Doch nicht jede Mensch-Ausweis-Verbindung ergibt ein solches Bild von Entschiedenheit und Konformität: So landet Ankas Ausweis unausgefüllt im Später-Ordner, Jules Ausweis (ebenfalls unausgefüllt) auf dem Küchenbord oder Emmas Ausweis ausgefüllt, aber nicht unterschrieben im Geldbeutel während Reginas Schwester ihn als Buchzeichen benutzt. Andere werden gesammelt und aufbewahrt, so wie bei Sarah und Stefanie:

Sarah erneuert ihre Entscheidung und holt sich statt des Papierausweises, der »quasi irgendwann auseinandergefallen« ist, einen »aus 'ner festeren Pappe«.

Den ausrangierten Ausweis vermutet sie »einfach aus Nostalgiegründen« in »irgendwelchen Schatzkisten«. Auch Stefanie hat sich mehrfach mit den neuesten Ausweismodellen versorgt und erklärt den Organspendeausweis zu einem ihrer wichtigsten persönlichen Dokumente, das selbst in der reduzierten Urlaubsgeldbörse einen Platz hat. Die alten hat sie weiterhin gesammelt (»Ich kann mich einfach nicht von ihnen trennen«).

Verbunden mit individuellen Biografien der (in Sarahs Fall die Erinnerung an verstorbene Familienmitglieder, die sich positiv zu Organspende geäußert haben, in Stefanies Fall der mehrfache Erhalt eines Organs), werden die Organspendeausweise zu Erinnerungsstücken, die ähnlich wie abgelaufene Personalausweise oder Reisepässe aufbewahrt werden, aber keine alltagspraktische Funktion erfüllen.

Oftmals wird die eigene Ausweisentscheidung auch auf Personen im direkten Umfeld ausgeweitet und der Organspendeausweis zum Multiplikator: So erzählt Sarah mit einem Augenzwinkern, ihren Mann zum Ausfüllen eines eigenen Ausweises »gezwungen« zu haben, Max hat leere Ausweise an seiner Küchenpinnwand, um sie möglichen Besucher*innen nahezulegen, während Lisa und Stefanie auch aktiv im Freundeskreis Organspendeausweise verteilen. Für Stefanie, die seit ihrer Jugend mit einem neuen Organ lebt, ist dies eine Möglichkeit, zugleich engagiert und distanziert zu sein. So erzählt sie, dass sie weder mit Freund*innen noch mit der Familie viel über das Thema Organspende und ihre Transplantation gesprochen hat, ihre ganze Familie habe sich nach ihrer Operation aber Organspendeausweise geholt. Kommt das Thema unter Freund*innen auf, bietet sie an, Ausweise mitzubringen. Der Ausweis als Grenzobjekt verbindet Stefanie mit anderen nicht-transplantierten Menschen und ermöglicht eine Vergewisserung über deren Solidarität mit Stefanies Situation, ohne diese im Detail besprechen zu müssen.

Neben diesen verschiedenen Spielarten kommt der Organspendeausweis vielfach auch als Dekorationselement zum Einsatz, als Objekt also, das selbst keine Entscheidung einzelner Spender*innen tragen kann, aber doch anzeigt, dass es hier und jetzt um Organspende geht. So kommt ein Organspendeausweis-Würfel, etwa von der Größe eines Bierkastens, offenkundig mehrfach als Requisite im Zuge des Fotoshootings für den Organspendekalender zum Einsatz, den wir bereits in vorherigen Kapiteln kennengelernt haben.

Abbildung 32: Kalenderblatt 1. Juli, 366 Tage
Leben



Fotograf: Reinhard Rosendahl i.A. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. © Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln

Abbildung 33: Kalenderblatt 20. Mai, 366 Tage
Leben



Fotograf: Reinhard Rosendahl i.A. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. © Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln

Auch auf dem *Tag der Organspende* fordern die teils raumgreifenden Deko-Ausweise die Aufmerksamkeit von Besucher*innen ein, strukturieren den Raum und weisen den Weg. Sie erinnern nicht nur an die Existenz des Organspendeausweises, sondern zuweilen auch an die mit ihm verbundenen Aufrufe, sich konform und solidarisch zu verhalten.

Abbildung 34: Tag der Organspende 2017, Lastwagen



Bildquelle: privat

Abbildung 35: Tag der Organspende 2017, Ausweis-Wand



Bildquelle: privat

In Erfurt läuft zusätzlich zu den Informationsständen auf dem Domplatz auch ein Organspende-Elf auf Stelzen über den Platz und durch die umliegenden Straßen. Ausgestattet mit spitzen Ohren und Flügeln, trägt er einen überdimensionalen Organspendeausweis um den Hals. Der Ausweis wird hier zur Requisite einer kleinen Performance, die Aufmerksamkeit für die Veranstaltung generieren soll. Die Materialität des Ausweises wird an die Begebenheiten angepasst: Er ist groß genug, um gut sichtbar zu sein, klein genug, um am Körper der performenden Person angebracht zu werden, ohne deren Bewegungsfreiheit einzuschränken. Er verweist auf die Existenz des Organspendeausweises, auf die Möglichkeit, ihn zu nutzen, kommt dabei aber ohne direkte Hinweise auf innere Organe oder den Tod aus. Nicht eine Figur im weißen Kittel oder anderen mit Medizin verbundenen Attributen erhebt sich hier also über die Köpfe der Besucher*innen, sondern eine Fantasiefigur, wie sie auch zu anderen Festivitäten eingesetzt werden könnte, um auf Elemente lokalen Brauchtums zu verweisen, Körperbeherrschung und Geschicklichkeit zu zeigen und den außeralltäglichen Charakter der jeweiligen Veranstaltung zu unterstreichen.

Abbildung 36: Tag der Organspende 2017, Organspende-Elf



Bildquelle: privat

Wie wir hier sehen konnten, gibt es eine Vielzahl von Spielen, die der Organspendeausweis ermöglicht, die über die Funktion der Entscheidungsdokumentation und Identifikation des Patient*innenwillens hinaus gehen. Organspendeausweise werden also auch zu Requisiten auf den temporären Bühnen der Auseinandersetzung mit Haltungen zur Transplantationsmedizin und übernehmen folglich repräsentative Funktionen.¹⁰²

8.6 Selbstverortungen

Wenn der ehemalige deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn im Zuge seines politischen Vorstoßes zur Einführung einer Widerspruchslösung angibt, »seit Jahren«¹⁰³ einen Organspendeausweis zu haben, erzählt er nicht nur, seit wann sich dieses Objekt in seinem Besitz befindet. Er bedient sich einer im Feld der Organspende sehr gängigen Technik der Selbstverortung mittels Organspendeausweis, der dann metaphorisch nicht nur für eine (meist positive) Haltung zur Organspende steht, sondern durch deren Dauer auch Stabilität suggeriert. Auch im weiter oben analysierten Organspende-Kalender finden sich Aussagen wie »Ich besitze seit zehn Jahren einen Organspendeausweis. Das ist für mich selbstverständlich.« Oder: »Ich trage meinen Organspendeausweis seit 20 Jahren bei mir: Ein gutes Gefühl, wenn man auf diese Weise Leben retten kann.«

102 Zum Begriff der Performativität vgl. Fischer-Lichte 2012.

103 ZEIT Online 2018: <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2018-09/jens-spahn-gesundheitsminister-organspende-transplantation>

Der Ausweis als biografisches Element, das sich nicht erst seit gestern, sondern seit Jahren oder gar Jahrzehnten im Besitz der potenziellen Spender*innen befindet, zeugt von einer lange gehegten, stabilen Überzeugung.

Wenn Politiker*innen wie Christine Aschenberg davon sprechen, »seit über 20 Jahren«¹⁰⁴ einen Organspendeausweis bei sich zu haben oder Matthias Birkwald seinen »Organspendeausweis von 1978«¹⁰⁵ dem Plenum des Bundestags zeigt, werden ihre Überzeugungen in Zahlen messbar.¹⁰⁶ Die erzählte Zeit wird Teil der Selbstdeutung mit Blick auf die eigene Haltung. Durch seine offizielle Anmutung und vermutete Langlebigkeit funktioniert der Ausweis hier als Erzählung eines biografischen Eckdatums (ähnlich wie »Ich bin seit 20 Jahren verheiratet«) und im Unterschied zur Zeitspanne, die wir vielleicht auf ein kürzlich erworbenes Stück Obst anlegen wurden. So können wir über den Organspendeausweis durchaus als etwas sprechen, das wir seit Zeit X bei uns haben, während andere Gegenstände in unserem Besitz sich nicht für diese Erzählung eignen, wenn nicht auch ein maßgeblicher Einfluss auf die Lebensführung vermutet wird. So können wir etwa davon berichten, seit 20 Jahren ein Auto zu besitzen und diesen Umstand mit weiteren Erzählungen verknüpfen (etwa noch nie einen Unfall gehabt zu haben).

Äußerungen über die Länge der Mensch-Ausweis-Beziehung, wie wir sie hier bei den Mitgliedern des Bundestags finden, signalisieren drei Dinge: Glaubwürdigkeit, eine beständige Überzeugung und eine verlässliche Haltung zur Organspende. Je länger diese Beziehung ist, desto gefestigter erscheint die Entscheidung zur Organspende und auch die Organspende erscheint dadurch als stabile und seit Langem etablierte gesellschaftliche Praxi.

»Der zerfällt bestimmt auch bald«, twittert etwa ein Nutzer im Zuge der 2020 von Karoline Preisler gestarteten »OrganspendeausweisChallenge« zu einem Bild seines Organspendeausweises. Oder »Ausweis 2.0 in Kartenform. Der erste war ganz schön abgegriffen...«, erklärt eine andere ihren weniger abgenutzten Ausweis auf dem geteilten Bild¹⁰⁷ und signalisiert damit auch, dass ihre Entscheidung mehr ist als ein kurzfristiger Trend.

Diese Art der Deutung ist auch interessant mit Blick auf ein Gegennarrativ, das die strukturelle Schwäche des Organspendeausweises – seine fehlende digitale Erfassung, seine Freiwilligkeit, Formlosigkeit und Umkehrbarkeit – als seine Stärke hervorhebt. So wird immer wieder auch betont, dass eine auf dem Organspendeausweis dokumentierte Entscheidung keine endgültige Entscheidung sein müsse, vielmehr könne man sich immer wieder anders entscheiden, den Ausweis zerstören und einen neuen ausfüllen. Diese Erzählung würde nicht aufgehen in einem System, das die Entscheidung zur Organspende in andere, strukturell stärkere Dokumente wie Personalausweis oder Gesundheitskarte integrieren und die Entscheidung dauerhafter festlegen würde. So ist ein wesentlicher Bestandteil des Organspendeausweises als Grenzobjekt auch seine Einfachheit und die nur geringfügigen Verfahrensbedingungen, die ihn als Sprechakt wirksam machen.

104 Bundestag 2020: 17436/D.

105 Ebd.: 17452/B.

106 Vgl. auch Hitzler und Honer 1994.

107 Thread zu Preisler 2020: <https://x.com/PreislerKa/status/1239238756277903362>

8.7 Reflexion: Der Organspendeausweis als Ausweis

In diesem letzten empirischen Kapitel haben wir den Organspendeausweis in verschiedenen Aggregatzuständen seiner ›Ausweishaftigkeit‹ in den Blick genommen und die Frage gestellt, was dieser Ausweis als bürokratisch anmutendes Objekt mit der Praxis der Organspende ›tut‹. Als sensibilisierende Konzepte dienten uns hierbei das Konzept der Gouvernemedialität, wie es von Christoph Engemann vorgestellt wurde, der Begriff der Grenzobjekte, wie Susan Leigh Star und James R. Griesemer ihn in einem Aufsatz von 1989 für museale Objekte erstmals ins Feld geführt hatten sowie der Blick auf die ›Magie‹ der Bürokratie und die spielerischen Elemente, die sich mit Autoren wie Johan Huizinga und Robert Pfaller im Umgang mit Objekten finden lässt. Der Organspendeausweis ist dabei aber nicht nur irgendein Objekt, sondern (und zumindest potenziell) auch ein materialisierter, performativer Sprechakt.

Was haben wir nun aber über den Organspendeausweis erfahren und was erfahren wir durch ihn über die Praxis der Organspende?

Der ›offizielle‹ Organspendeausweis mit Bundesadler, Verweis auf das TPG sowie Zeilen für Name und Unterschrift kann im Kontext staatlicher Beurkundungs- und Identitätssysteme¹⁰⁸ gesehen werden. So ist der Organspendeausweis Teil staatlicher Medialität, und Organspende wird nicht nur als Entscheidung über den toten Körper, als solidarischer Akt oder informierte Entscheidung wahrgenommen, sondern ebenso als Teil eines bürokratischen Systems, mit Bürger*innen wiederum bestimmte Alltagserfahrungen verbinden.

Wie viele andere Dokumente, die uns im Verlauf des Lebens beurkunden, ist also auch der Organspendeausweis ein »Schreibereignis«.¹⁰⁹ Im Unterschied zu Einträgen, die beispielsweise durch Standesämter vorgenommen werden, verfügt der Organspendeausweis nicht über eine staatlich verwaltete Kopie, die anderen Dokumenten wie dem Personalausweis erst Gültigkeit verleiht. Eine staatliche Registratur gibt es für Organspender*innen bis dato nicht. Mit Bundesadler und ggf. einer händischen Unterschrift verfügt er über »Zeichen der Echtheit«,¹¹⁰ die unseren Schreibkulturen seit der ersten Stunde bekannt sind, kann zugleich in zahlreichen Varianten, ohne Bundesadler, auf unterschiedlichen Materialien oder gar formlos erscheinen und dennoch in der entsprechenden Situation zum gültigen Dokument erklärt werden.

Trotz dieser Uneindeutigkeit gilt er im Zuge staatlicher Wissenspraktiken¹¹¹ als Marker für Organspendebereitschaft und die Zahl ausgefüllter Ausweise soll die Akzeptanz der Bevölkerung messbar machen. Die strukturelle Schwäche des Ausweises, und dass das »Ausweis haben« eben nicht mit »Spender*in« sein korreliert, macht seine Stärke als Grenzobjekt aus, das soziale Welten verbindet.¹¹² Er kann als Gesprächsanlass dienen und Haltungen messbar machen, kann die Entscheidung zur Organspende in individuellen Biografien greifbar machen, aber zuweilen auch scheitern, also als Grenzobjekt

108 Vgl. Engemann 2013: 206.

109 Ebd.: 206.

110 Gröbner 2004: 136.

111 Vgl. Engemann 2013: 211.

112 Vgl. Star und Griesemer 1989: 393.

nicht angenommen, zweckentfremdet oder zerstört werden. Als physisch vorhandenes, greifbares Objekt kann er als Requisite für eine Vielzahl darstellerischer Erzählungen und Spiele dienen und hat dabei in seiner Eigenschaft als Sprechakt besondere symbolische Bedeutung.

Der Ausweis reiht sich ein in die Vielzahl offizieller Dokumente und Verträge, mit denen Menschen im Verlauf ihres Lebens konfrontiert werden und kann damit auch im Bestand bürokratischer Lebenserfahrungen interpretiert werden. Als bürokratisches Element, das durchaus als offiziell und seriös wahrgenommen werden kann, in seiner Seinsweise als Dokument, erfüllt er noch eine weitere Funktion: Er ermöglicht Distanz. Auch David Graeber beschreibt diese Funktion der Bürokratie:

»Kalte, unpersönliche, bürokratische Beziehungen ähneln Geldüberweisungen, und beide bieten ähnliche Vor- und Nachteile. Einerseits sind sie seelenlos. Andererseits sind sie simpel, berechenbar und behandeln – wenigstens innerhalb bestimmter Parameter – jedermann gleich. Ohnehin: Wer möchte schon in einer Welt leben, wo alles emotional ist? Die Bürokratie bietet zumindest eine Möglichkeit, einen Umgang mit anderen menschlichen Wesen zu pflegen, bei dem keine Partei genötigt ist, sich mit den schwierigen und komplexen Formen der Interpretation herumschlagen, [...]. Man kann einfach sein Geld auf den Tisch legen und muss sich beispielsweise keine Sorgen darüber machen, was der Kassierer davon hält, wie man gekleidet ist. Man kann seinen gültigen Bibliotheksausweis aus der Tasche ziehen, ohne dem Bibliothekar erklären zu müssen, was einen denn so brennend an homoerotischen Themen in der britischen Dichtung des 18. Jahrhunderts interessiert. Dies ist sicher ein Teil des Reizes.«¹¹³

So wie Graebers Bibliotheksausweis können wir auch unsere Organspendeausweise ziehen und wie jener Schulfreund, von dem ich oben berichtete, wortlos auf Tische legen oder in Kameras halten und wie Markus Lanz in der »Das trägt man heute«-Kampagne behaupten: »Damit ist alles gesagt.«

113 Graeber 2015: 184.

Abbildung 37: BZgA Kampagne 2014, Motiv Markus Lanz



Bildquelle: © Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln

Manchmal brauchen wir, so Graeber, eben auch unpersönliche Institutionen, um Begebenheiten des sozialen Miteinanders auf sozial und psychisch akzeptable Weise zu lösen:

»Ein unpersönliches Losverfahren oder eine Warteliste für dringende Organtransplantationen mögen entfremdend und für die Hoffnung qualvoll sein, doch ist eine weniger unpersönliche Methode der Zuweisung einer begrenzten Menge verfügbarer Organe, die nicht unermesslich viel schlimmer wäre, kaum vorstellbar.«¹¹⁴

Eine solche Funktion des Unpersönlichen erfüllt auch der Organspendeausweis, wenn er uns als Ausweisdokument begegnet. Denn statt über Tod, Blut und Organe zu sprechen oder darüber, dass man selbst auf den Tod und die Organe anderer hoffen könnte, statt uns konkret über Solidaritäts- oder Todesvorstellungen zu äußern, können wir über Ausweise sprechen und Karten abbilden. Der Organspendeausweis als Ausweis macht die Praxis der Organspende auf paradoxe Weise zugleich unverbindlich und offiziell.

114 Graeber 2015: 184.

9. Materielle Metaphern – Eine theoretisch-methodologische Reflexion

Nachdem wir in den vorangegangenen Kapiteln nun vier kulturelle Erfahrungsdimensionen der Organspende kennengelernt haben, in denen der Organspendeausweis in unterschiedlichen Seinsweisen zu Tage tritt, will ich im Folgenden zunächst noch einmal auf die eingangs gestellten Forschungsfragen zurückkommen.

Durch die ›theoretische Brille‹ der Praxisforschung und auf Basis vorangegangener Forschungen habe ich die Frage gestellt, wie Organspende als gesellschaftliche Praxis außerhalb von Operationssälen und professionellen Settings funktioniert, wie die medizinische Möglichkeit und daraus resultierende Praxis der Transplantation also in unsere Alltagskulturen eingewoben und eingehegt wird. Der Fokus lag dabei auf den Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen, denen ich mich methodologisch aus praxeografischer Perspektive auf der Spur des Organspendeausweises genähert habe. Denn dieser, so konnten wir in den vorangegangenen Kapiteln beobachten, prägt sowohl die visuellen als auch materiellen und kommunikativen Strukturen des Phänomens Organspende. Aus diesen Beobachtungen will ich zunächst der Frage nachgehen, wie Objekte in der Praxis untersucht und konzipiert werden können und dabei einen kritischen Blick auf das angewandte theoretisch-methodologische Forschungsprogramm werfen, um im Nachgang noch einmal zusammenfassend auf die Frage nach Organspende als gesellschaftlicher bzw. soziomaterieller Praxis und ihren potenziellen Spender*innen zurückzukommen.

Ich werde nun ein Konzept für Objekte in der Praxis vorschlagen, das auch für Forschungen außerhalb der Organspende von Nutzen sein kann und das eine Hilfestellung dabei leisten soll, Objekte in der Praxis zu konzeptualisieren und besser zu verstehen.

Um diese theoretischen Überlegungen nachvollziehbar zu strukturieren, schlage ich eine gedankliche Annäherung und einen ›Aufstieg‹ in mehreren Etappen vor: Um uns metaphorisch gesprochen mit dem nötigen Schuhwerk auszustatten, werde ich noch einmal in Kürze auf das Materialitäts- und Objektverständnis der STS eingehen, das wir bereits eingangs im Zuge der theoretischen Rahmung in den Blick genommen haben. Im Weiteren werde ich erläutern, inwiefern dieser Ansatz für mich und in diesem Projekt an seine Grenzen gestoßen ist und was dies mit einem Forschungsdesiderat der

Metaphernforschung zu tun hat. Theoretische und methodologische Überlegungen zu Metaphern¹ haben diese Arbeit zwar an vielen Stellen inspiriert, wegen der Heterogenität des empirischen Materials konnte eine systematische Metaphernanalyse² jedoch nicht durchgängig angewandt werden. An den Grenzen beider Denkschulen werde ich schließlich das Konzept der *materiellen Metapher* ansetzen.

Was ich entwickeln werde, ist zwar keine allgemeine Objekttheorie, aber ein theoretisch-methodologisch gedachter Aufschlag für den forschersischen Umgang mit ihnen.

9.1 Objekte in der Praxis

Wichtige Ausgangspunkte dieser Arbeit waren sowohl Latours Überlegungen zu Akteuren – also nicht-menschlichen Akteur*innen, deren An- oder Abwesenheit einen Unterschied macht – als auch ihre spezifischen Materialitäten, Ontologien und ihre Fluidität. Dass Objekte in der Praxis »more than one and less than many«³ sein sollten, schien mit Blick auf den Organspendeausweis zunächst einleuchtend. Handelte es sich um ein Objekt? Um eine Kategorie von Objekten? Wie sind in diesem Zusammenhang Bilder gefalteter Ausweise, Kühlschrankmagneten, Trennwände oder andere Objekte einzuordnen, die zwar aussehen wie ein Organspendeausweis, aber nicht auf die gleiche Art nutzbar sind?

Wir haben den Organspendeausweis als multiples und fluides Objekt kennengelernt. Multipel, weil ein und derselbe Ausweis in verschiedenen Situationen und Erfahrungsbereichen je etwas anderes sein konnte, weil er nicht *ein* Objekt, sondern eine Vielheit von Objekten ist, die sich (wie man mit Gabriel Tarde sagen könnte) in Strömungen der Nachahmung verbreiten, aber auch auf Gegenströmungen (und Gegenausweise) stoßen können.⁴ Wir haben ihn zudem als fluide kennengelernt, weil er sich in seiner Materialität auf vielfache Weise auflösen kann. Der Ausweis aus Papier kann sich mit Zeit und Gezeiten verändern, zerfallen oder unleserlich werden; das Konzept Organspendeausweis kann stabiler und härter werden, wenn die Entscheidung nicht mehr in Papier, sondern in Plastik gefasst wird und sich aber auch im digitalen Raum zu etwas entwickeln bzw. entgrenzen, das keine Karte, sondern ein vernetztes Endgerät benötigt, um die Entscheidung festzuhalten.

In meiner Recherche ist mir der Organspendeausweis sowohl als physisch vorhandenes Objekt, etwa als *Give-away* auf Veranstaltungen, als Gesprächsanlass mit Interviewpartner*innen, als auf den Tisch gelegter Beweis für *Commitment* etc. begegnet, aber auch als Bild und Bildrequisite, Dekorationsgegenstand oder als Protagonist von Erzählungen und Verhandlungen über Organspende. Trotz dieser Vielheit ließen all diese Objekte sich Organspendeausweis nennen und stehen all diese (Objekt-)Realitäten nicht einfach unverbunden nebeneinander.⁵ Die Überlegungen und begrifflichen Kon-

1 Vgl. Lakoff und Johnson 2018 und Schmitt 2017.

2 Vgl. Schmitt 2017.

3 Mol 2002: 55.

4 Vgl. Tarde 2003.

5 Vgl. Strathern 2004.

zepte aus den STS, die nun für diese erste Etappe von Überlegungen wichtig sind, lassen sich durch ihre allgemeine Anschlussfähigkeit zunächst gut in die Beobachtungen einzelner Felder und Situationen hineintragen und haben geholfen zu verstehen, nicht nur *dass*, sondern auf welche unterschiedlichen Weisen der Organspendeausweis im Feld Organspende als Objekt in der Praxis hervortritt. Sie haben geholfen zu zeigen, dass die Rolle des Ausweises durchaus komplexer ist als lediglich auf nicht weiter geklärte Weise »symbolisch für Organspende« zu stehen und dass es nicht zuletzt wichtig und für die Untersuchung fruchtbar ist, den Blick auf Details wie Ausweissituationen zu legen.

Wenn Annemarie Mol ihr Projekt der empirischen Philosophie auf der Spur verengter und verhärteter Arterien in einem Krankenhaus vorantreibt, führt sie kleinteilige Beobachtungen verschiedener diagnostischer Situationen durch, in denen Körper, Körperteile, Erzählungen und verschiedene Objekte immer wieder zu Ensembles zusammenwachsen.⁶ Arterien werden mal größer, mal kleiner, treten vor oder hinter den Menschen zurück.⁷ Ähnlich verhält es sich mit nicht-menschlichen Produkten und Objekten wie Mikroskopen oder Messern, wobei der entscheidende Schritt des praxeografischen Vorgehens vor allem zu sein scheint, ihre Anwesenheit und Rolle in spezifischen Situationen hervorzuheben und sie in die Beschreibungen von Praktiken der Wissensproduktion aufzunehmen.

So ist es eben nicht allein die eine medizinisch diagnostizierende Person, die Berichte von Patient*innen mit einem schmerzhaften Anliegen in eine Diagnose und einen Behandlungsplan verwandelt, sondern eine ganze Reihe von Personen und Entitäten, die mal vordergründig, mal hintergründig die Krankheit Arteriosklerose enactieren.

Das praxeografische Interesse liegt dabei häufig in den »andauernden Aushandlungen, Spannungen und Variationen, in denen und durch die Ereignisse und Phänomene enacted werden.«⁸ Die verschiedenen Ansätze der STS und insbesondere die Praxeografie beziehen nicht-menschliche oder quasi-menschliche Akteure, von der Kammuschel⁹ bis hin zu komplexen technologischen Objekten, zwar in ihre Beobachtungen und Beschreibungen ein, jedoch bleibt eine Herausforderung bestehen: Zwar ermöglicht eine praxeografische Perspektive eine tiefgehende Betrachtung und intensive Auseinandersetzung mit einzelnen Objekten, doch fehlt es an einem systematischen Rahmen und analytischen Werkzeugen, die es ermöglichen würden, diese Einblicke auf andere Objekte zu übertragen oder umfassendere Analysemethoden zu entwickeln.

Die Rolle der Objekte verbleibt dabei oft auf einer beschreibenden Ebene, ohne analytisch weiter ausdifferenziert zu werden. Zwar beobachten Autor*innen wie Annemarie Mol sehr genau, wie sich Objekte in konkreten Praxiszusammenhängen verändern – etwa wenn ein Körperteil unter dem Mikroskop anders existiert als mit bloßem Auge betrachtet.¹⁰ Solche Analysen zeigen eindrucklich, wie technologische Arrangements Wirklichkeit formen. Dennoch bleibt die analytische Durchdringung dieser Beobach-

6 Vgl. Mol 2002.

7 Vgl. Mol 2002: 149.

8 Sørensen und Schank 2017: 413. Hervorhebung im Original.

9 Vgl. Callon 2006.

10 Vgl. Mol 2002: 160.

tungen begrenzt: Es mangelt an übergreifenden konzeptionellen Instrumenten, die es erlauben würden, solche Einsichten auf andere Objekte oder Kontexte zu übertragen.

Es ist daher notwendig, Wege zu entwickeln, die konzeptionelle Strukturen und analytische Werkzeuge bereitstellen, um eine breitere Übertragbarkeit und Anwendbarkeit zu ermöglichen. Im Folgenden interessiert uns daher weniger die Beschreibung einzelner Situationen und die Rolle bestimmter Objekte darin, als vielmehr der gezielte Blick auf die ontologische Multiplizität und Fluidität von Objekten – Objekte, die physisch existieren, aber auch in Erzählungen, Nachahmungen oder als Doppelgänger*innen erscheinen können. Trotz ihrer Vielfalt sind sie als Kulturtechniken¹¹ miteinander verbunden.

Was also bedeutet das von Mol besprochene ›Anders-Sein‹ eines Objekts in den jeweils unterschiedlichen Situationen?¹² Und geht es neben der Frage, *wer das Tun tut (who does the doing)*¹³ nicht auch darum, zu fragen, *was das Tun tut (what does the doing)*?¹⁴ Um diesen Fragen auf der theoretisch-methodologischen Ebene zu begegnen, möchte ich im Folgenden vorschlagen, die Untersuchung von Objekten in der Praxis durch die Perspektive der Metapherntheorie fruchtbar zu ergänzen. Die Integration von Metaphern in die Praxisforschung soll eine umfassendere und facettenreichere Analyse ermöglichen.

Während Metaphern dazu dienen, abstrakte Konzepte zu veranschaulichen, erlaubt die Praxisforschung eine direkte Erforschung und Erfassung von praktischen Anwendungen und Auswirkungen dieser Metaphern in verschiedenen Kontexten. Die Synergie zwischen theoretischer Konzeptualisierung und praxisbasierter Forschung eröffnet neue Dimensionen der Erkenntnis, indem sie nicht nur die symbolische Bedeutung von Metaphern beleuchtet, sondern auch deren tatsächliche Auswirkungen auf Handlungen, Interaktionen und soziale Strukturen herausarbeitet. Somit ergänzt die Verbindung von Praxeografie und dem Konzept der materiellen Metapher, das ich im Folgenden vorstellen will, nicht nur die praxisbasierte Theoriebildung, sondern ermöglicht auch eine tiefer greifende Einsicht in die Wechselwirkungen zwischen abstrakten Konzepten und deren praktischer Manifestation und damit auch ihrer konkreten Erfahrbarkeit.

Um dies zu ermöglichen, ist jedoch zunächst ein Perspektivwechsel nötig – hin zu einer Annäherung an das Objekt in der Praxis über Sprache und Erzählung. In der nun folgenden zweiten Etappe wird es also zunächst noch einmal darum gehen, den mitunter hochgradig metaphorischen Einsatz von Objekten wie dem Organspendeausweis als Objekt der Praxis besser zu verstehen.

11 Zum Begriff der Kulturtechniken vgl. Siegert 2011.

12 Vgl. Mol 2002.

13 Ebd.: 25.

14 Vgl. auch Böhrrer 2021: 235.

9.2 Metaphern und Objekte

Was also sind Metaphern, und welche Bedeutung haben sie, wenn hochspezialisierte Phänomene sich auf den Weg in weniger spezialisierte Alltagskulturen machen? Wenn davon gesprochen wird, jemand sei »auf dem Holzweg«, geht es meist nicht im wörtlichen Sinne darum, dass eine Person sich physisch auf einem hölzernen Weg befindet, sondern darum, auszudrücken, die Person sei einem Irrglauben anheimgefallen. Auch der Satz »Ich habe einen Organspendeausweis« meint meist mehr als nur die Aussage über ein Besitzverhältnis, er transportiert auch eine zustimmende Haltung zu Organspende.¹⁵ Eine Metapher im Sinne einer bildsprachlichen Äußerung bezeichnet also den Versuch, einen Sachverhalt bildlich durch einen anderen zu erklären. Nach George Lakoff und Mark Johnson liegt eine Metapher dann vor, wenn:

- a) »ein Wort, eine Redewendung oder eine szenische Narration in einem strengen Sinn in dem für die Sprechäußerung relevanten Kontext mehr als nur wörtliche Bedeutung hat,
- b) die wörtliche Bedeutung einem für den Sprechenden prägnanten Bedeutungsreich (Quellbereich) entstammt,
- c) jedoch auf einen zweiten, oft abstrakteren Bereich (Zielbereich) übertragen wird.«¹⁶

Die Begründer der kognitiven Metapherntheorie¹⁷ gehen davon aus, dass metaphorisches Denken unser Denken und Handeln sowie unsere gelebte und wahrgenommene Realität strukturiert. Sie verstehen Metaphern nicht als rein linguistische Phänomene, stilistische Mittel oder dekorative Accessoires, die auch weggelassen werden könnten. Im Gegenteil nehmen Lakoff und Johnson an, dass Sprache grundsätzlich metaphorisch funktioniert und dass Metaphern grundlegende kognitive Muster dokumentieren, die menschliche Wahrnehmung, Gedanken und Handlungen repräsentieren und formen: Sie prägen unsere Konzepte, was wir wahrnehmen, wie wir uns in der Welt bewegen und wie wir uns zu anderen Menschen verhalten.¹⁸ Dabei werden bestimmte Aspekte hervorgehoben und andere ausgeblendet; die Autoren sprechen hier von *highlighting* und *hiding*¹⁹ beziehungsweise in der deutschsprachigen Übersetzung von *Beleuchten* und *Verbergen*.²⁰ Lakoff und Johnson veranschaulichen dies am Beispiel des Debattierens:

»Einen Gesprächspartner, der mit uns argumentiert, können wir als jemanden betrachten, der uns seine Zeit, also ein kostbares Gut schenkt und um gegenseitiges Verstehen

15 Wenn eine Person sagt, sie sei Organspender*in, meint sie damit nicht, dass sie sich aktuell als Patient*in mit schwerer Hirnschädigung und intensivmedizinischer Versorgung in Vorbereitung auf eine Organentnahme im Krankenhaus befindet. Gemeint ist in der Regel vielmehr, dass sie ihre (positive) Entscheidung zur Organspende dokumentiert hat.

16 Schmitt 2017: 472.

17 Vgl. Lakoff und Johnson 2018.

18 Vgl. Lakoff und Johnson 2018: 16.

19 Ebd.: 18.

20 Vgl. ebd.: 18.

bemüht ist. Liegt unser Fokus jedoch auf den kämpferischen Aspekten, dann verlieren wir oft die kooperativen Aspekte aus den Augen.«²¹

Auch im empirischen Feld der Organ- und Gewebeübertragung zeigt sich, dass Gaben-Metaphern wie »Spende« oder »Geschenk des Lebens« gemeinschaftliche und solidarische Aspekte hervorheben, während der Begriff »Transplantation« – aus dem Bereich der Pflanzen stammend – naturwissenschaftliche und handwerkliche Aspekte der Übertragungsvorgänge in den Vordergrund rückt.

Besonders produktiv kann der Einsatz metaphernanalytischer Methoden für die Untersuchung von Phänomenen sein, die weitgehend außerhalb der eigenen Lebenserfahrungen liegen, sowie für den Umgang mit Grenzerfahrungen oder völlig neuen Phänomenen, wie sie als Folge technisch-medizinischer Fortschritte entstehen – Phänomene also, die für den größeren Teil der Menschen weniger durch konkrete Handlungen als durch Imaginationen, Bilder und Erzählungen greifbar werden.²² Hier steht die Metapher in einem engen Verwandtschaftsverhältnis zur Sozialfigur, die wir bereits in Kapitel 6 kennengelernt haben, denn auch diese taucht vor allem da auf, wo Unsicherheiten entstehen und abstrakte oder neue Phänomene nach kultureller Einebnung verlangen.²³ Sowohl Metaphern als auch Sozialfiguren, die als Sonderform der Metapher gelten können, eignen sich damit auch (oder gerade) für klassische Forschungsdesiderate der STS.

Die zentrale Idee der kognitiven Metaphertheorie ist, dass abstrakte und unbekannte Phänomene über metaphorische Verweise auf konkrete Erfahrungen – wie den Umgang mit Objekten, das Gehen eines Weges oder die Beobachtung von Naturphänomenen – verständlich und handhabbar gemacht werden. Eine Metapher ist also eine Art des Verstehens und Erlebens einer Sache, indem auf eine andere Bezug genommen wird.²⁴ Sie kann sich nicht nur durch ein Wort oder eine Phrase entfalten, sondern auch als ganze Erzählung oder Geste.²⁵

Entsprechend wären also nicht nur sprachliche Äußerungen wie »auf dem Holzweg zu sein« als Metapher zu verstehen, sondern auch Gesten – etwa einen Organspendeausweis wortlos auf den Tisch zu legen oder zu zerschneiden. Gerade der Zusammenhang zwischen Objekten, Gesten und metaphorischem Ausdruck ist bis dato jedoch ein weitgehend unberührtes Forschungsdesiderat der Metaphernforschung, insbesondere der Methodenentwicklung in der systematischen Metaphernanalyse.²⁶ So notieren Schmitt et al., dass als »derzeitige Grenzen der Erhebung nicht- oder parasprachliche Äußerungen zu notieren«²⁷ seien. Genau hier eröffnet sich, wie wir sehen werden, eine fruchtbare Schnittstelle zur Praxisforschung.

Kognitive Linguistik und die daraus entwickelte Methode der Metaphernanalyse kennen Objekte vor allem als metapherngenerierende Schemata. Die »vergegenständlichende Metapher«, so Schmitt et al., »konstruiert abstrakte Phänomene als kompakte

21 Ebd.: 18.

22 Vgl. Pfaller 2022: Abschnitt 1.

23 Vgl. Moser/Schlechtriemen 2018: 171f.

24 Vgl. Lakoff und Johnson, 2003, S. 5.

25 Vgl. Schmitt 2017: 477ff.

26 Vgl. Schmitt et al. 2018: 66.

27 Schmitt et al. 2018: 66.

Einheit: Wenn wir vom menschlichen ›Geist‹ reden, den jemand ›hat‹, wird ein relationales Geschehen als Gegenstand verdinglicht.«²⁸ Diesem nun kognitiv gebauten Gegenstand können Eigenschaften von Objekten zugeschrieben werden; der oben genannte (abstrakte) Geist kann dann beispielsweise groß, klein, beweglich oder fein sein.²⁹

Menschen beschreiben abstrakte Zusammenhänge also unter anderem wie handhabbare Objekte, um sie besser verstehen beziehungsweise sich besser verständlich machen zu können. Nicht alle Metaphern lassen sich jedoch, wie Pfaller anmerkt, allein auf einer Ebene der Wortsemantik erklären.³⁰ Auch Rudolf Schmitt stellt in seiner Ausarbeitung der systematischen Metaphernanalyse als Methode der qualitativen Sozialforschung auf der Kritik an der kognitiven Linguistik ab, dass diese es geradezu vermeide, »pragmatische Kontexte« zu reflektieren und in die Analyse einzubeziehen.³¹ Damit meint er sowohl den umgebenden Text einer auftauchenden metaphorischen Rede als auch die praktische Anwendung von metaphorischen Konzepten (wie etwa »Zeit ist Geld« in einer Parkuhr).³²

Er merkt an, dass auch eine Parkuhr als »Materialisation des kulturellen metaphorischen Konzepts«³³ begriffen werden kann, das Zeit und Geld in messbare Relationen setzt. Es bedürfe daher einer Analysemethode, die nicht nur die Bedienungsanleitung auf der Parkuhr oder einem nebenstehenden Schild einbeziehen kann, sondern auch das Objekt als Ganzes.³⁴

Diese multimodale Erweiterung der systematischen Metaphernanalyse arbeitet Pfaller weiter aus, indem sie am Beispiel der Organspende empirisches Material vor dem Hintergrund der kulturellen Archive³⁵ in den Blick nimmt, aus denen es stammt.³⁶ So kann das Genre »Horrorfilm« ein solches Archiv sein, aus denen sich Vorstellungen und Erzählungen über Organspende speisen.³⁷ Es sei, so Pfaller, wichtig zu prüfen, wie Metaphern, die in der Praxis entstehen, in die metaphorischen Konzepte auf der Wortebene passen, sie erweitern oder differenzieren können. Diese neuen oder bisher unentdeckten Metaphern könnten auch auf völlig andere Ideen hinweisen und somit neue Aspekte eines Phänomens aufzeigen.³⁸

Ausgehend von diesen Überlegungen möchte ich nun den Fokus noch einmal auf Objekte und ihre Materialitäten und Affordanzen richten, welche die Handlungen, die mit ihnen (mehr oder weniger) gut durchführbar sind, strukturieren und determinieren und damit auch soziomaterielle Praktiken prägen. Objekte wie der Organspendeausweis können, so möchte ich im Folgenden argumentieren, zu komplexen *materiellen Metaphern*

28 Ebd.: 17. Hervorhebungen im Original.

29 Vgl. ebd.: 17.

30 Vgl. Pfaller 2022: Abschnitt 4.

31 Vgl. Schmitt 2017: 498.

32 Ebd.

33 Ebd.

34 Vgl. ebd.

35 Vgl. Krüger-Fürhoff 2012.

36 Vgl. Pfaller 2022.

37 Vgl. Pfaller 2022: Abschnitt 49.

38 Vgl. ebd.: Abschnitt 39.

werden, an denen abstrakte und vielschichtige Phänomene im wahrsten Sinne des Wortes und auch außerhalb spezieller Expertisen *verhandelt* werden (können).

9.3 Objekte als materielle Metaphern

Mit dem Begriff der Metaphern im Gepäck können wir nun also die letzte Etappe antreten und den Ausweis im Speziellen sowie Objekte im Allgemeinen als *materielle Metaphern* in den Blick nehmen.

Der Begriff der materiellen Metapher und ein damit einhergehendes erweitertes Metaphernverständnis sind bisher vor allem im Bereich der Archäologie bekannt.³⁹ So betont Tamara Bray, dass Metaphern in jeder Art von kultureller Produktion Ausdruck finden können, von Sprache über Rituale bis hin zu Artefakten.⁴⁰ Zwischen Metaphern, die sich durch sprachliche Ausdrücke offenbaren, und solchen, die sich durch andere Formen menschlichen Handelns wie Gesten, performativen Darbietungen oder durch Herstellung und Verwendung materieller Kulturprodukte entfalten, besteht in dieser Lesart zunächst kein formaler Unterschied.⁴¹

Die Literaturwissenschaftlerin Kathrine Hayles nutzt den Begriff der materiellen Metapher in ähnlicher Weise für ihre theoretische Untersuchung des Austauschs zwischen zeitgenössischen Kulturen und den zunehmend technologischen Umgebungen, in denen sie entstehen und zirkulieren.⁴² Sie hebt hervor, dass materielle Metaphern sich nicht nur durch eine dynamische Interdependenz zwischen Zeichen und Artefakt auszeichnen, sondern durch ihre Multimodalität auch Handlungen und Aktionen hervorrufen,⁴³ die schließlich wieder Teil der Praxis sind bzw. werden. Materielle Metaphern, wie sie von Bray und Hayles vorgeschlagen werden, resultieren somit in konkreten Kulturprodukten, die eine je eigene Präsenz und Affektivität aufweisen.⁴⁴ Dabei ist, wie auch Mary Douglas zeigt, eine Verbindung zwischen Materialität und Bedeutung zu beobachten, zum Beispiel wenn Gold mit Licht und Sonne oder Blumen mit Schönheit in Verbindung gebracht werden⁴⁵ –ähnlich also, wie der Organspendeausweis aus dem stabileren Material für die stabilere Entscheidung stehen kann. Im Folgenden wird es nun darum gehen, aufzuzeigen, wie materielle Metaphern als Konzept für die Praxisforschung aus STS-Perspektive nutzbar gemacht werden können. Denn im Unterschied zu einer Lesart materieller Metaphern, die von weitgehend stabilen Objekten ausgeht,⁴⁶ gilt es nun auch, die Prozesshaftigkeit und Ungewissheit von Objekten mitzudenken, wenn Wissen praktisch wird.⁴⁷

39 Vgl. Bray 2008; Tilley 1994 und 1999; Kus und Raharijaona 2004; Ortman 2000; Ray 2000.

40 Vgl. Bray 2008: 119.

41 Vgl. Bray 2008: 120 sowie Hayles 2002 oder Ortman 2000.

42 Vgl. Hayles 2002.

43 Ebd.: 22.

44 Bray 2008: 120.

45 Vgl. Douglas 1996 und Bray 2008.

46 Vgl. Bray 2008 und Tilley 1999.

47 Mol 2002: 31f.

Wenn die Frage, was Objekte *sind*, auf vielfältige Art beantwortet werden muss,⁴⁸ resultiert daraus auch eine große Vielfalt metaphorischer Einsatzbereiche, die einen analytischen Blick auf die Komplexitäten menschlicher Vorstellungen erlauben. Sie ermöglichen, in anderen Worten, Antworten auf die Fragen nach kulturellen Verarbeitungsprozessen technosozialer Neuerungen. Um das Konzept der materiellen Metapher weiter zu schärfen, will ich zunächst auf den Forschungsgegenstand dieser Arbeit, die Organspende und den Organspendeausweis, zurückkommen, um daraus eine breitere Perspektive zu entwickeln. Inwiefern ist der Organspendeausweis nun also als *materielle Metapher* zu verstehen?

Um dies zu erklären, möchte ich erneut auf einige bereits analysierte Fälle aus dem empirischen Material zurückgreifen. Wenn der Interviewte Henning (vgl. Kapitel 7) sagt: »Wer das einmal erlebt hat, hat keinen Ausweis mehr«, erzählt er von sich und anderen aus dem klinischen Umfeld, die nach der Konfrontation mit hirntoten Patient*innen und an ihnen vorgenommenen Organentnahmen keinen Organspendeausweis mehr hatten und meint damit, dass diese auf Grund ihrer Erfahrungen keine Zustimmung zur Organspende geben würden. Die Bemerkung über den Ausweis verweist folglich auf die Einstellung zur Organspende. In den *Termini technici* der Metaphertheorie wäre der *Quellbereich* dieser Metapher der Ausweis, der *Zielbereich* die Einstellung zur Organspende – die Einstellung zur Organspende wird durch das »Nicht-Haben« beziehungsweise »Nicht-mehr-Haben« des Ausweises beschrieben.

In Hennings Fall steht diese Metapher im Kontext einer Erzählung über Zweifel an dem Konzept des IHA als Todeskriterium. Der Ausweis als metaphorischer Quellbereich ermöglicht ihm, nicht erneut auf seine Ausführungen zurückzukommen, sondern lediglich bildlich anzudeuten und zu veranschaulichen, dass für ihn (und zur Verstärkung seiner Ansicht auch andere aus einem Berufsfeld) eine informierte Zustimmung zu einer Organentnahme (die für ihn einer Tötung gleichkäme) nicht infrage kommt.

Ähnlich verhält es sich bei David, wenn dieser von sich sagt, er sei jemand, der (durch Aufklärung) verhindere, dass Menschen Organspendeausweise hätten. Der Organspendeausweis, der bei Henning im Zusammenhang mit der Tradition des *informed consent* steht, dient als erzählerisches Mittel, um die Exitstrategie⁴⁹ zu beschreiben, mit der er dem System Organspende seine Loyalität entzieht: Henning hatte bereits eine Zustimmung dokumentiert, ist nun aber besser informiert und verweigert deshalb den Konsens. Ebenfalls ähnlich und doch etwas anders verhält es sich, wenn die Interviewten Jule und Anka (vgl. insbesondere Kap. 5 und 6) davon erzählen, ihre unausgefüllten Ausweise je (sichtbar) auf dem Küchenbord und (aus dem Sichtfeld) in einem Ordner mit der Aufschrift »Später« deponiert zu haben: Jule wünscht sich einen angemessenen Umgang mit ihrem sterbenden oder verstorbenen Körper, den Einbezug der Angehörigen und eine würdige Verabschiedung. Für sie ist der Organspendeausweis auch Teil von Trauerkultur und materieller Bote einer gesellschaftlichen Entwicklung, die sie zum Zeitpunkt des Interviews nicht uneingeschränkt mittragen kann. Der von ihr formulierte Zwiespalt zwischen dem Sozialein-Wollen und der instinktiven Ablehnung der möglichen Vorgän-

48 Vgl. Mol 2002: 31f.

49 Vgl. Nowotny 2004.

ge an ihrem Körper⁵⁰ dokumentiert sich in der Erzählung über die Geste, den Ausweis auf das Bord zu legen. Der Quellbereich »Ausweis auf dem Bord« beschreibt folglich ihre Haltung zur Organspende als ausstehende, aber nicht abgeschlossene Entscheidung. Eine vergleichbare Ausweis-Situation findet sich bei Anka, die sich ein transparenteres, aber auch inklusiveres und solidarischeres Transplantationssystem wünscht: Sie steckt ihren unausgefüllten Organspendeausweis in einen Ordner mit der Aufschrift »Später«. In ihrer Erzählung ist der Ausweis ein Angebot. Auch in ihrer Strategie im Umgang mit dem Objekt dokumentiert sich eine noch ausstehende Entscheidung – wenn auch aus anderen Gründen als bei Jule: Für Anka ist der Ausweis eine Mitgliedskarte einer Gemeinschaft, der sie sich nicht ausreichend zugehörig fühlt, um dies in dem dafür angebotenen Objekt zu dokumentieren.

Sowohl Henning als auch Jule und Anka überführen ihre Entscheidung durch ihre Ausweis-Erzählungen in die Handhabung des Objekts: seine An- oder Abschaffung sowie die Ordnung, Zuordnung und Ablage. Ob diese drei Personen mit ihren Ausweisen tatsächlich auf die erzählte Weise interagiert haben, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten, doch nutzen sie das Objekt Organspendeausweis als Quellbereich zur Veranschaulichung ihrer Ablehnung beziehungsweise Ambivalenz. Insbesondere Jule und Anka tendieren in ihrer Gesamterzählung zwar zu einem Nein, nutzen aber die spezifischen Objekteigenschaften des Ausweises, um Erzählungen zu kreieren, die ein Ja nicht gänzlich ausschließen.

Der Organspendeausweis als Quellbereich ist nun also bereits aus zwei Gründen von großem Interesse: A) steht er nicht einfach symbolisch für (ein »Ja« zur) Organspende, sondern kann sich als wesentlich komplexer erweisen, und B) ist er eben mehr als nur ein sprachlicher Ausdruck, sondern auch ein Objekt, das sich vielfältig einsetzen lässt. Es eignet sich sowohl für die Kreation mannigfaltiger Erzählungen als auch Gesten, Spiele und materielle Abwandlungen. Als materielle Metapher findet er sich nicht nur als Protagonist von Erzählungen, sondern auch als Requisite performativer Handlungen, Installationen und Gesten, so beispielsweise als Bestandteil der *Life-Time Clock* (vgl. Kapitel 6) mit der durch Entnahme von Ausweisen Lebenszeiten verlängert werden sollen, als Teil der Kostümierung einer Fantasiefigur auf dem Tag der Organspende, materieller Bestandteil von Gesten wie »Ausweis zeigen« oder »Ausweis zerstören«, Vorbild für Gegenausweise und vieles mehr. Er kann in verschiedene pragmatische und pragmasemantische Kontexte⁵¹ eingebettet sein und an verschiedene kulturelle Erfahrungsbereiche andocken, zum Beispiel in der *Life-Time Clock* an die kulturelle Deutung von Zeit als verrinnender Ressource.

Zwar kann er als Quellbereich fungieren, ist als Objekt aber auch multipel und fluide, hat keine stabile Identität.⁵² Zugleich ist er durch seine alltägliche Präsenz zu einer höchst dynamischen und vielfältigen *materiellen Metapher* des Phänomens Organspende geworden und ermöglicht die praktische Erfahrbarkeit von und Handlungen mit Bezug auf ein Phänomen, dass aus Perspektive von Spender*innen faktisch nicht erfahren

50 Über diese Vorgänge ist sie weitgehend informiert.

51 Vgl. Pfaller 2022.

52 Vgl. De Laet und Mol 2000.

werden kann, da es deren Tod voraussetzt. So kann Organspende für potenzielle Spender*innen eben sein, ein Objekt aus einer Halterung zu nehmen, in sozialen Medien zu posten oder (wie in Kapitel 6) bei einem Bäcker im Tausch gegen einen Kaffee vorzuzeigen.

Um zu veranschaulichen, inwiefern das konzeptuelle Zusammendenken von Praxis und Semiotik auch für weiterführende Forschungen anschlussfähig sein kann, möchte ich nun drei Vergleichsobjekte heranziehen, die ebenfalls im gesundheitspolitischen Bereich anzusiedeln sind und uns in den letzten Jahren durch verschiedene Phasen der COVID-19-Pandemie begleitet haben: Maske,⁵³ Test und Impfnachweis. All diese Objekte waren wesentliche Bestandteile davon, eine (unsichtbare) Pandemie sichtbar zu enactieren, erfahrbar zu machen, zu besprechen und moralisch zu strukturieren. Sie wurden zu wichtigen Requisiten öffentlicher Praktiken und durch ihre Sichtbarkeit wieder Teil von Erzählungen und Visualisierungen, die Einzug in viele Bereiche von Alltagskulturen hielten.

So wurden Mund-Nasen-Bedeckungen verschiedener Art zu multiplen und hochgradig dynamischen, materiellen Bedeutungsträgern, die vor allem im Jahr 2020 als zentrales Mittel gegen die Ausbreitung des Virus SARS-CoV-2 galten. Schnelltests (also die Kombination aus Probenentnahmematerial, Extraktionspuffer und Testkassette) sollten vor allem im Jahr 2021 Sicherheit über die Unbedenklichkeit von Personen und Kontrolle über das Infektionsgeschehen herstellen, während später Impfnachweise als Garanten von Sicherheit und Ermöglicher von Freiheit in den Fokus rückten. All diese Objekte existierten eine Zeit lang parallel und wurden alltagspraktisch wirksam, um schließlich wieder an Relevanz zu verlieren und weitgehend zu verschwinden. So wie ich während meiner Recherche zur Organspende immer wieder auf Geschichten über Ausweise gestoßen bin, war auch die Pandemie voller Erzählungen über Menschen, die Masken richtig, gar nicht oder falsch nutzten, über ihre Qualität, ihren Wert, ihre Wirksamkeit und Orte, an denen sie gebraucht wurden oder überflüssig schienen.⁵⁴

Hinzu gesellten sich bald Geschichten über negative und positive Tests und ihre (Un)Sicherheiten, ihre Macht, Menschen ein- oder auszuschließen, mögliche Manipulationen, zu hohe Preise oder den mehr oder weniger verantwortungsvollen Umgang mit ihnen.⁵⁵ Auch der Impfnachweis mit oder ohne QR-Code, auf Papier oder digital wurde durch seine (temporäre) Bedeutung für die Teilnahme am öffentlichen Leben zu einem viel besprochenen Politikum, zur begehrten Ressource, Gegenstand von Fälschungsdelikten, aber auch zur Requisite von Solidaritätsbekundungen und zu einer Hauptfigur von Verschwörungstheorien.⁵⁶ Auch hier finden sich Erfahrungsbereiche wie Krankheit und Körper, Glauben und Wissen sowie Vorstellungen von Solidarität, Gemeinschaft, Verwandtschaft oder Freundschaft, die an den spezifischen Eigenheiten von Objekten verhandelt und nicht nur erzählt, sondern durch diese Objekte auch im Alltag enactiert werden.

53 Vgl. hierzu auch Böhrer 2020 und 2021 sowie Böhrer et al. 2023.

54 Vgl. auch Böhrer et al. 2023.

55 Springer Medizin 2020, Zimmermann 2020.

56 Büchler und Strub 2021, Raschka 2021, Hardt 2021.

Dass das Erzählen von Geschichten im Zuge von Ereignissen wie einem pandemischen Ausbruch wichtige soziale Funktionen übernimmt, wurde bereits von verschiedenen Autor*innen beschrieben: So spielen sie eine zentrale Rolle für die soziale Wahrnehmung und Verarbeitung einer Pandemie.⁵⁷ Davis und Lohm⁵⁸ stellen fest, dass wir von einer Epidemie oder einem Pandemieausbruch vor allem durch Geschichten erfahren: durch Nachrichtenberichte, Gespräche mit Freunden, Facebook, Twitter, E-Mails von Arbeitgebern etc. – dynamische Erzählungen über gegenseitige Beobachtungen, die sich weiter verbreiten und immer wieder verändern.

Pandemien sind sowohl narrative als auch materielle Phänomene, die in großer Vielstimmigkeit und medialer Vielfalt enaktiert werden. Pandemie-Erzählungen haben nach Davis und Lohm also eine wichtige Funktion, vor allem in der Anfangsphase: Sie helfen, die Ansteckung zu verstehen, ihre möglichen Auswirkungen zu erkennen und sowohl individuell als auch kollektiv Stellung zu beziehen und zu handeln, wenn es um die implizierte Bedrohung des Lebens geht.⁵⁹ Inwiefern die Materialität und spezifischen Eigenschaften von Objekten eine Rolle dabei spielen, auf welche Art Menschen also ihre Wirklichkeit(en) erzählen, enactieren und erleben können und wie Phänomene wie Organtransplantation oder eine Pandemie entsprechend in den Alltag eingewoben werden, lässt sich an verschiedenen Beispielen zeigen:

Der Mund-Nasen-Schutz, der sichtbar im Gesicht getragen werden sollte, eignete sich nicht nur für bildliche und verbale Statements an der Außenseite, die den Träger*innen damit im wahrsten Sinne des Wortes ins Gesicht geschrieben waren. Das Bedecken von Mund und Nase provozierte selbst auch Erzählungen über Masken als »Maulkörbe«. Dieser Vergleich fand wiederum auch Übertragung in politische Diskussionen über die Angemessenheit der politischen Maßnahmen im Zuge der Pandemie. So äußerte die Philosophin Svenja Flaßpöhler in der Sendung *Philosophischer Stammtisch*, Masken könnten wegen ihrer spezifischen Handhabung (also der Bedeckung des Mundes bzw. eines großen Teils des Gesichts) und dem Hemmnis, das sie für Kommunikation und Austausch darstellen, metaphorisch auch als Hemmnis für Demokratie begriffen werden, deren Kern das Gespräch und die offene Debatte sei.⁶⁰

Die Interpretation der Maskierung als Unterdrückung tauchte auch regelmäßig in Protest und Kritik auf. Die körperliche Erfahrung mit dem Objekt Maske wird in den Bereich des demokratischen Zusammenlebens übertragen. Ähnlich geschah dies auch nach dem Tod des US-Amerikaners George Floyd, der im Zuge einer Festnahme von einem Polizisten durch Erstickung getötet wurde. Während der durch diese Gewalttat ausgelösten Proteste waren immer wieder Masken zu sehen, die doppeldeutig mit den Worten »I can't breathe« beschriftet waren. Während außerhalb der Proteste Masken weitgehend als Symbol der Solidarität verstanden und getragen wurden, gelten sie im Kontext von Kritik als sozio-materielle Manifestation staatlicher Gewalt. Hier wird deutlich, wie die spezifische Eigenschaft – die Maskenhaftigkeit der Maske – auf andere Bereiche über-

57 Charteris-Black 2021; Davis und Lohm 2020; Lee 2014.

58 Davis und Lohm 2020.

59 Vgl. ebd.: 1.

60 Philosophischer Stammtisch: <https://www.youtube.com/watch?v=tB-GjQLZSOo>

tragen wird und Sorgen über eine unklar gewordene gesellschaftliche Gegenwart und Zukunft anhand dieser Objekte verhandelt werden.

Auch mit Blick auf den Organspendeausweis lässt sich immer wieder sein metaphorischer Einsatz beobachten: Wenn Menschen beispielsweise Befürchtungen äußern, mit einem Ausweis nicht ausreichend medizinisch versorgt zu werden, erzählen sie implizit auch von der Erfahrung mit einem medizinischen System, das Menschen durchaus nach monetärer Potenz zu unterscheiden weiß. Ein zerschnittener und an die DSO verschickter Ausweis erzählt nicht nur davon, dass eine Person über ein ausreichend scharfes Werkzeug verfügt, sondern auch von einem Austritt aus der Transplantationsgemeinschaft – eine Handlung, für die der Ausweis sich durch seine Ausweishaftigkeit und zugleich strukturelle Schwäche besonders gut eignet.

Zusammenfassend möchte ich hier nun einige Eigenschaften materieller Metaphern aufzeigen, die diese auch als mögliche konzeptuelle Grundlage für weitere Forschungen schärfen:

- A) **Dynamik:** Der Begriff *materielle Metapher*, wie ich ihn hier konzeptuell erfassen möchte, meint Objekte, die zu Bestandteilen des Enaktierens abstrakter Phänomene werden und damit Erfahrungs- und Handlungsspielräume eröffnen. Dies kann im Zusammenhang mit technosozialen Neuerungen geschehen, aber auch in anderen Bereichen, wenn Objekte über die funktionale Werkzeughaftigkeit hinaus metaphorisch zum Einsatz kommen. Mit Objekt meine ich jede Form nicht-menschlicher bzw. quasi-menschlicher Akteurskonstellationen. In diesem Sinne kann ein Wald⁶¹ ebenso zur (temporären) materiellen Metapher werden wie eine kleine Karte, eine medizinische Maske, ein Kopftuch oder ein Kruzifix. Entscheidend ist lediglich ihre Bespielbarkeit.
- B) **Temporalität:** Eine wichtige Eigenschaft materieller Metaphern ist zudem – und ähnlich wie Moser und Schlechtriemen dies im Zusammenhang mit Sozialfiguren beschreiben – ihr Zeitbezug und ihre Vergänglichkeit. Sie entstehen in »spezifischen, historischen Konstellationen«;⁶² entsprechend tritt der Organspendeausweis als materielle Metapher vor dem Hintergrund einer sich zunehmend etablierenden Transplantationsmedizin und im Zusammenhang mit der Regelung über eine aktive Zustimmung hervor und wird ggf. hinfällig, wenn sich andere politische Lösungen durchsetzen. Materielle Metaphern sind damit auch dynamisch, können an Relevanz verlieren, aber auch reaktiviert werden.⁶³ Sie sind, ähnlich wie Sozialfiguren, Produkte sich wandelnder Verhältnisse sowie (mitunter normativ aufgeladener), sich etablierender Verhaltensstandards⁶⁴ und können entsprechend (in)stabil sein.
- C) **Anschlussfähigkeit:** In ihrer Funktionsweise als materieller Bestandteil kultureller Einbettungsprozesse können sie sowohl als verbindende als auch als trennende Elemente hervortreten und nicht nur verschiedene Deutungen, sondern damit verbunden auch unterschiedliche Handlungen, Erzählungen oder Visualisierungen ermög-

61 Wie beispielsweise der Hambacher Forst.

62 Moser und Schlechtriemen 2018: 171.

63 Vgl. ebd.: 171f.

64 Moser und Schlechtriemen 2018: 172.

lichen. Abstrakte Phänomene wie ein Transplantationssystem oder ein unsichtbares Virus werden greifbar und gemeinschaftlich verhandelbar, wenn Ausweise gezeigt und Masken entsprechend oder eben nicht entsprechend aktuell geltender Empfehlungen und Regeln getragen werden. Umwelt- und Klimaschutzdebatten kann ein anderer Nachdruck verliehen werden, wenn ein Wald besetzt oder eine Hand mit Klebstoff auf eine Straße geklebt wird. Konzeptuell ähneln sie den bereits erwähnten Grenzübjekten von Star und Griesemer (vgl. Kapitel 8),⁶⁵ doch sind ihre Funktionsweisen vielfältiger als die einer grenzüberschreitenden Koordination kollaborativer Prozesse. Sie ermöglichen nicht nur Zusammenarbeit, sondern auch konfliktreiche Strukturierungen moralischer Felder, in die zu verhandelnde Phänomene und Praktiken eingeordnet werden. Objekte als materielle Metaphern werden Teil verschiedenartig geprägter Alltage, werden darin verhandelt sowie an ihnen selbst auch verschiedene Themen verhandelt werden, die zum Teil weit über ihren Ursprungskontext hinausgehen. So wird mit Organspendeausweisen nicht allein die Bereitschaft zur Organspende verhandelt, sondern beispielsweise auch existenzielle Fragen an den Tod oder an Masken nicht nur die Frage nach ihrer Wirksamkeit, sondern beispielsweise auch Fragen nach sozialer Gerechtigkeit gestellt.⁶⁶

- D) Multimodalität: Die aus den jeweiligen Objekten begründbaren Metaphern sind meist eng mit deren spezifischen Materialitäten und Affordanzen⁶⁷ verbunden. So eignen sich leichte Objekte wie der Organspendeausweis oder eine Gesichtsmaske für Erzählungen wie »Mit meinem Organspendeausweis ist es so leicht, ein Leben zu retten« oder »Es ist so leicht, sich und andere zu schützen«. Ein Objekt, das Mund und Nase bedeckt, kann leicht Vorstellungen über Silencing-Strategien einer als übergriffig wahrgenommen Regierung bebildern oder ein Ausweis ein Verschwinden in den Mühlen irrwitziger Bürokratien illustrieren. Materielle Metaphern entfalten sich dabei sowohl cross-medial als auch multimodal, können sich sowohl in Praktiken als auch in Erzählungen, Bildern, Gesten und Redewendungen (weiter) verbreiten.
- E) Kontextualität: Materielle Metaphern, wie sie hier konzeptuell begriffen werden, erscheinen meist in spezifischen zeitgeschichtlich kontextuellen und diskursiven Zusammenhängen. Wenn Objekte sich als materielle Metaphern herausbilden und Einzug in öffentliche Praktiken und Sprachgebräuche halten, gehen sie nicht einfach aus Erkenntnissen hervor, die für einen größeren Teil etwa einer wissenschaftlichen *Community* als gesichert gelten. Sie sind zugleich auf multiple Weisen mit sozialpolitischen und kulturellen Rahmenbedingungen und historischen Ereignissen verknüpft. Sie sind materielle Bestandteile praktisch gewordenen situierten Wissens⁶⁸ und der kleinen und großen Verhandlungen, die um dieses Wissen herum entstehen.

Das Konzept der materiellen Metapher lässt sich damit auch als Schnittstelle begreifen, die das praxeografische Vorgehen der Beobachtung und dichten Beschreibung von Prak-

65 Star und Griesemer 1989.

66 Vgl. Böhrrer et al. 2022.

67 Costall 1995.

68 Vgl. Haraway 2017.

tiken und Akteurskonstellationen fruchtbar um Ansätze aus der Metaphernforschung ergänzt.

An der Schnittstelle von Objekten in der Praxis lässt sich nicht nur die Praxeografie methodisch erweitern, sondern zugleich das Desiderat der systematischen Metaphernanalyse adressieren, auch Objekte und parasprachliche Äußerungen als (kontextbezogene) Quellbereiche⁶⁹ heranzuziehen. Analytisch ließen sich hier beispielsweise Materialität, Affordanzen und kulturelle Archive⁷⁰ trennen: So etwa verweist im Zusammenhang mit einem gezeigten Organspendeausweis, wie wir ihn in den Organspendekampagnen von 2014 kennengelernt haben, eine Aussage wie »ist so leicht und hat doch viel Gewicht« auf einen materiellen Aspekt des Organspendeausweises (sein Gewicht und seine Handhabbarkeit).

Eine Aussage wie »es tut gut, etwas geklärt zu haben« auf seine Handlungsaufforderung (Ausfüllen und Unterschreiben), während die Geste des Ausweis-Zeigens aus dem kulturellen Archiv staatlicher bzw. bürokratischer Ordnungsprinzipien stammt. So lässt sich also nicht nur sagen, dass das Phänomen Organspende über das Objekt Ausweis erklärt wird, sondern auch verschiedene Ebenen differenzieren, auf denen der Ausweis als materielle Metapher fungiert und nachvollziehbar machen, wo diese Metaphern an die Grenzen des Objekts stößt und welche Bereiche eines Phänomens durch sie besonders hervorgehoben (*gehighlighted*) werden.

Vor diesem Hintergrund werden wir uns im Folgenden nun noch einmal den Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen zuwenden.

9.4 Organspende und die Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen

Abschließend und die bisherigen Erkenntnisse zusammenführend, will ich nun auf die eingangs gestellten Fragen zurückkommen: Was ist Organspende für potenzielle Spender*innen? Wie wird Organspende als gesellschaftliche Praxis gemeinschaftlich enacted? Und was lernen wir mit dem Organspendeausweis als materieller Metapher über die Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen?

Transplantationsmedizin und die damit verbundene Möglichkeit der Organspende begegnen potenziellen Spender*innen vor allem als Positionierungsfrage, denn kaum eine Information über Transplantationsmedizin kommt ohne die Platzierung eines Appells zur Entscheidung über Organ- und/oder Gewebespende aus. Organspende als gesellschaftliche Praxis ist für potenzielle Spender*innen damit meist mit der Frage nach einem Organspendeausweis verbunden, der wiederum Spender*innenwelten maßgeblich strukturiert, visualisiert und sowohl erfahrbar als auch behandelbar macht. Er ermöglicht ein Wechselspiel aus Annäherung und Distanz und transformiert dabei komplexe Fragen in einfache Handlungen.

Der Organspendeausweis dient als Quellbereich vor allem für die (kurzfristige) Entscheidung und ihre Dokumentation und für die (längerfristige und möglichst kontinu-

69 Vgl. Pfaller 2022.

70 Krüger-Fürhoff 2012.

ierliche) Haltung zur Organspende,⁷¹ die mit je unterschiedlichen Praktiken verbunden sind. So dokumentiert sich das Entscheiden in Akten, wie einen Organspendeausweis zu besorgen, ihn auszufüllen und zu unterschreiben und die Haltung in Handlungen, wie den ausgefüllten Ausweis an einem geeigneten Ort aufzubewahren beziehungsweise mit sich zu führen. Doch nicht nur ausgefüllte und damit bereits von Personen angeeignete Ausweise spielen eine Rolle in den Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen. So sind es gerade die leeren Ausweise, die als Ausweise, aber auch als Dekorationselemente und Bilder auf die Entscheidung drängen und anzeigen, dass es hier und jetzt um Organspende geht.

Verbunden mit den zuvor herausgearbeiteten Erfahrungsdimensionen lässt sich Organspende als gesellschaftliche Praxis aus Sicht potenzieller Spender*innen folgendermaßen beschreiben:

Im Erfahrungsfeld von Körperlichkeit und Mortalität (vgl. Kap. 5) kommt die Aufforderung zur Entscheidung einem *Memento Mori* gleich, erinnert an die unausweichliche Sterblichkeit und gibt spezifische Deutungsmöglichkeiten – nicht nur für den Tod, sondern auch für die Rolle des Körpers. Die Affordanzen des Ausweises, die leeren Felder mit Schrift und Kreuzen zu füllen und ihn schnell und unauffällig zu verstauen, ermöglicht das Abhaken unangenehmer oder lästiger Entscheidungen und die verantwortungsbewusste Vorbereitung eines ›guten‹ Todes, der zugleich auf eine kleine, sinnhaft gefüllte Fläche gebannt werden kann.

In der Dimension von Körperlichkeit und Mortalität wird mit dem Organspendeausweis auch eine spezifische Haltung zu Körper, Tod, Sterben und Trauer eingenommen – oder verweigert. Der Organspendeausweis kann hier sowohl die Erleichterung einer getroffenen Entscheidung verschaffen als auch Ängste über den Abschluss eines Vertrages mit unabsehbaren Folgen hervorrufen. In jedem Fall ist Organspende für potenzielle Spender*innen hier eine Verhandlung von Körperbildern und Todesvorstellungen, in denen der Ausweis als materielle Metapher fungieren kann, die es ermöglicht, diese Grenzbereiche zu verhandeln, ohne sie direkt zu benennen. Zugleich aber fordert Organspende potenzielle Spender*innen auf, sich aktiv und verantwortungsbewusst zu ihrer eigenen Endlichkeit zu verhalten. Die potenziellen Spender*innen sind hier also sterbliche Körper und zukünftige Patient*innen, die den Kampf gegen eine Verletzung oder Krankheit verloren haben.

Als kollektives Projekt (vgl. Kap. 6) lässt sich Organspende als ein Akt des symbolischen Eintritts in – oder Austritts aus – eine (vorgestellte) Transplantationsgemeinschaft verstehen. Für potenzielle Spender*innen ist dies häufig mit Vorstellungen von Solidarität verknüpft und berührt damit auch die Frage nach der Stabilität des moralischen Fundaments, auf dem diese Gemeinschaft ruht. Organspende kann so zum Angebot werden, Teil einer Solidargemeinschaft zu sein, aber auch zum Appell, selbst Verantwortung für schwerkranke Mitmenschen zu übernehmen. In dieser kollektiven Dimension rücken andere Aspekte in den Vordergrund als bei persönlichen Auseinandersetzungen.

71 Die Kontinuität des einen Ausweises im Besitz potenzieller Spender*innen stellt eine weitere Besonderheit des Organspendeausweises im Unterschied beispielsweise zu einer medizinischen Maske dar, denn die gleiche Maske über Jahre hinweg zu nutzen, wäre wohl kein sozial erwünschtes Verhalten.

zungen mit Körper und Tod: Die Bereitschaft zur Spende wird hier als Ausdruck sozialer Verbundenheit und moralischer Verpflichtung verhandelt. So gehen mit der Forderung nach Konformität und Eintritt in die Gemeinschaft auch Vertrauensfragen einher, die Organspende auch in den Kontext anderer gesellschaftspolitischer Themen wie soziale Ungleichheit stellt. Der kulturelle Gehalt des Organspendeausweises als Zeichen der Zugehörigkeit zur Gemeinschaft erschwert es, ein Nein zur Organspende zu dokumentieren – zu widersprechen bedeutet hier nicht nur, sich individuell zu entziehen, sondern auch, sich symbolisch aus dem kollektiven Zusammenhalt auszuklinken. Die Entscheidung erscheint damit für potenzielle Spender*innen nur eingeschränkt frei.

Wird Organspende als Wissensfrage (vgl. Kap. 7) verhandelt, erscheinen potenzielle Spender*innen meist als imaginierte Laien, die von Expert*innen beraten und belehrt werden. Hierzu gehören Informationen über Abläufe einer Transplantation und die durchführenden Institutionen, über den IHA als Tod des Menschen sowie die Veröffentlichung quantitativer Studien, die zum einen zeigen, dass Organtransplantation weiterhin aktiv durchgeführt wird, dass zugleich aber auch mehr möglich wäre. Das Prinzip des IHA zu verstehen, scheint hier in erster Linie Mediziner*innen vorbehalten zu sein; den imaginierten Laien muss es erklärt werden.

Das Prinzip des Hirntodes kognitiv nicht nachvollziehen zu können, gilt dabei nur so lange als Erklärung für eine Ablehnung der Organspende, bis die Vorgänge erklärt wurden. Danach kann es für potenzielle Spender*innen keinen Grund zur Ablehnung geben, ohne der Medizin als Deutungshoheit über den menschlichen Tod die Loyalität zu entziehen. Ein weiterer Aspekt von Organspende als gesellschaftlicher Praxis ist das Bereitstellen mitunter sehr detaillierter Informationen (wie Transplantationszahlen einzelner Organe in verschiedenen Bundesländern und Bezirken), zugleich aber auch das Forcieren möglichst schneller Entscheidungen, die auch völlig entkoppelt von bereitgestellten Informationen getroffen werden können.

Der Organspendeausweis als *informed consent* kann – von Informationen gänzlich getrennt – auch als Zustimmung ohne Information und damit als Objekt der Bekenntnis fungieren. Die Frage nach Organspende zu bejahen und sich mit einem entsprechenden Ausweis auszustatten, ist somit auch eine Möglichkeit, sich als *scientific citizen* mit einem wertschätzenden Verhältnis zu wissenschaftlicher Erkenntnis zu positionieren. Die Ablehnung des Hirntodkriteriums als Tod des Menschen birgt für potenzielle Spender*innen zugleich die Gefahr, als kognitive Minderheit mit Dynamiken der Exklusion konfrontiert zu werden.

Nicht zuletzt ist Organspende für potenzielle Spender*innen eine gesellschaftliche Praxis mit Ausweis (vgl. Kap. 8) – einem Objekt, das aus anderen Deutungszusammenhängen bekannt ist, das entsprechend seiner Bestimmung benutzt, aber auch kreativ bespielt werden kann.

Denn zu ›Organspender*innen‹ werden potenzielle Spender*innen außerhalb des Krankenhauses durch das Ausfüllen entsprechender Dokumente, das sichtbare Tragen im Geldbeutel oder andere Varianten des Mit-Ausweis-Seins. Organspende ist, so könnte man sagen, ein Kartenspiel mit Regeln, aber auch Platz für kreativen Spielraum. Der Organspendeausweis als Objekt der Praxis kommuniziert eine ganze Reihe von Aspekten und Möglichkeiten: So ist Organspende mit dem Objekt Ausweis (sofern man des Lesens und Schreibens mächtig ist) unkompliziert; sie ist ernsthaft, seriös, staatlich ein-

gebettet und vertrauenswürdig; das Objekt, das persönlich angeeignet und zu »meinem« gemacht werden kann, steht auch für die persönliche und individuelle Entscheidung, das Objekt aus dem stabileren oder älteren Material für die Festigkeit der Entscheidung. Die Ausweishaftigkeit des Ausweises macht das Spender*in-Sein auch zur Handlung von Bürger*innen, die Ausweise als materielle Bestandteile ihrer Identitäten kennen. Es ruft zugleich aber auch (positive wie negative) Erfahrungen mit Staatlichkeit und bürokratischer Ordnung auf den Plan.

Auf der Spur des Organspendeausweises lässt sich nachvollziehen, wie potenzielle Spender*innen in komplexe gesellschaftliche Erwartungshorizonte eingebunden sind – etwa in Bezug auf Wissen, Solidarität, Körperlichkeit oder staatliche Ordnung. Zugleich zeigt sich, dass sie in diesen Feldern nicht einfach adressiert, sondern zu aktiven Deutenden, Abwägenden und Entscheidenden werden. Welche Themen sie dabei vordergründig verhandeln, hängt wesentlich von der Situation und ihrer eigenen biografischen, sozialen und emotionalen Verfasstheit ab.

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Idee, Metaphern auch materiell zu denken, als erkenntnisleitendes Instrument für eine ganze Reihe sozial- und kulturwissenschaftlicher Felder fruchtbar machen. Gerade in der Wissenschaftsforschung, wo die Frage nach der Herstellung von Handlungen, Entscheidungen und Stabilitäten zentral ist, erlaubt das Konzept der materiellen Metapher eine doppelte Perspektivierung: Es rückt die performative Dimension von Objekten in den Vordergrund – also ihre Rolle in der Erzeugung und Rahmung von Praxis – und macht zugleich die symbolischen Ordnungen sichtbar, in die diese Objekte eingebettet sind. So kann das Konzept auch in zukünftigen Studien dazu beitragen, die Beziehung zwischen Materialität, Bedeutung und Handlung systematisch zu untersuchen – sei es in der Medizin, in der Technikentwicklung oder in anderen Bereichen institutionalisierter Praxis.

10. Zusammenfassung und science-fiktionaler Blick in die Zukunft

Die vorliegende Arbeit hat sich der Organspende aus praxeografischer Perspektive angenähert, sich also der Beobachtung von Organspende als gesellschaftlicher Praxis gewidmet, wie sie außerhalb von Operationssälen und Intensivstationen stattfindet. Der Fokus lag auf der Integration der Organspende in unsere Alltage und den Erfahrungswelten potenzieller Spender*innen. Im Zuge der Beobachtung, dass der Organspendeausweis eine wichtige Rolle für die Erfahrbarkeit von Organspende spielt, stellte die Arbeit zudem die Frage nach möglichen Konzeptionen von Objekten in der Praxis. Basierend auf theoretischen Überlegungen aus Praxeologie¹ und den *Science and Technology Studies*² folgte diese Praxeografie zunächst der Spur des Organspendeausweises durch vier kulturelle Erfahrungsdimensionen:

1. Körperlichkeit und Mortalität,
2. Kollektiv und Solidarität,
3. Wissen, Glauben, Vermuten und
4. Dokument und Materialität.

Dabei wurden Methoden des ethnografischen bzw. praxeografischen Beobachtens mit Methoden der Artefaktanalyse sowie *material methods* kombiniert.

In den vier genannten Erfahrungsdimensionen tritt der Organspendeausweis in verschiedenen Seinsweisen hervor: So finden wir ihn im Kontext von Körperlichkeit und menschlicher Sterblichkeit als *Memento Mori*, das den Tod zugleich einhegen und abjekte³ Erfahrungsräume schließen soll. Im Zusammenhang mit Kollektiv und Solidarität begegnet uns eine vorgestellte Transplantationsgemeinschaft, in der verschiedene Sozialfiguren⁴ das moralische Feld strukturieren. Für Organspende als Gemeinschaftspro-

1 Vgl. Schmidt 2012.

2 Vgl. Mol 2002.

3 Vgl. Kristeva 1981.

4 Vgl. Moser und Schlechtriemen 2018.

jekt ist der Ausweis eine Art Mitgliedskarte, die in paradoxer Weise zugleich den Austritt aus dieser Gemeinschaft ermöglicht.

Der Gabentausch⁵ fungiert hier als sinngebende Rahmung hinter den Deutungen von Praktiken, die mit Organspende in Verbindung stehen. Wird Organspende hingegen als Wissensfrage verhandelt, werden potenzielle Spender*innen zu imaginierten Laien,⁶ Subjekten der Aufklärung und Objekten der Beobachtung. Als neuralgischer Punkt erweist sich vor allem der irreversible Hirnfunktionsausfall (IHA); der Organspendeausweis steht hier in der Tradition der informierten Zustimmung (*informed consent*).

Das letzte empirische Kapitel behandelte schließlich den Ausweis selbst mit Blick auf seine Ausweishaftigkeit und Materialität, die Organspende in der Welt staatlicher Ordnung und Bürokratie ansiedeln.

Im Verlauf der Arbeit wurde eine theoretisch-methodologische Reflexion über die Grenzen des praxeografischen Ansatzes auf der Spur des Objekts vorgenommen, wobei das Konzept der *materiellen Metaphern* (weiter)entwickelt wurde. Dieses bietet nun einen Ansatz, die Materialitäten, Affordanzen, Bedeutungen und Wirkungen von Objekten in der Praxis differenziert in den Blick zu nehmen und fruchtbar in die Forschung einzubeziehen.

Auf Basis dieser Überlegungen konnte gezeigt werden, dass Transplantationsmedizin und postmortale Organspende für potenzielle Spender*innen vorrangig in Form von Erzählungen, Organspendeausweisen und Praktiken um bzw. Handlungen mit diesen Ausweisen erfahrbar sind. An ihnen werden zugleich existenzielle und viel weitreichendere Fragen über Tod, Solidarität, Glauben, Vertrauen, Staatlichkeit oder Gerechtigkeit verhandelt.

Wie aber lassen sich die Erkenntnisse zur kulturellen Einhegung der Organspende nun weiterdenken? Welche Art von Frage oder Diagnose kann am Ende dieser Arbeit stehen?

Im Lichte aktueller politischer Debatten um die Einführung einer Widerspruchslösung erscheint es naheliegend, diese auch in prognostizierender Weise aufzugreifen: Hoffnungen, die an diese Gesetzesänderung geknüpft werden, betreffen vor allem die Zahlen gespendeter Organe, die sich entsprechend erhöhen, eine höhere Versorgung für wartende Patient*innen gewährleisten und die Zahlen der gespendeten Organe damit an die anderen europäischen Staaten angleichen sollen.

Skepsis besteht beispielsweise gegenüber der Frage, ob ein solcher Eingriff in die Autonomie von Bürger*innen beziehungsweise Patient*innen wünschenswert ist, ob Schweigen wirklich mit Zustimmung gleichgesetzt werden sollte und auch mit Blick auf die Frage der Willensdokumentation sowie die Effektivität dieser Maßnahme.⁷

Zur Beantwortung der Frage nach möglicherweise höheren Spendenzahlen oder den Auswirkungen sich verändernder Strukturen im Gesundheitssystem wird es andere und für die Fragestellung passendere Studien und Methoden geben. Statt hier nun beispielsweise Ländervergleiche anzustellen, die zeigen sollen, ob und wie sich die Zahl gespen-

5 Vgl. Mauss 1968.

6 Vgl. Nowotny 2004.

7 Vgl. Deutscher Bundestag 2019: <https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2019/kw39-pa-gesundheit-organspende-657270>

deter Organe erhöhen könnte, richte ich, entsprechend der Fragestellung des Projekts, den Blick erneut auf die potenziellen Spender*innen. Denn diese geraten, wie bereits in Kapitel 2 gezeigt wurde, meist dann in den Fokus, wenn es um ihre Akzeptanz und Spendenbereitschaft geht und insbesondere dann, wenn es gilt, sie in einem positiven Sinne von einer Organspende zu überzeugen.

Wenn Organspende zur Selbstverständlichkeit geworden ist, liegt es nahe, dass sowohl das Interesse an der Haltung von Spender*innen als auch an der Finanzierung von Informationskampagnen zum Thema Organspende entsprechend nachlassen wird.

So möchte ich diese letzten Zeilen und Seiten nutzen, um zu fragen, wie die kulturelle Einebnung einer »selbstverständlichen« Organspende aussehen könnte, wie sich die Kommunikation über Organspende verändern könnte, welche Objekte dabei eine Rolle spielen (oder wie sie umgedeutet werden) und welche Fragen wir auch weiterhin an potenzielle Spender*innen stellen können. Ich knüpfe dafür an Donna Haraways Idee des science-fiktionalen Schreibens an und werfe einen spekulativen Blick auf die Zukünfte der Organspende, wie sie potenziellen Spender*innen nach einer wahrscheinlichen oder zumindest möglichen Einführung einer Widerspruchslösung als gesellschaftliche Praxis begegnen könnte.

Haraway beschreibt das Vorgehen der »SF« (Science Fiction) als Methode des Nachzeichnens und als Figuration in mehrfachem Sinne:⁸

»Erstens zupfe ich großzügig Fasern aus verklumpten, dichten Ereignissen und Praktiken heraus. Ich versuche, den Fäden zu folgen und die Spuren so zu lesen, dass ihre Verwicklungen und Muster entscheidend dafür werden, wie wir an wirklichen und spezifischen Orten, in wirklichen und spezifischen Zeiten unruhig bleiben können.«⁹

Wenn wir zum Abschluss nun einige der in dieser Arbeit aufgespannten Fäden in eine ungewisse Zukunft weiterverfolgen, geht es nicht um ein utopisches oder dystopisches Korrektiv einer bestehenden, momentanen Situation, sondern um ein Antizipieren und Weiterdenken der bereits geöffneten Frageperspektiven. Stellen wir uns eine Zukunft nach Einführung der Widerspruchslösung vor, in der jede Person, die nicht ausdrücklich widersprochen hat, im Falle eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls als Organspender*in in Frage kommt:

Zunächst lässt sich skizzieren, wie einige Zeit nach der Einführung und Umsetzung der Gesetzesänderung ein zunächst erfreulicher und zumindest leichter Anstieg gespendeter Organe festgestellt werden kann und wie der *Tag der Organspende* als Etappensieg und Fest des Lebens gefeiert wird. Die Frage, wie und wo ein Widerspruch dokumentiert werden kann, wäre zunächst niedrigschwellig gelöst worden: Sowohl eine analoge schriftliche Äußerung als auch die Hinterlegung von Daten in der 2024 eingeführten Online-Registrierung würde für rechtskräftig erklärt. Die Diskussion, ob Angehörige (und wenn ja welchen Grades) in den Prozess der nun selbstverständlichen Organentnahme intervenieren dürften wird intensiv geführt worden sein. Man würde sich auf ein Veto-

8 Vgl. Haraway 2018: 11f.

9 Ebd.: 11.

Recht unter bestimmten Umständen einigen, nämlich dann, wenn diese glaubhaft versichern könnten, dass die verstorbene Person einer Organspende nicht zugestimmt hätte. Was im Einzelfall glaubhaft sei und wer ›angehörig‹ ist, bliebe vermutlich zunächst offen für einen gewissen lokalen und situativen Spielraum. Greifen wir Fäden aus dem für diese Studie analysierten empirischen Material auf, so können wir versuchen, einige der Interviewten, die wir hier kennenlernen durften, als ihre ›zukünftigen Versionen‹ erneut zu befragen. Im Rahmen dieser Befragung kann man sich durchaus eine Jule vorstellen, die Erleichterung verspürt, denn der Organspendeausweis, der sie vom Küchenbord aus anzustarren scheint, verliert an Bedeutung. Zwar sind ihre Ambivalenzen bezüglich der Vorgänge am Körper und den Möglichkeiten der Trauerarbeit nicht ausgeräumt, doch kann nun, wo keine aktive Zustimmung mehr von ihr verlangt wird, ihre sozial engagierte Seite überwiegen.

Eine Jule der Zukunft wäre folglich als mögliche Spenderin gewonnen, ebenso wie eine Maria, die sich zwar als nicht »hundertprozentig überzeugt« beschreibt, aber auch nicht aktiv aus der Solidargemeinschaft austreten würde. Statten wir einem zukünftigen Max und einer zukünftigen Viktoria, den beiden jungen Mediziner*innen, einen Besuch ab, könnten wir auch hier auf Erleichterung stoßen: Erleichterung darüber, dass sich mit dem Hirntod ein existenzieller Meilenstein der eigenen Profession nun auch gesellschaftlich etabliert zu haben scheint und vielleicht auch darüber, dass Gespräche mit Angehörigen möglicherweise nun auf einer stabileren rechtlichen und auch demokratisch abgesicherten Grundlage stattfinden können.

Zugleich können wir uns Stefanie vorstellen, die als transplantierte Patientin mitsamt ihrer *Community* erst einmal aufatmet: Endlich ist ein wichtiger Schritt passiert, der eine bessere Versorgung mit Organen gewährleistet und transplantierten sowie wartenden Patient*innen Rückhalt gibt. In der Praxis können wir sie aber auch nachdenklich bei der Vorbereitung ihres Informationstisches für die nächste Veranstaltung sehen:

Können die bisherigen Info-Materialien zur Organspende noch verwendet werden? Muss man Besucher*innen nun auf die Möglichkeit hinweisen, der Organspende widersprechen zu können? Welche Gründe sprächen für einen Widerspruch und würde das ständige Kommunizieren über die Möglichkeit, »Nein« zu sagen einer Affirmation der Organspende entgegenstehen? Welchen Modus der Kommunikation können Stefanie und ihre Kolleg*innen am Infostand finden, wenn es nicht mehr darum geht, an die Solidarität der Besucher*innen zu appellieren, die diese dann direkt vor Ort in einem Organspendeausweis dokumentieren können? Wie kommuniziert man als transplantierte oder wartende Person, dass man nun nicht mehr bitten muss, sondern die Organe, die im Gegenüber eben noch vital arbeiten zu einem Gut der Gemeinschaft geworden sind? Welchen Zweck hat Stefanies Informationsstand?

Slogans wie »Sag nicht nein« oder »Schweigen ist Gold« könnten die Plakate der Zukunft zieren, gemeinschaftliche Entsorgungen von nun nicht mehr benötigten Organspendeausweisen zum Ritual der Stunde werden.

In der Zukunft finden wir aber auch Menschen wie Anka, Henning, Ilona oder David, die – dem System misstrauend – den von ihnen als bevormundend empfundenen Eingriff in ihre Autonomie klar ablehnen. Bei Anka, die ihren Willen unter anderem deshalb nicht dokumentiert hat, weil sie Bedenken hatte, man könne auf ihrem Organspendeausweis ihr Nein überlesen und ihr gegen ihren Willen Organe entnehmen, könnte

eine andere Angst entstehen. In sozialen Medien könnte Anka gelesen haben, dass immer mehr Menschen sich nun auch für ein Club-Gut-Modell stark machen: Wer der Organspende nicht widerspricht, sollte Zugang zu besserer medizinischer Versorgung haben. »Was«, könnte Anka denken, »wenn ich krank bin und den Behandelnden klar wird, dass ich ein ›Nein‹ zur Organspende dokumentiert habe? Würde man dennoch versuchen, mich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu retten? Oder wäre ich nun ein Mensch, der keine Bemühungen mehr verdient?«

Gut können wir uns auch David vorstellen, der nach einer Phase des Rückzugs nun erneut im Feld der Organspende aktiv wird, Vorträge hält und sich in verschiedenen sozialen Medien Accounts einrichtet, über die er Menschen informieren und mit ihnen ins Gespräch kommen will.

Eine Homepage, so hat man ihm gesagt, sei nicht mehr zeitgemäß – er müsse auf andere Kanäle umsteigen, um wahrgenommen zu werden. Wir können uns vorstellen, wie David hier mit neuen diskursiven Dynamiken konfrontiert wird, die ihm bis dato unbekannt waren. Neben dem Begriff der »Spende« kommt der Begriff der »Steuer« auf und mit ihm auch die Forderung nach entsprechenden Sanktionen. Während David noch an seiner Sammlung von Zitaten feilt, die den IHA als Tod des Menschen in Zweifel ziehen, formiert sich im Netz bereits das Hashtag *#Hirntodleugner*, das nun mehrfach in Zusammenhang mit seinem Namen erscheint. »Bestimmt bist du auch nicht geimpft!«, heißt es nun vielleicht unter seinen Beiträgen.

Schon wenig später kommunizieren verschiedene Akteur*innen der Zukunft, dass die Einführung der Widerspruchslösung zwar geholfen habe, dass die Zahlen gespendeter und benötigter Organe nach wie vor weit auseinandergingen. Denn selbst wenn alle mit IHA diagnostizierten und medizinisch sowie juristisch in Frage kommenden Personen transplantiert würden, würde dies nach wie vor nur einen geringen Teil der benötigten Organe abdecken. »Es ist noch Luft nach oben« oder »Spanien immer noch Weltmeister«, könnte die ein oder andere Zeitung titeln.

Es müsste über neue Maßnahmen diskutiert werden – beispielsweise darüber, ob nun doch auch *Non-Heart-Beating Donors* für eine Spende in Frage kämen, da dies in vielen EU-Ländern bereits Praxis ist. Ebenso würde darüber gesprochen, was dies für die Sicherstellung des IHA bedeuten würde und unter welchen Bedingungen eine solche Organentnahme stattfinden dürfte:

Kämen hier nur Spender*innen in Frage, deren Herz-Kreislauf-Funktion auf natürlichem Wege – also unkontrolliert – versagt, oder dürfte dies auch auf kontrolliertem Wege geschehen? Könnte das sogar – wie in den Niederlanden – mit Verfahren der Sterbehilfe kombiniert werden? Wären dies Entscheidungen, die auf dem großen politischen Parkett ausgehandelt oder im Kreis von Expert*innen beschlossen würden?

Kritische Stimmen würden anmerken, dass man jetzt, wo man gerade den Hirntod gesellschaftlich etabliert habe, nicht sofort ein neues und ähnlich komplexes Verfahren erklären könne. Andere würden hoffen, dass der Weg nun geebnet sei. Neue Informationsmaterialien würden entworfen und diskutiert. David müsste sich neu positionieren: Als Skeptiker gegenüber dem Hirntodkriterium sollte eine Spende nach Herztod in seinem Sinne sein, doch hat sich der Deutsche Ethikrat hier ablehnend gezeigt, weil der (Hirn)Tod des Menschen hier nicht klar gewährleistet werden könne. Auch im Reich der Skepsis bleibt es in der Zukunft folglich kompliziert.

Zupfen wir aus diesen möglichen, dichten Ereignissen nun also erneut den Organspendeausweis als Objekt in der Praxis heraus und stellen mit ihm die Frage, wie eine Organspende der Zukunft möglicherweise erfahrbar und kulturell eingeeht wird, so erscheinen verschiedene Möglichkeiten in unserer *science*-fiktionalen Kristallkugel:

Wir sehen einen Organspendeausweis, der sich im digitalen Raum auflöst, in eine zentrale Registratur oder ein abstraktes Datum auf der Gesundheitskarte und alle mit Digitalisierung und Cybersicherheit verbundenen Diskurse aufruft. Erste Einblicke in diese Zukunft geben auch die kürzlich umgestalteten Kampagnen der BZgA, in denen der Organspendeausweis fast vollständig aus den Bildern verschwunden ist – im Fokus stehen nun die Visualisierung des menschlichen Miteinanders und das Bekanntmachen des neu eingeführten Online-Registers.

Wir sehen eine kurze Welle des Protests aus gemischten politischen Lagern, die ihrem Unmut Ausdruck verleihen: Auf T-Shirts, mit temporären Profilbildern und mit Anti-Ausweisen, wie wir sie durch die KAO bereits kennengelernt haben. »Meine Organe gehören mir«, könnte ein Slogan der Bewegung lauten oder »Ich spende gerne, aber nur freiwillig«, während andere ein großes virtuelles »Danke« an die politischen Entscheidungsträger*innen senden könnten. Wir sehen auf der anderen Seite modifizierter Organspendeausweise, die ein Nein zur Organspende in sozialverträgliche Narrative verpacken sollen und Diskussionen darüber, ob ein sichtbarer Organspendeausweis im Geldbeutel heute noch vertretbar sei. »Ich habe meinen Ausweis längst aus dem Geldbeutel genommen«, könnte das neue Statement der Stunde werden, das Vertrauen in das Transplantationssystem und die damit verbundenen Regelungen signalisiert.

Die Stellschraube der gesetzlichen Verortung verändert die Praxis der Organspende in jeder einzelnen Erfahrungsdimension: So entfernt sich die Entscheidung für die Möglichkeit einer Organspende, die nun nicht mehr aktiv getroffen werden müsste, weiter von der Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben. Denn nur, wer widerspricht, wird zu einer aktiven Auseinandersetzung gezwungen. Die Spende ist keine »Heldentat« mehr, die es hervorzuheben und zu loben gilt, sondern vielmehr ein selbstverständlicher Beitrag, womit eine Verschiebung der Gabenökonomie einhergeht.

Auch das Expert*innengespräch und die Investition in Aufklärungskampagnen werden fraglich, wenn mit der Aufklärung immer auch einherginge, auf die Möglichkeit des Widerspruchs aufmerksam zu machen. Der Organspendeausweis als informierter »Disconsent« könnte als Instrument der Willensbekundung zunehmend überflüssig – vielleicht sogar sozial unerwünscht – werden. Alles in allem zeigt der Blick in eine mögliche Zukunft uns Verhandlungen darüber, wie mit einem aktiven Nein zur Organspende umgegangen würde, wie öffentlich eine solche Äußerung (sichtbar) sein sollte und inwiefern die Entscheidung nach wie vor als freiwillig gelten kann. Sie zeigt nicht eine »bessere« oder »schlechtere« Praxis, sondern eine Vielzahl von Praktiken und auch ein dauerhaftes, immer wieder kontroverses Gemeinschaftsprojekt. Mit Blick auf potenzielle Spender*innen zeigt sie uns aber auch Akteurskonstellationen, die gut daran täten, mit eben diesen Spender*innen im Gespräch zu bleiben.

Ein noch weiter ausgreifender Blick in die Zukunft der Organspende muss vor dem Hintergrund aktueller politischer Krisen auch die Frage stellen, unter welchen Bedingungen ein funktionierendes, solidarisches Transplantationssystem auch in Zukunft möglich sein wird und wo die Schwachstellen und Stellschrauben dafür liegen. Wäh-

rend der Corona-Pandemie ist die Zahl der gespendeten und transplantierten Organe gesunken. Diese von Einrichtungen wie der DSO und BÄK zunächst als beunruhigend aufgefasste Meldung ist jedoch nicht vorrangig in Zusammenhang mit einer sinkenden Bereitschaft der Bevölkerung zu sehen, sondern vielmehr mit der hohen Auslastung der Intensivstationen in dieser Zeit, die sowohl für die Identifikation und Vorbereitung von Spender*innen benötigt werden als auch für die Nachsorge bei transplantierten Patient*innen. Auch die Lieferketten für Medizinprodukte waren zeitweise unterbrochen.¹⁰

Nicht nur während der Pandemie zeigt sich ein Einbruch der Spendenzahlen, sondern auch im globalen Vergleich wird deutlich, dass die Möglichkeiten, ein (solidarisches) Transplantationssystem zu etablieren und aufrechtzuerhalten, von der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Situation eines Landes nicht zu trennen sind. So gibt es einige Länder, die nicht über ein funktionierendes Transplantationssystem verfügen, was oftmals mit erheblichen Mängeln im Gesundheitssystem und/oder anhaltenden Konflikten zusammenhängt. Dieser Umstand provoziert Fragen nach den (materiellen und politischen) Bedingungen und Möglichkeiten, Organtransplantationen auch in Krisenzeiten fortzuführen und nach den Kippunkten, die gegebenenfalls ein funktionierendes Transplantationssystem aus dem Gleichgewicht bringen. Zu fragen könnte (auch in Anlehnung an die Arbeiten von Linda Hogle¹¹) sein, wie sich die kulturellen Bedeutungszuschreibungen des Körpers im Zusammenhang mit unterschiedlichen politischen Umgebungen verändern und auf die Idee solidarischer Gesundheitssysteme rückwirken.

Diese Frage stellt sich insbesondere vor dem Hintergrund globalpolitischer Entwicklungen, die nicht nur deutliche Tendenzen zum politisch rechten Spektrum und zur Wissenschaftsskepsis aufweisen, sondern auch die zukünftigen wirtschaftlichen und humanitären Ressourcen von wohlhabenden Ländern wie Deutschland auf die Probe stellen könnten. Wer Organspende als komplexe und vielschichtige Praxis mit vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren versteht, kommt nicht umhin zu erkennen, dass Organspende im Speziellen und ein solidarisches Gesundheitssystem im Allgemeinen essenziell von Faktoren wie sozialer Gerechtigkeit, Bildung, Freiheit, Wohlstand und Integration abhängig ist und auch in Zukunft sein wird.

10 Vgl. Maihold und Mühlhöfer 2021.

11 Vgl. Hogle 1996.

Literaturverzeichnis

- Abadie, Roberto: »Organs Watch: Possibilities and Perils for Public Anthropology«, in: *American Anthropologist* 113/1 (2011), S. 146 – 147. DOI: 10.1111/j.1548-1433.2010.01313.x.
- Achtelik, Kirsten: *Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung*, Berlin: Verbrecher Verlag 2015.
- Ådahl, Susanne: »I Was a Model Student. Illness Knowledge Seeking and Self-care Among Finnish Kidney Recipients.« *Culture Unbound* 4 (2012), S. 443–462. DOI: 10.3384/cu.2000.1525.124443.
- Ådahl, Susanne: »When Death enables Life: Incorporation of Organs from deceased Donors in Finnish Kidney Recipients«, in: *Mortality*, 18/2 (2013), S. 130–150. DOI: 10.1080/13576275.2013.785504.
- Ådahl, Susanne: »Solidarity beyond the Grave. Yielding Organs in a Nordic Welfare State«, *Medicine Anthropology Theory* 4 (2017), S. 22–49, DOI: 10.17157/mat.4.4.312.
- Adloff, Frank: »Es gibt schon ein richtiges Leben im falschen.«, in: Adloff, Frank/Leggewie, Claus (Hg.), *Konvivialismus – zum Hintergrund einer Debatte*, Bielefeld: transcript 2014, S. 7–31. DOI: 10.1515/transcript.9783839428986.7.
- Adloff, Frank/Costa, Sérgio: »Konvivialismus 2.0: Ein Nachwort«, in: *Das zweite konvivialistische Manifest. Für eine post-neoliberale Welt 2020*, S. 119–136. DOI: 10.1515/9783839453650.
- Adloff, Frank und Hilbrich, Iris: »Der Organspendediskurs in Deutschland und die diskursive Exklusion von Kritik«, in: Probst, Stephan M. (Hg.), *Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht*, Berlin: Hentrich und Hentrich 2019, S. 102–116.
- Adloff, Frank/Pfaller, Larissa: »Critique in statu nascendi? The Reluctance towards Organ Donation«, in: *Historical Social Research* 42/3 (2017), S. 24–40, DOI: 10.12759/hsr.42.2017.3.24-40.
- ÄrzteBlatt: »Warum die Zahl der Organspenden zurückgegangen ist«, vom 17. Mai 2023, *Aerzteblatt.de*: <https://www.aerzteblatt.de/news/warum-die-zahl-der-organspenden-zurueckgegangen-ist-5121ca84-7a4d-4bf7-9fad-747f6ea3ffe3>.
- ÄrzteZeitung »Chirurgen kritisieren, dass Deutschland Organe importieren muss«, vom 05. Dezember 2018, *Ärztezeitung.de*: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Chirurgen-kritisieren-dass-Deutschland-Organe-importieren-muss-231987.html>.

- Ahmed, Sara: *The cultural politics of emotion*, Edinburgh: Edinburgh University Press 2004. DOI: 10.4324/9780203700372.
- Amelang, Katrin: *Transplantierte Alltage. Zur Produktion von Normalität nach einer Organtransplantation*, Bielefeld: transcript 2014. DOI: 10.14361/transcript.9783839424803.
- Amnesty International: »Falun Gong-Anhänger:innen gefoltert«, 2021, <https://www.amnesty.de/urgent-action/ua-208-2012-1/falun-gong-anhaengerinnen-gefoltert>
- Anderson, Benedict: *Die Erfindung der Nation. Zur Karriere eines folgenreichen Konzeptes*, Frankfurt a.M.: Campus Verlag 1996.
- Ariés, Phillipe: *Die Geschichte des Todes*, München: Deutscher Taschenbuchverlag 1982.
- Ariés, Philippe: *The Hour of our Death. The Classic History of Western Attitudes toward death over the last one thousand Years*, New York: Random House 2008.
- Auerochs, Florian: »Die Femme Fatale als Abjekt und Bedrohung der symbolischen Ordnung in Daphne du Mauriers Rebecca«, in: *PhiN* 60/1 (2012) (Online): <https://web.fu-berlin.de/phn/phin60/p60t1.htm>.
- Ausstellungskatalog der Ausstellung »Vita Dubia«, Friedhof und Denkmal, Zeitschrift für Sepulkralkultur 3/4.
- Austin, John L.: *How to do things with words*. London: Oxford University Press 1962. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198245537.001.0001.
- Babycaust.de: <https://www.babykaust.de/>.
- Banas, Bernhard (2017). »Grußwort des Präsidenten der Deutschen Transplantationsgesellschaft«, in: 26. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft. 25.-28. Oktober 2017/Bonn. K.I.T. Group: Dresden, S. 6f.
- Bauer, Susanne/Heinemann, Torsten/Lemke, Thomas: »Einleitung«, in: Susanne Bauer/Torsten Heinemann/Thomas Lemke (Hg.), *Science and Technology Studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*, Berlin: Suhrkamp 2017, S. 7–40. DOI: <https://doi.org/10.1515/srsr-2019-0014>.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention: »Neue Internet-Filme werben bei jungen Leuten für Organspendeausweis – Das Motto der Kampagne von Bayerns Gesundheitsministerin Huml lautet: »Keine Ausreden. Entscheide dich jetzt!«, Pressemitteilung Nr.57/GP vom 15.04.2018, [stmgp.bayern.de](https://web.archive.org/web/20210228194152/https://www.stmgp.bayern.de/presse/neue-internet-filme-werben-bei-jungen-leuten-fuer-organspendeausweis-das-motto-der/?output=pdf): <https://web.archive.org/web/20210228194152/https://www.stmgp.bayern.de/presse/neue-internet-filme-werben-bei-jungen-leuten-fuer-organspendeausweis-das-motto-der/?output=pdf>.
- Bea, Sara: *No Heroics, Please. Mapping Deceased Donation Practices in a Catalan Hospital*, Edinburgh Research Archive 2016 (Online): <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/23376>.
- Beck Aktuell: »Heute im Recht: BGH bestätigt Freispruch im Fall des Göttinger Organspendenskandals«, o.J., rsw-beck.de: <https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/bgh-bestaetigt-freispruch-im-fall-des-goettinger-organspendenskandals>.
- Beecher, Henry K. et al.: »A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death«, in: *JAMA* 205 (1968), S. 337–340. DOI: 10.1097/00007890-196903000-00007.

- Bellwald, Werner: »Materielle Kultur«, in: Christine Bischoff, Karoline Oehme-Jüngling, Walter Leimgruber (Hg.), *Methoden der Kulturanthropologie*, Bern: Haupt Verlag 2015, S. 332–350.
- Benkel, Thorsten: »Fragwürdig eindeutig. Eine Exkursion in die Schattenzone des Wissens«, in: Thorsten Benkel/Matthias Meitzner (Hg.), *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*, Wiesbaden; Springer Verlag 2019, S. 1–29. DOI: 10.1007/978-3-658-22277-2_1.
- Berger, Thomas L.: *The sacred Canopy. Elements of a sociological Theory of Religion*, New York: Open Road 1967.
- Berger, Thomas L.: *Auf den Spuren der Engel. Die moderne Gesellschaft und die Wiederentdeckung der Transzendenz*, Freiburg/Basel/Wien: Herder 1991.
- Bergmann, Anna: »Organspende. Tödliches Dilemma oder ethische Pflicht?«, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 20 (2011), S. 8–13.
- Berndt, Christina: »Transplantationsskandal. Ein Spiel mit dem Leben schwer kranker Menschen«, vom 28. Juni 2017, *sueddeutsche.de*: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/transplantationsskandal-ein-spiel-mit-dem-leben-schwer-kranker-menschen-1.3565730>.
- Birnbacher, Dieter: »Der Hirntod – Eine Pragmatische Verteidigung«, *Jahrbuch Für Recht Und Ethik/Annual Review of Law and Ethics* 15 (2007), S. 459–477. DOI: 10.3790/978-3-428-52610-9.
- Böhrer, Annerose: »Entscheiden, Ankreuzen, Verfügen. Auf der Spur des Organspendeausweises« in Ronald Hitzler et al. (Hg.), *Herumschnüffeln – aufspüren – einfühlen. Ethnografie als »hemdsärmelige« und reflexive Praxis*, Essen: Oldib 2018, S. 355–368.
- Böhrer, Annerose: »I wear my Mask for you: A Note on Facemasks«, in: *European Sociologist* 45/1 (2020). www.europeansociology.org/european-sociologist/issue/45/discussion/b1132c14-493a-425a-984a-ba23a75ffaa1.
- Böhrer, Annerose: »Körper, Tod und Flüssigkeiten – Das Abjekte der Organspende«, in: *Cultura & Psyché* 2 (2021), S. 41–50. DOI: 10.1007/s43638-021-00020-0.
- Böhrer, Annerose: »Multiple Körper«, in: Rainer Keller/Michael Meuser (Hg.), *Die Körper der Anderen. Wissen, Kommunikation und Gesellschaft*, Wiesbaden: Springer VS 2022, S. 229–248. DOI: 10.1007/978-3-658-31531-3_11.
- Böhrer, Annerose/Döbler, Marie-Kristin/Tarkkala, Heta: »Facemasks, Material and Metaphors: An Analysis of socio-material Dynamics of the COVID-19 Pandemic«, *The Sociological Review* 71/6 (2023), S. 1362–1384. DOI: 10.1177/00380261231161970.
- Böhrer, Annerose/Pfaller, Larissa: »The Tell-Tale Heart: Multiple Ontologies of the First Human Donor Heart«, in: Maria Rentetzi (Hg.), *The Gender of Things. How epistemic and technological Objects become gendered*, London and New York: Routledge 2024, S. 84–94. DOI: 10.4324/9781003379225-7.
- Birnbacher, Dieter: *Tod*. Berlin: Walter de Gruyter 2017. DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110534498>.
- Blumer, Herbert: »What is wrong with social theory?«, in: *American Sociological Review* 19/1 (1954), S. 3–10. DOI: 10.2307/2088165.
- Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael: (Hg.): *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag 2007. DOI: 10.1007/978-3-531-19895-8.

- Bourdieu, Pierre: Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1976.
- Bourdieu, Pierre: Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1987.
- Bradburry, Mary: Representations of Death. A social psychological Perspective, London: Routledge 1999.
- Brauer, Kai/Adloff, Frank/Pfaller, Larissa: »Wie mit mir umzugehen ist«. Zur biographischen Relevanz und Prospektivität von Patientenverfügungen«, in: Soziale Welt 65/4 (2014), S. 425–449. DOI: 10.5771/0038-6073-2014-4-425.
- Bray, Tamara: »Exploring Inca State Religion through Material Metaphor«, in: Lars Fogelin (Hg.), Religion in the Material World, Carbondale: Southern Illinois University Press 2008, S. 118–138.
- Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris: Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung, Konstanz und München: UTB Verlag 2015. DOI: <https://doi.org/10.36198/9783838544977>.
- Büchler, Andrea/Strub, Jean-Daniel: »Impfpass – es braucht eine klare Regelung (Gastkommentar)«, in: NZZ vom 23 Februar 2021, S. 18.
- Bundesgerichtshof: »Zur Frage der Strafbarkeit von Manipulationen im Rahmen der Verteilung von postmortal gespendeten Lebern wegen versuchten Totschlags oder versuchter Körperverletzung«, BGH-Urteil vom 28. Juni 2017. *juris.bundesgerichtshof.de*: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=79359&pos=0&anz=1>.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o.A.): »Organspende-Register«, *bfarm.de*: <https://web.archive.org/web/20230604031901/https://www.bfarm.de/DE/organspende-register.html>.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz: »Transplantationsgesetz (TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), zuletzt geändert durch Art. 16 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018)«, Gesetze im Internet: <https://www.gesetze-im-internet.de/tpg/>.
- Bundesministerium für Gesundheit: »Neue Informationskampagne zur Organspende 27«, vom 17. Oktober 2016, *bundesgesundheitsministerium.de*: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/oktober-2016/neue-infokampagne-organspende.html>.
- Bundesregierung: »Ermächtigung zum Erlass von Verwaltungsvorschriften und Bindung der Adressaten«, 2023, *verwaltung-innovativ.de*: https://www.verwaltung-innovativ.de/DE/Gesetzgebung/Projekt_eGesetzgebung/Handbuecher_Arbeitshilfen_Leitfaeden/Hb_vorbereitung_rechts_u_verwaltungsvorschriften/Teil_VI_Verwaltungsvorschriften/2_Ermaechtigung_zum_Erlass/2_Ermaechtigung_zum_Erlass_node.html.
- Burghardt, Peter: »Ja, hallo, ich bin Jana aus Kassel«, vom 22. November 2020, *sueddeutsch.de*: <https://www.sueddeutsche.de/politik/hannover-sophie-scholl-querdenken-coronavirus-1.5123595>.
- BZgA: »366 Tage Leben. Organspende – Es ist Ihre Entscheidung. Tageskalender 2016«, Paderborn: Bonifatius 2015.

- BZgA: »Antworten auf wichtige Fragen. Organ und Gewebespende«, Stand 04/2017, Lahr: Druckhaus Kaufmann 2017.
- BZgA: »Info-Blatt vom 20. April 2021. »Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung (14 bis 75 Jahre) zur Organ- und Gewebespende«, *organspende-info.de*: https://www.organspende-info.de/fileadmin/Organspende/05_Mediathek/04_Studien/Info-Blatt-27.-April-2021.pdf.
- BZgA: »Statistiken zur Organspende für Deutschland und Europa«, ohne Jahresangabe *b organspende-info.de*: <https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/statistiken/>.
- BZgA: »Die Repräsentativbefragung des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) zur Organ- und Gewebespende », ohne Jahresangabe *ab organspende-info.de*: <https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/die-repraesentativbefragung/>.
- Caillé, Alain: Das Paradigma der Gabe. Eine sozialtheoretische Ausweitung, Bielefeld: transcript 2022. DOI: 10.1515/srsr-2023-2050.
- Callon, Michel: »Einige Elemente einer Soziologie der Übersetzung. Die Domestikation der Kammuscheln und der Fischer der St. Brieuc-Bucht«, in: Andrea Bellinger/ David J. Krieger (Hg.), ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie, Bielefeld: transcript 2006, S. 135–174.
- Castile, Meredith: Driver's license, New York, London, New Delhi, Sidney: Bloomsbury 2015.
- Charteris-Black, Jonathan: Metaphors of Coronavirus Invisible Enemy or Zombie Apocalypse?, Cham: Palgrave Macmillan 2021. DOI: 10.1007/978-3-030-85106-4.
- Coenen, Ekkehard: Zeitregime des Bestattens Thanato-, kultur- und arbeitssoziologische Beobachtungen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2020.
- Cooper, Jessie/Kierans, Ciara: »Organ Donation, Ethnicity and the Negotiation of Death: Ethnographic Insights from the UK« in: Mortality 21/1 (2016), S. 1–18. DOI: 10.1080/13576275.2015.1021314.
- Costall, Alan/Dreier, Ole (Hg.): Doing Things with Things. The Design and the Use of everyday Objects, Hampshire: Ashgate 2006. DOI: 10.4324/9781315577920.
- Costall, Alan: »Socializing Affordances«, in: Theory and Psychology 5 (1995), S. 467–481.
- Cribb, Alan: Health and the good Society: setting Healthcare Ethics in social Context, New York: Oxford University Press 2005. DOI: 10.1093/0199242739.001.0001.
- Dabrock, Peter: »Stellungnahme für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages« vom 25. September 2019, *bundestag.de*: https://www.bundestag.de/resource/blob/658638/e21ee75f803fd051d517faee8ea2d677/19-14-0095-8_ESV-Prof-Dr-Peter-Dabrock_Organspende-data.pdf.
- Davis, Mark/Lohm, Davina: Pandemics, Publics and Narrative, New York: Oxford University Press 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/oso/9780190683764.001.0001>.
- Deutscher Bundestag: »Sachverständige positionieren sich zu einer Organspende-Regelung«, 2019, *bundestag.de*: <https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2019/kw39-pa-gesundheit-organspende-657270>.
- Deutscher Bundestag: »Plenarprotokoll 19/140: 17435«, 2020 *bundestag.de*: <https://dserved.r.bundestag.de/btp/19/19140.pdf>.

- Deutscher Ethikrat: »Hirntod und Entscheidung zur Organspende«, Stellungnahme vom 14. Februar 2015, *ethikrat.org*: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf>.
- De Laet, Marianne/Mol, Annemarie: »The Zimbabwe Bush Pump. Mechanics of a Fluid Technology«, in: *Social Studies of Science*, 30/2 (2000), S. 225–263. DOI: 10.1177/0306312000300020.
- Die Deutschen Bischöfe: »Hirntod und Organspende«, Glaubenskommission Nr. 41 vom 27. April 2015, *dbk-shop.de*: https://www.dbk-shop.de/media/files_public/174f853346db513f850a14bf1ac555cc/DBK_1241.pdf.
- Douglas, Mary: *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*, New York: Random House 1973. DOI: 10.4324/9780203426623.
- Douglas, Mary: *Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu*, Berlin: Dietrich Reimer Verlag 1985.
- DSO: »Statistiken zur Organspende«, ohne Jahresangabe, *dso.de*: <https://dso.de/organspende/statistiken-berichte/organspende>.
- DSO: DSO: »Jahresbericht. Organspende und Transplantation in Deutschland 2020« von April 2021, *dso.de*: <https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202020.pdf>.
- DSO: »Jahresbericht. Organspende und Transplantation in Deutschland 2022« von Mai 2023, *dso.de*: <https://www.dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202022.pdf>.
- Elias, Norbert: *Was ist Soziologie?*, Sinzheim: Suhrkamp/Nomos 2006.
- Engemann, Christoph: »Write me down, make me real – zur Gouvernemedialität digitaler Identität«, in: Jan-Hendrik Passoth und Joseph Wehner (Hg.), *Quoten, Kurven und Profile. Zur Vermessung der sozialen Welt*, Wiesbaden: Springer 2013, S. 205–227. DOI: 10.1007/978-3-531-93139-5_11.
- Esser, Andrea/Kersting, Daniel: »Der Tod ist das Ende dieses Lebens. Kritische Überlegungen zum Begriff der Transmortalität«, in: Antje Kahl/Hubert Knoblauch/Tina Weber (Hg.), *Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft*, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2017, S. 196–228.
- Europäisches Parlament: »Legislative Entschließung des Europäischen Parlaments vom 6. Februar 2024«, 2024, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2024-0037_DE.html.
- Eurotransplant (o.A.): »Allocation of Organs«, o.J., <https://www.eurotransplant.org/allocation/allocation-of-organs/>.
- Evangelische Frauen in Deutschland e.V., ohne Jahresangabe, *organspende-entscheide-ich.de*: http://organspende-entscheide-ich.de/wp-content/uploads/2015/08/Leporell_o_WEBfassung.pdf.
- Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern (2014). »leben und sterben (sic!) im Herrn. Handreichung zur Organspende und Organtransplantation der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern«, *bayern-evangelisch.de*: https://evangelisch.bayern-evangelisch.de/upload/books/elkb_Handreichung_Organspende.pdf.
- Faden, Ruth/Beauchamp, Tom: *A History and Theory of Informed Consent*, Bombay u.a.: Oxford University Press 1986.

- Feldmann, Klaus: Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick, Wiesbaden: Springer 2010. DOI: 10.1007/978-3-531-92506-6.
- Feldmann, Klaus: »Soziologie des Sterbens und des Todes (Thanatosoziologie)«, in: Georg Kneer und Markus Schroer (Hg.), Handbuch spezielle Soziologien, Wiesbaden: Springer 2010, S. 569–586. DOI: 10.1007/978-3-531-92027-6_33.
- Felt, Ulrike: »Scientific Citizenship. Schlaglichter einer Diskussion«, in: Gegenworte 11 (2003), S. 16–20.
- Ferber, Martin: »Massiver Eingriff«, in: Alb-Bote 204/AB, 2018, S. 20.
- Feuerstein, Günter: Das Transplantationssystem. Dynamik, Konflikte und ethisch-moralische Grenzgänge, Weinheim/München: Juventa Verlag 1995.
- Fischer-Lichte, Erika: Performativität. Eine Einführung, Bielefeld: transcript Verlag 2012. DOI: 10.1515/9783839411780.
- Foucault, Michel: The birth of the clinic: An archaeology of medical perception, London: Routledge 1976.
- Foucault, Michel: Geschichte der Gouvernementalität, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2008.
- Fox, Renee C./Swazey, Judith P.: Spare parts: organ replacement in American Society. Oxford/New York: Oxford 1992. DOI: 10.1093/oso/9780195076509.001.0001.
- Fox, Renee C.: »An ignoble form of cannibalism: reflections on the Pittsburgh protocol for procuring organs from non-heart-beating cadavers«, in: Kennedy Institute of Ethics Journal 3 (1993), S. 231–239. DOI: 10.1353/ken.0.0070.
- Fox, Renee C.: »Afterthoughts: Continuing reflections on organ transplantation«, in: Stuart Youngner/Renee C. Fox/LJ O'Connell (Hg.), Organ transplantation: Meanings and realities, Wisconsin: The University of Wisconsin Press 1996, S. 252–272.
- Fox, Renee C./Swazey, Judith P.: The courage to fail: A social view of organ transplants and dialysis. Chicago und London: University of Chicago Press 1974. DOI: 10.1017/S0025727300022912.
- Franklin, Sarah: Embodied progress. A cultural account of assisted conception. New York: Routledge 2002. DOI: 10.4324/9781003284499.
- Fricker, Miranda: Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing, Oxford: Oxford University Press 2007. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001.
- Froschauer, Ulrike: »Artefaktanalyse«, in: Stefan Kühl/Petra Strodtholz/Andreas Tafertshofer (Hg.), Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und qualitative Methoden, Wiesbaden: VS Verlag 2004, S. 326–347. DOI: 10.1007/978-3-531-91570-8.
- Garfinkel, Harold: Studien zur Ethnomethodologie, Frankfurt a.M.: Campus Verlag 2020.
- Geertz, Clifford: Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1987.
- Gehring, Petra: Theorien des Todes zur Einführung, Hamburg: Junius 2010.
- Gehring, Petra: »Sterben in der Epoche des Lebens. Eine Gegenwartsdiagnostik«, in: Antje Kahl et al. (Hg.), Transmortalität. Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft, Weinheim/Basel: Beltz Juventa 2017, S. 36–47.
- Gerhards, Jürgen: »Der Aufstand des Publikums – Eine systemtheoretische Interpretation des Kulturwandels in Deutschland zwischen 1960 und 1989«, in: Zeitschrift für Soziologie 30/3 (2001), S. 163–184. DOI: 10.1515/zfsoz-2001-0301.

- Gibson, James: *The Ecological Approach to Visual Perception*: New York/Hove: Psychology Press 2015.
- Gibson, Eleanor: »The concept of affordances in Development«, in: Andrew Collins (Hg.), *The concept of development*, Hillsdale/New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 1982, S. 55–82.
- Giddens, Anthony: *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*, Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag 1995.
- Giesen, Bernhard: *Zwischenlagen. Das Außerordentliche als Grund der sozialen Wirklichkeit*, Weilerwist: Velbrück Wissenschaft 2010.
- Giesen, Bernhard/Binder, Werner/Gerster, Marco/Meyer, Claude-Kim (Hg.): *Ungefähres. Gewalt, Mythos, Moral*, Weilerwist: Velbrück Wissenschaft 2014.
- Gisler, Priska/Guggenheim, Michael/Maranta, Alexander/Pohl, Christian/Nowotny, Helga: »Über die Schultern von Expertinnen«, in: Priska Gisler et al. (Hg.), *Imaginierte Laien. Die Macht der Vorstellung in wissenschaftlichen Perspektiven*, Weilerwist: Velbrück Wissenschaft Verlag 2004, S. 7–12.
- Glaser, Barney/Strauss, Anselm: *The Discovery of grounded Theory. Strategies for qualitative Research*, New York: Aldine 1967.
- Glaser, Barney: *Theoretical sensitivity: Advances in the Methodology of grounded Theory*, Mill Valley: Sociology Press 1978.
- Goffman, Erving: *Interaction Rituals. Essays on Face-to-Face Behavior*, New York: Pantheon Books 1967. DOI: 10.4324/9780203788387.
- Goffman, Erving: *The presentation of Self in Everyday Life*, Edinburgh: University of Edinburgh 1956.
- Graeber, David: *Bürokratie. Die Utopie der Regeln*, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag 2016.
- Greinert, Renate: »30. Evangelischer Kirchentag 2005 in Hannover Veranstaltung. »Behütetes Sterben und Organspende – vereinbar oder nicht?« vom 26. Mai 2005. Renate Greinert, Wolfsburg Vortrag: Einwilligung in die Organentnahme bei meinem Sohn Christian«, vom 31. Mai 2005, *transplantation-information.de*: https://www.transplantation-information.de/hirntod_transplantation/hirntod_kritik_dateien/kirche_organspende_kritik/renate_greinert_kao_kirchentag_2005.htm.
- Greinert, Renate: *Unversehrt sterben. Konfliktfall Organspende. Der Kampf einer Mutter*, München: Kösel Verlag 2008.
- Gröbner, Valentin: *Der Schein der Person. Steckbrief, Ausweis und Kontrolle im Europa des Mittelalters*, München: C.H. Beck 2004.
- Gugutzer, Robert: »Die Sakralisierung des Profanen. Der Körperkult als individualisierte Sozialform des Religiösen«, in: Robert Gugutzer/Markus Böttcher (Hg.), *Körper, Sport und Religion. Zur Soziologie religiöser Verkörperungen*, Wiesbaden: Springer Fachmedien 2012, S. 285–309. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18976-5_13.
- Gugutzer, Robert/Böttcher, Moritz: »Zur Einführung«. in: Robert Gugutzer/Moritz Böttcher (Hg.), *Körper, Sport und Religion. Zur Soziologie religiöser Verkörperung*, Wiesbaden: Springer Verlag 2012, S. 9–23. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18976-5>.
- Hadders, Hans/Alnæs, Anne Hambro: »Enacting death: contested practices in the organ donation clinic«, in: *Nursing Inquiry* 20/3 (2013): S. 245–255. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2012.00603.x.

- Hahn, Hans-Peter: »Dinge als Herausforderung – Einführung«, in: Hans-Peter Hahn/Friedemann Neumann (Hg.), *Dinge als Herausforderung*, Bielefeld: transcript Verlag 2018, S. 9–32. DOI: 10.1515/9783839445136-002.
- Hamburger Abendblatt (ohne Autor): »Jens Spahn: Ohne Widerspruch sollte jeder Organspender sein«, vom 03. September 2013, *abendblatt.de*: <https://www.abendblatt.de/politik/article215240311/Jens-Spahn-Ohne-Widerspruch-sollte-jeder-Organspender-sein.html>.
- Hansen, Solveig et al.: »Are You In or Are You Out?!« Moral Appeals to the Public in Organ Donation Poster Campaigns: A Multimodal and Ethical Analysis«, in: *Health Communication* 33/8 (2017), S. 1020–1034. DOI: 10.1080/10410236.2017.1331187.
- Hansen, Solveig/Pfaffer, Larissa/Schick Tanz, Silke: »Critical analysis of communication strategies in public health promotion: An empirical-ethical study on organ donation in Germany«, in: *Bioethics*, 35/2 (2021), DOI: 10.1111/bioe.12774.
- Haraway, Donna: »Situierendes Wissen. Die Wissenschaftsfrage im Feminismus und das Privileg einer partialen Perspektive«, in: Susanne Bauer/Torsten Heinemann/Thomas Lemke (Hg.), *Science and Technology Studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2017, S. 369–403. DOI: 10.1515/srsr-2019-0014.
- Haraway, Donna: *Unruhig bleiben. Die Verwandtschaft der Arten im Chthuluzän*, Frankfurt/New York: Campus Verlag 2018.
- Hardt, Wolfgang: »Digitaler Impfpass: Keine Verpflichtung zum Nachtrag«, in: *Dtsch Dermatolog* 69/6 (2021), S. 450–451. DOI: 10.1007/s15011-021-4639-6.
- Hauser-Schäublin, Brigitta: »Humantechnologien und die Konstruktion von Verwandtschaft. Die Körperlichkeit des »echten« Verwandten«, in: *KEA – Zeitschrift für Kulturwissenschaften* 11 (1996), S. 55–73.
- Hauser-Schäublin, Brigitta/Kalitzkus, Vera/Petersen, Imme/Schröder, Iris: *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension der Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*, Frankfurt a.M. & New York: Campus 2008.
- Hayles, N. Katherine: *Writing machines*, Cambridge und London: MIT Press 2002.
- Healy, Kieran: »Altruism as an Organizational Problem: The Case of Organ Procurement«, in: *American Sociological Review* 69/3 (2004), S. 387–404. DOI: 10.1177/000312240406900304.
- Healy, Kieran: *Last best gifts. Altruism and the market for human blood and organs*, Chicago: University of Chicago Press 2006. DOI: 10.1111/j.1600-6143.2006.01624.x.
- Heilbronner Stimme: Meldung vom 03.09.2018, ohne Titel, ohne Autor, S. 09.
- Heinemann, Pia/Kaiser, Tobias: »Woran Spahns Organspende-Revolution noch scheitern kann«, vom 03.09.2018, *welt.de*: <https://www.welt.de/wirtschaft/article181410776/Organspende-Was-die-Widerspruchsloesung-gefaehrden-koennte.html>.
- Herzer, Kerstin: *»Ratgeber Lebertransplantation. Neues Leben mit der neuen Leber«*, München: Astellas Pharma 2017.
- Hirschauer, Stefan: *Die soziale Konstruktion der Transsexualität. Über die Medizin und den Geschlechtswechsel*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag 1993.
- Hirschman, Albert O.: *Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge, M.A.: Harvard University Press 1970.

- Hitzler, Ronald/Honer, Anne: »Zeitbasteln: ein Aspekt alltäglicher Sinnkonstruktion«, in: Sozialwissenschaftliche Informationen 23/3 (1994), S. 214–221. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssolar-53914>.
- Hitzler, Ronald/Pfadenhauer, Michaela: »Communio (post traditionalis): Religiosität in Szenen – Religiöse Szenen?«, in Karl–Siegbert Rehberg et al. (Hg.), Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2, Frankfurt a.M.: Campus 2006, S. 2405–2410. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssolar-143731>.
- Hobart, Angela/Kapferer, Bruce: Aesthetics in Performance. Formation of symbolic Construction and Experience, New York/Oxford: Berghahn Books 2005. DOI: <https://doi.org/10.3167/9781571815675>.
- Hörster, Reinhard/Köngeter, Stefan/Müller, Burghard (Hg.): »Grenzobjekte und ihre Erfahrbarkeit in sozialen Welten«, in Reinhard Hörster, Stefan Köngeter und Burkhard Müller, Grenzobjekte. Soziale Welten und ihre Übergänge, Wiesbaden: Springer Verlag 2013, S. 9–11. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18953-6>.
- Hoeyer, Klaus/Jensen, Anja M: Organ Donation and the Ethics of Muddling through, in: Crit Care 15/109 (2011). DOI: 10.1186/cc9379.
- Hoeyer, Klaus/Jensen Anja M./Olejaz, Maria: »Transplantation as an abstract Good: Practising deliberate Ignorance in deceased Organ Donation in Denmark«, in: Sociol Health Illn 37 (2015), S. 578–593. DOI: 10.1111/1467-9566.12211.
- Hogle, Linda: »Tales from the Cryptic: Technology meets Organism in the living Cadaver«, in: Chris Gray (Hg.), The Cyborg Handbook, New York: Routledge 1995, S. 203–216.
- Hogle, Linda: »Transforming Body Parts into therapeutic Tools: A Report from Germany«, in: Medical Anthropology Quarterly 10 (1996), S. 675–682.
- Hogle, Linda: Recovering the Nation's Body: Cultural Memory, Medicine, and the Politics of Redemption, New Brunswick/London: Rutgers University Press 1999. DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.2000.14.3.456>.
- Hoven, Elisa: »Patientendaten fälschen ist kein versuchter Totschlag«, vom 07. Juli 2017, *zeit.de*: <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2017-07/transplantationsskandal-bundesgerichtshof-goettingen-organ/komplettansicht>.
- Huizinga, Johan: Homo Ludens. Vom Ursprung der Kultur im Spiel, Hamburg: Rowohlt 2013. DOI: <https://doi.org/10.30965/9783846766781>.
- impfkritik.de*: www.impfkritik.de/organspende.
- Jauhar, Sandeep: Heart. A History, London: Oneworld 2018.
- Jensen, Anja M. B.: A Sense of Absence: The Staging of Heroic Deaths and Ongoing Lives among American Organ Donor Families, in: Mikkel Bille, Frida Hastrup, Tim Flohr Soerensen, An Anthropology of Absence: Materializations of Transcendence and Loss. Springer Science+Business Media, 2010, S. 63–80. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5529-6_4.
- Jensen, Anja M. B.: Orchestrating an exceptional Death: Donor Family Experiences and Organ Donation. Copenhagen: Institut for Antropologi. Ph.D. Series No. 69, 2011a, https://curis.ku.dk/ws/portalfiles/portal/44279311/PHD_ANJAJENSEN_PDF.pdf.

- Jensen, Anja M. B.: »Searching for meaningful Aftermaths: Donor Family Experiences and Expressions in New York and Denmark«, in: *Sites: a Journal of social Anthropology and cultural Studies* 8 (2011b), S. 129–148. DOI: 10.11157/sites-vol8issid175.
- Jentsch, Ernst: »Zur Psychologie des Unheimlichen«, *Sexuologie* 21 (3–4) 2014, S. 179–184.
- Jeske, Kathrin: »Was sich seit dem Organspendeskandal getan hat«, vom 19. September 2019, in: *deutschlandfunk.de*: <https://www.deutschlandfunk.de/transplantationszentren-was-sich-seit-dem-100.html>.
- Joas, Hans/Knöbl, Wolfgang: *Sozialtheorie. Zwanzig einführende Vorlesungen*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag 2004.
- Joralemon, Donald: »Organ Wars: The Battle for Body Parts«, in: *Medical Anthropology Quarterly* 9 (1996), S. 335–356. DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.1995.9.3.02a00040>.
- Kämpf, Heike: »Gabe, Dankbarkeit und Anerkennung. Überlegungen zu Paul Ricoeurs Begriff der Gabe«, in: *Paideuma* 58 (2012), S. 135–151.
- Kahl, Antje/Knoblauch, Hubert: »Transmortalität. Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft«, in: Antje Kahl/Hubert Knoblauch/Tina Weber (Hg.), *Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft*, Weinheim & Basel: Beltz Juventa 2017, S. 8–34.
- Kalitzkus, Vera: *Dein Tod, mein Leben. Warum wir Organspende richtig finden und trotzdem davor zurückstrecken*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2009.
- »My Kanta«, *kanta.fi*: <https://www.kanta.fi/en/mykanta>.
- KAO – Kritische Aufklärung Organspende e.V.: »Organspende – die verschwiegene Seite. Angehörige berichten«. Info-Broschüre, 9. Auflage von 2019.
- KAO – Kritische Aufklärung Organspende e.V.: »DER VEREIN. Kritische Aufklärung über Organtransplantation KAO e.V.«, *initiative-ka0.de*, <https://initiative-ka0.de/kritische-aufklaerung-ueber-organtransplantation-ka0-ev/#>.
- Kaps, Maren: »Organspende-Tattoo: Ein Zeichen fürs Leben« in: *Frankfurter Rundschau* 12. 06. 2023, *fr.de*: <https://www.fr.de/panorama/leben-organspende-tattoo-ein-zeichen-fuers-92217110.html>.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung: »Organspende: Ab 1. März neue Beratungsleistung für Hausärzte«, 2021, *kbv.de*: https://web.archive.org/web/20211223125932/https://www.kbv.de/html/1150_56173.php.
- Keller, Martina: »Herz auf Bestellung«, vom 07. März 2013, *zeit.de*: <https://www.zeit.de/2013/11/China-Transplantationen-Organhandel>.
- Kierans, Ciara/Cooper, Jessie: »The emergence of the »ethnic donor«: the cultural production and relocation of organ donation in the UK«, in: *Anthropology & Medicine* 20/3 (2013), S. 221–231. DOI:10.1080/13648470.2013.845480.
- Kierans, Ciara/Cooper, Jessie: »Organ donation, genetics, race and culture: The making of a medical problem« in: *Anthropology Today* 27/6 (2011), S. 11–14. DOI:10.1111/j.1467-8322.2011.00837.x.
- Kittler, Friedrich A.: *Aufschreibesysteme 1800/1900*, München: Wilhelm Fink Verlag 1995.
- Kleemann, Frank/Krähnke, Uwe/Matuschek, Ingo: *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens*, Wiesbaden: VS Verlag 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93448-8>.

- Klein, Gabriele: »Soziologie des Körpers« in: Georg Kneer und Markus Schroer (Hg.), Handbuch spezielle Soziologien, Wiesbaden: VS Verlag/Springer 2010, 457–473. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-531-92027-6_26.
- Klepp, Edda (Twitter-Post): <https://x.com/EddaKlepp/status/1220214881489768448?s=20>, 23. Januar2020.
- Knoblauch, Hubert/Kahl, Antje: »Tod«, in: Robert Gugutzer/Gabriele Klein/Michael Meuser (Hg.), Handbuch Körpersoziologie. Band II. Forschungsfelder und methodische Zugänge, Wiesbaden: Springer Verlag 2017, S. 365–378. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-04138-0_26.
- Knopke, Ekkehard: »Todesdokumente. Totenscheine und Sterbeurkunden als Dokumente als Inskription der Grenzziehung zwischen Leben und Tod«, in: Thorsten Benkel/Matthias Meitzler (Hg.), Zwischen Leben und Tod, Wiesbaden: Springer Verlag 2019, S. 213–226. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-22277-2_10.
- Krisam, Mathias: »Stupsen Sie doch einmal Ihre Patienten!«, vom 04.03. 2020, *aerztezeitung.de*: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Stupsen-Sie-doch-einmal-Ihre-Patienten-407276.html>.
- Kristeva, Julia: Powers of Horror. An Essay on Abjection, New York: Columbia University Press 1981.
- Krüger-Fürhoff, Irmela: Verpflanzungsgebiete. Wissenskulturen und Poetik der Transplantation, München: Willhelm Fink Verlag 2012.
- Kühn, Anne: »Der BDO auf dem 33. Deutschen Evangelischen Kirchentag in Dresden«, in: Transplantation Aktuell 2 (2011), S. 17–18.
- Kurkowski, Sandra/Heckel, Maria: »Das könnte ich nicht – Abjekte in der Hospiz- und Palliativversorgung«, in: *cult.psych.* 2 (2021), S. 99–107. DOI: [10.1007/s43638-021-00023-x](https://doi.org/10.1007/s43638-021-00023-x).
- Kus, Susan M./Raharijaona, Victor: Materials and Metaphors of Sovereignty in Central Madagascar, in: Elizabeth Marraais et al. (Hg.), Rethinking Materiality. The Engagement of Mind with the Material World, Cambridge: McDonald Institute Monographs/University of Cambridge 2004, S. 239–248.
- Lafontaine, Céline: Die postmortale Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien 2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92063-4>.
- Lakoff, George/Johnson, Mark: Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. Heidelberg: Carl Auer 2018.
- Latour, Bruno/Woolgar, Steve: Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts. New Jersey: Princeton University Press 1986. DOI: <https://doi.org/10.1515/9781400820412>.
- Latour, Bruno: »Eine Soziologie ohne Objekt? Anmerkungen zur Interobjektivität«, in Berliner Journal für Soziologie 11/2 (2001), S. 237–252. DOI: [10.1007/bf03204016](https://doi.org/10.1007/bf03204016).
- Latour, Bruno: Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2014.
- Latour, Bruno: Der Berliner Schlüssel, Berlin: Botopress 2012.
- Lauri, Mary A. : »Metaphors of Organ Donation, social Representations of the Body and the Opt-Out-System«, in: British Journal of Health Psychology 14 (2009), S. 647–666. DOI: <https://doi.org/10.1348/135910708x397160>.

- Lauritzen, Paul et al.: »The Gift of Life and the common Good: The need for a communal Approach to Organ Procurement«, in: Hastings Center Report 31/1 (2001), S. 29–35. DOI: 10.2307/3528731.
- Law, John: Organizing Modernity, Oxford/Cambridge: Blackwell 1994.
- Law, John/Mol, Annemarie: »Notes on Materiality and Sociality«, in: The Sociological Review 43/2 (1995), S. 274–294. DOI: 10.1111/j.1467-954x.1995.tb00604.x.
- Law, John/Mol, Annemarie (Hg.), »Complexities Social Studies of Knowledge Practices«, Durham und London: Duke University Press 2002. DOI: 10.1215/9780822383550.
- Law, John/Mol, Annemarie: »Words to think with: An Introduction«, in: The Sociological Review. 68/2 (2020), S. 263–282. DOI: 10.1177/0038026120905452.
- Lee, Jon D.: An Epidemic of Rumors. How Stories Shape Our Perceptions of Disease, Colorado: University Press of Colorado 2014. DOI: <https://doi.org/10.7330/9780874219296>.
- Legizlazzjoni Malta: <https://legislation.mt/eli/cap/558>, Kapitel 558, S. 4, [legislation.mt](https://legislation.mt/eli/cap/558): <https://legislation.mt/eli/cap/558>.
- Leven, Karl-Heinz et al.: Die Medizinische Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Kontexte-Köpfe-Kontroversen (1743–2018), Köln: Böhlau Verlag 2018.
- Lindemann, Gesa: »Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin, München/Frankfurt a.M.: Wilhelm Fink: 2002. DOI: 10.1007/s00481-003-0259-9.
- Lindemann, Gesa: Beunruhigende Sicherheiten. Zur Genese des Hirntodkonzeptes, Konstanz: UVK Verlag 2003.
- Lindner, Josef Franz: »Auf jedes Leben kommt es an! Oder etwa nicht?« vom 21. Mai 2023, *zeit.de*: <https://www.zeit.de/2023/21/organspende-gesundheitspolitik-organe-entnahme-verfassung>.
- Lock, Margaret : »The Alienation of Body Tissue and the Biopolitics of Immortalized Cell Lines«, in: Body & Society 7 (2001), S. 63–91. DOI: 10.1177/1357034X0100700204.
- Lock, Margaret: Twice dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death, Berkeley, Calif. London: University of California Press 2002a.
- Lock, Margaret: »Human Body Parts as therapeutic Tools: Contradictory Discourses and transformed Subjectivities«, in: Qualitative Health Research 12 (2002b), S. 1406–1418. DOI: 10.1177/1049732302238751.
- Lock, Margaret: »On making up the Good as Dead in a utilitarian World«, in: Sarah Franklin/Margaret Lock (Hg.), Remaking Life & Death: Toward an Anthropology of the Biosciences, Santa Fe: School of American Research Press 2003, S. 165–192.
- Lock, Margaret: »Living Cadavers and the Calculation of Death«, in: Body and Society 10 (2004), S. 135–152. DOI: 10.1177/1357034X04042940.
- Lock, Margaret/Crowley-Makota, Megan: »Situating the Practice of Organ Donation in familial, Cultural, and political Context«, in: Transplantation Reviews 22 (2008), S. 154–157. DOI: 10.1016/j.trre.2008.04.007.
- Lomero, Mar et al.: »European Committee on Organ Transplantation of the Council of Europe (CD-P-TO). Donation after circulatory death today: an updated overview of the European landscape«, Transpl Int. 33/1 (2020), S76–88. DOI: 10.1111/tri.13506.

- Macho, Thomas: Todesmetaphern. Zur Logik der Grenzerfahrung, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1987.
- »Mahtimaksa«, ohne Angaben, *muma.fi*: <https://muma.fi/mahtimaksa/>.
- Malan, Marais: «Herrgott, es schlägt wieder». Die Herzverpflanzung des Professors Barnard«, vom 03. März 1968, *spiegel.de* (Archiv): <https://www.spiegel.de/politik/herrgott-es-schlaegt-wieder-a-5deaabfo-0002-0001-0000-000046135823?context=issue>.
- Maihold, Günther/Mühlhöfer, Fabian: »Instabile Lieferketten gefährden die Versorgungssicherheit: Handlungsoptionen für Unternehmen und Politik«, vom 09.12.2021, *swp-berlin*: <https://www.swp-berlin.org/10.18449/2021A80/>.
- Manzei, Alexandra: Hirntod, Herztod, ganz tot? – Über die Macht der Medizin und die Bedeutung der Sterblichkeit für das Leben, Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag 1997.
- Manzei, Alexandra: Körper – Technik – Grenzen. Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin, Münster, Hamburg, London: LIT-Verlag 2003.
- Manzei, Alexandra/Schneider, Werner (Hg.): Transplantationsmedizin: kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis, Münster: Agenda Verlag 2006.
- Manzei, Alexandra: »Der Tod als Konvention. Die (neue) Kontroverse um Hirntod und Organspende«, in: Michael Anderheiden/Wolfgang Eckert (Hg.), Handbuch Sterben und Menschenwürde. Berlin: De Gruyter 2012, S. 137–173. DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110246452.137>.
- Matas, David/Kilgour, David: »Blutige Ernte: Untersuchungsbericht zu den Anschuldigungen der Organentnahmen an Falun-Gong-Praktizierenden in China«, vom 31. January 2007, *organharvesting.net*: <https://organharvestinvestigation.net/>.
- Matthiesen, Ulf: »Lebensweltliches Hintergrundwissen«, in: Michael Wicke (Hg.), Konfigurationen Lebensweltlicher Strukturphänomene, Opladen: Leske und Budrich 1997. DOI: 10.1007/978-3-322-96030-6_10. S. 157–178.
- Mauss, Marcel: Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1968.
- Meitzler, Matthias: »Schauen wir mal, was der Opa zu berichten hat.« Körperambivalenz in einem medizinischen Performanzrahmen«, in: Thorsten Benkel und Matthias Meitzler (Hg.), Zwischen Leben und Tod, Wiesbaden: Springer Verlag 2019, S. 111–141. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-22277-2_6.
- Meyer, Kim-Claude: »Verschwörungstheorien«, in: Bernhard Giesen et al. (Hg.), Ungefähres. Gewalt, Mythos und Moral, Weilerwist: Velbrück Wissenschaft Verlag 2014, S. 200–234.
- Michael, Mike: »Between Citizen and Consumer: Multiplying the Meanings of the public Understanding of Science«, in: Public Understanding of Science 7 (1998), S. 313–327. DOI: 10.1088/0963-6625/7/4/004.
- Mol, Annemarie: »Ontological Politics. A Word on some Questions«, in: John Law/John Hassard (Hg.), Actor-Network Theory and After, Oxford & Malden, MA: Blackwell Publishers 1999, S. 74–89.
- Mol, Annemarie: The Body Multiple: Ontology in medical Practice, Durham/London: Duke University Press 2002.
- Mongoven, Ann: »Sharing Our Body and Blood: Organ Donation and Feminist Critiques of Sacrifice«, Journal of Medicine and Philosophy 28/1 (2003), S. 89–114. DOI: <https://doi.org/10.1076/jmep.28.1.89.14175>.

- Mongoven, Ann: »Giving (in) Grief: Perspectives of Hospital Chaplains on Organ Donation«, in: David Smith (Hg.), *Caring well: Religion, Narrative, and Health Care Ethics*, Louisville: Westminster: John Knox Press 2000, S. 170–197.
- Morgan, Myfanwy/Kenten, Charlotte/Deedat, Sarah: »Attitudes to deceased Organ Donation and Registration as a Donor among minority ethnic Groups in North America and the U.K.: A Synthesis of quantitative and qualitative Research«, in: *Ethn Health* 18/4 (2013), S. 367–90. DOI: 10.1080/13557858.2012.752073.
- Moser, Sebastian J./Schlechtriemen, Tobias: »Sozialfiguren – zwischen gesellschaftlicher Erfahrung und soziologischer Diagnose«, in: *Zeitschrift für Soziologie* 47/3 (2018), S. 164–180. DOI: 10.1515/zfsoz-2018-1011.
- Motakef, Mona: *KörperGabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende*, Bielefeld: transcript Verlag 2011. DOI: <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839416310>.
- Motakef, Mona/Wöhlke, Sabine: »Ambivalente Praxen der (Re-)Produktion: Fürsorge, Bioökonomie und Geschlecht in der Lebendorganspende«, in: *Gender – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 5/3 (2013), S. 94–113. DOI: <https://doi.org/10.3224/gender5318096>.
- München TV: »Das wichtigste Stück Fleisch« – Organspende ist so aktuell wie nie«, vom 06. Juni 2016, *muenchen.tv*: <https://www.muenchen.tv/das-wichtigste-stueck-fleisch-organspende-ist-so-aktuell-wie-nie-172003/>.
- Nassehi, Armin/Weber, Georg: *Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*, Opladen: Westdeutscher Verlag 1989.
- Nassehi, Armin/Saake, Irmhild/Barth, Niklas: »Die Stärke schwacher Verfahren Zur verfahrensförmigen Entdramatisierung von Perspektivendifferenzen im Kontext der Organspende«, in: *Zeitschrift für Soziologie* 48/3 (2019), S. 190–208. DOI: 10.1515/zfsoz-2019-0015.
- Neurath, Ulrike: »Die Leichenessen. Totenwache für einen Untoten«, in: *Zeitschrift für Sepulkralkultur. Friedhof und Denkmal* 3/4 (2016), S. 48–49.
- Newton, Joshua D.: »How does the general public view posthumous organ donation? A meta-synthesis of the qualitative literature«, *BMC Public Health* 11/791 (2011). DOI: 10.1186/1471-2458-11-791.
- Niedermeier, Robert: »Stigmatisierung im Spender-Anamnesebogen. Organspenden aus dem »homosexuellen Milieu«, vom 04. August 2014, *queer.de*: https://www.queer.de/detail.php?article_id=22046.
- Nohl, Arnd-Michael: *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis*, Wiesbaden: VS Verlag 2009. DOI: 10.1111/1467-9566.12775
- Nowak, Lars: *Deformation und Transdifferenz: Freak Show, frühes Kino, Tod Browning*, Berlin: Kadmos 2010.
- Nowotny, Helga/Scott, Peter/Gibbons, Michael: *Re-Thinking Science. Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*, Cambridge: Polity Press 2001.
- Nowotny, Helga: »Vorwort und Dank«. in: Priska Gisler/Michael Guggenheim/Alexander Maranta/Christian Pohl/Helga Nowotny (Hg.), *Imaginierte Laien. Die Macht der Vorstellung in wissenschaftlichen Perspektiven*, Weilerwist: Velbrück Wissenschaft Verlag 2004, S. 3–4.
- Nowotny, Helga: »Der imaginierte Dialog zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit. Von Imaginierten Laien zur sozialen Robustheit des Wissens, in: Priska Gis-

- ler/Michael Guggenheim/Alexander Maranta/Christian Pohl/Helga Nowotny (Hg.), Imaginierte Laien. Die Macht der Vorstellung in wissenschaftlichen Perspektiven, Weilerwist: Velbrück Wissenschaft Verlag 2004, S. 171–195.
- O'Doherty, Brian: In der weissen Zelle, Berlin: Merve Verlag 1996.
- Ohnuki-Tiorny, Emiko: »Brain Death and Organ Transplantation: Cultural Bases of medical Technology«, in: Current Anthropology 35/3 (1994), S. 233–254. DOI: 10.1086/204269.
- Organspende-Wiki: »Bei lebendigem Leib«, *organspende-wiki.de*: www.organspende-wiki.de/wiki/index.php?title=Bei_lebendigem_Leib#cite_note-2.
- Ortman, Scott G.: »Conceptual Metaphor in the Archaeological Record: Methods and an Example from the American Southwest«, in: American Antiquity 65 (2000). S. 613–645. DOI: 10.2307/2694419.
- Paul, Katharina T. et al.: »Organ Donation as Transition Work: Policy Discourse and clinical Practice in the Netherlands«, in: Health: 18 (2014), S. 369–387. DOI: 10.1177/1363459313501357.
- Petersen, Imme: »Geschenk – Spende – Ware. Diskursive Deutungen in der öffentlichen Debatte um Organtransplantation«, in: Elfriede Hermann/Karin Klenke und Michael Dickhardt (Hg.), Form, Macht, Differenz. Motive und Felder ethnologischen Forschens, Göttingen: Universitätsverlag 2009, S. 295–306. DOI: 10.17875/gup2020-1292.
- Pfadenhauer, Michaela: Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz, Wiesbaden: Springer 2003. DOI: 10.1007/978-3-663-11163-4.
- Pfaller, Larissa et al.: »Saying no to organ donation: an empirical typology of reluctance and rejection«, in: Sociology of Health & Illness 40/8 (2018), S. 1327–1346. DOI: 10.1111/1467-9566.12775.
- Pfaller, Larissa: »Die Organspende als Unheimliches in der modernen Medizin«, in: Michael Schetsche/Nadine Sarah Heintz/Renate-Berenike Schmidt (Hg.), Das Unheimliche in der modernen Welt, Berlin: Logos 2021a, S. 57–69.
- Pfaller, Larissa: »Die dunkle Seite der Vorstellungskraft: Das Abjekt als Verworfenes im Imaginären«, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. (2021b). DOI: 10.1007/s11614-021-00446-z.
- Pfaller, Larissa/Schetsche, Michael: Theorie und Phänomenologie des Abjekts, in: Cultura & Psyché. 2/1-6 (2021). DOI: 10.1007/s43638-021-00026-8.
- Pfaller, Larissa: »Pragmatische Kontexte, Multimodalität und kulturelle Archive: Grenzerkundungen metaphorischer Quellbereiche am Beispiel Organspende«, in: Forum Qualitative Sozialforschung 23/3, Art. 7 (2022). DOI: 10.17169/fqs-23.3.3906.
- Pfaller, Robert: Das schmutzige Heilige und die reine Vernunft, Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag 2008.
- Polizei Berlin (Twitter-Post vom 03. November 2022) <https://x.com/polizeiberlin/status/1588204881046900736>.
- Preisler, Karoline (Twitter-Post vom 15. März 2020): <https://x.com/PreislerKa/status/1239238756277903362>.

- Pro Organspende – eine Initiative des Deutschen Herzzentrums Berlin: »Pro Organspende«, o.J., archiviert am 27.08.2010, <https://web.archive.org/web/20100827022212/www.proorganspende.de/>.
- Putnam, Robert D.: *Bowling alone. The Collapse and Revival of American Community*, New York/London, Toronto/Sidney/Singapore: Simon & Schuster 2000.
- Raschka, Christoph: »Wer klagt denn bitte einer älteren Dame den Impfpfpass?«, in: *Fortschr Med.* 163/18 (2021), S. 38. DOI: 10.1007/s15006-021-0432-4.
- Range, Lilian/Brazda, Geoffrey: »How Organ Donors are different from Non-Donors: Responsibility, Barriers, and Religious Involvement«, in: *Journal of Religion and Health* 56/6 (2015), S. 2286–2291. DOI: 10.1007/s10943-014-9982-4.
- Ray, Keith: »Material Metaphor, social Interaction, and historical Reconstruction«, in: Julian Thomas (Hg.), *Interpretive Archaeology*, London: Leicester University Press: 2000 S 398–417.
- Reborn to be Alive: »Reclamecampagnes«, o.J., archiviert am 23.02.2016, <https://web.archive.org/web/20160223044519/http://reborntobealive.be/wie-wat-hoe/reclame-campagnes/>.
- Rehsmann, Julia.: »Fighting Hydra: The Uncertainties of Waiting for a Liver Transplant«, in: *Swiss Journal of Sociocultural Anthropology* 22 (2017), S. 47–56. DOI: 10.36950/tsantsa.2017.22.7346.
- Rehsmann, Julia: »Confined Live(r)s: Self-infliction and Arbitrary Survival in the German Transplant System«, in: *Anthropological Journal of European Cultures* 27/2 (2018), S. 45–64. DOI: 10.3167/ajec.2018.270204.
- Richardson, Ruth: *Death, Dissection and the Destitute*. London: Routledge 1987.
- Richardson, Ruth: *Death, Dissection and the Destitute*, New York/London: University of Chicago Press, 2000.
- Richardson, Ruth: »Human dissection and organ donation: a historical and social background«, in: *Mortality*, 11/2 (2006), S. 151–165. DOI: 10.1080/13576270600615419.
- Richter-Kuhlmann, Eva: »Organspende: Wege aus der Krise«, vom 09. Juli 2018, *aerzteblatt.de*: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/organspende-wege-aus-der-krise-4be3d577-8660-4e35-aa3d-d99dd3222c2a>.
- Ricoeur, Paul: *Wege der Anerkennung. Erkennen, Wiedererkennen, Anerkanntsein*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2006.
- Roloff, Eckart: *Die publizistische Entdeckung des Patienten. Eine Presseanalyse zum Medizinjournalismus der ersten Herztransplantationen*, Baden Baden: Nomos 2013.
- Rotondo, Roberto: »Hirntote sind keine Leichen«, in: Ilse Gutjahr und Mathias Jung (Hg.), *Sterben auf Bestellung. Fakten zur Organentnahme*, Lahnstein: Emu-Verlag 1997, S. 75–99.
- Sanders, Eike/Achtelik, Kristen/Jentsch, Ulli: *Kulturkampf und Gewissen. Medizinethische Strategien der »Lebensschutz«-Bewegung*, Berlin: Verbrecher Verlag 2018.
- Sanner, Margereta: »Exchanging Spare Parts or becoming a new Person? People's Attitudes toward Receiving and Donating Organs«, in: *Social Science & Medicine* 52 (2001), S. 1491–1499.
- Sanner, Margereta: »Transplant Recipients' Conceptions of three Key Phenomena in Transplantation: The Organ Donation, the Organ Donor, and the Organ Transplant«, in: *Clinical Transplantation* 17 (2003), S. 391–400.

- Sanner, Margereta: »People's Attitudes and Reactions to Organ Donation«, in: *Mortality* 11/2 (2006), S. 133–150. DOI:10.1080/13576270600615351.
- Schatzki, Theodore: *Social Practices. A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*, Cambridge/New York/Melbourne: Cambridge University Press 1996.
- Schatzki, Theodore/Knorr-Cetina, Karin/Savigny, Eike von (Hg.): *The practice Turn in contemporary Theory*, London/New York: Routledge 2001.
- Scheper-Hughes, Nancy: »The Global Traffic in Human Organs«, in: *Current Anthropology* 41 (2000), S. 191–224. DOI: 10.1086/300123.
- Scheper-Hughes, Nancy: »Commodity Fetishism in Organs Trafficking«, in: *Body & Society* 7/2-3 (2001), S. 31–62. DOI: 10.1177/1357034X0100700203.
- Scheper-Hughes, Nancy/Lock, Margaret: »The mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in medical Anthropology«, in: *Medical Anthropology Quarterly* 1/1 (1987), S. 6–41.
- Schicktanztanz, Silke et al.: »Attitudes towards Brain Death and Conceptions of the Body in Relation to Willingness or Reluctance to donate: Results of a Student Survey before and after the German Transplantation Scandals and legal Changes«, in: *Public Health* 25 (2017), S. 249–256. DOI: 10.1007/s10389-017-0786-3.
- Schicktanztanz, Silke: »Epistemische Gerechtigkeit. Sozialempirie und Perspektivenpluralismus in der Angewandten Ethik«, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 60/2 (2012), S. 269–283. DOI: 10.1524/dzph.2012.0019.
- Schlich, Thomas: *Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung*, München: C.H. Beck 1998.
- Schmidt, Robert: *Soziologie der Praktiken. Konzeptuelle Studien und empirische Analysen*, Berlin: Suhrkamp 2012.
- Schmidt, Robert: »Praxistheorien«, in: Robert Gugutzer/Gabriele Kein/Michael Meuser (Hg.), *Handbuch Körpersoziologie. Band 1: Grundbegriffe und theoretische Perspektiven*, Wiesbaden: Springer Verlag 2017. DOI: 10.1007/978-3-658-33300-3.
- Schmitt, Rudolf: *Systematische Metaphernanalyse als Methode der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS 2017. DOI: 10.1007/978-3-658-13464-8.
- Schmitt, Rudolf/Schröder, Julia/Pfaller, Larissa: *Systematische Metaphernanalyse. Eine Einführung*, Wiesbaden: Springer VS 2018. DOI: 10.1007/978-3-658-21460-9.
- Schneider, Werner/Manzei, Alexandra: »Transplantationsmedizin. kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis«, in: Alexandra Manzei/Werner Schneider (Hg.), *Transplantationsmedizin: kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis*, Münster: Agenda Verlag 2006, S. 7–26.
- Schneider, Werner: »So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!« – Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne: Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland, Münster: LIT 1999a.
- Schneider, Werner: »Death is not the same always and everywhere – Sociocultural Aspects of Brain Death and the Legislation of Organ Transplantation«, in: *European Societies* 1/3 (1999b), S. 353–389. DOI: 10.1080/14616696.1999.10749937.
- Schneider, Werner: »Vom Wissen um den Tod – Diskursive Wissenspolitiken am Beispiel von Hirntoddefinition und Organtransplantation«, in: Sabine Ammon/Corinna Heineke/Kirsten Selbmann (Hg.), *Wissen in Bewegung. Vielfalt und Hegemonie in der Wissensgesellschaft*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft 2007, S. 200–220.

- Schneider, Werner: »Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende«, in: Martin W. Schnell/Werner Schneider/Harald Kolbe (Hg.), *Sterbewelten. Eine Ethnographie*, Wiesbaden: Springer 2014, S. 51–138.
- Schwarze, Ernst-Wilhelm/Pawlitschko, Jörg: »Autopsie in Deutschland: Derzeitiger Stand, Gründe für den Rückgang der Obduktionszahlen und deren Folgen«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 100/43 (2003): A-2802/B-2336/C-2191.
- Seitz, Norbert: »Nicht ohne meinen Nazi«, vom 18. Dezember 2002, in: *DIE ZEIT*, 52/2002, https://www.zeit.de/2002/52/Nicht_ohne_meinen_Nazi.
- Sharp, Lesley: »The Commodification of the Body and its Parts«, in: *Annual Review of Anthropology* 2000, S. 287–328. DOI: 10.1146/annurev.anthro.29.1.287.
- Sharp, Lesley (2006). *Strange Harvest: Organ Transplants, denatured Bodies, and the transformed Self*, Berkeley: University of California Press 2006 DOI: 10.1525/9780520939615.
- Sharp, Lesley (2007). *Bodies, Commodities and Biotechnologies. Death, Mourning, and Scientific Desire in the Realm of Human Organ Transfer*, New York: Columbia University Press 2007.
- Sharp, Lesley: *Transplant Imaginary. Mechanical Hearts, Animal Parts and Moral Thinking in Highly Experimental Science*, Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press 2014. DOI: 10.1525/california/9780520277960.001.0001.
- Shaw, Rhonda: »Perceptions of the gift relationship in organ and tissue donation: Views of intensivists and donor and recipient coordinators«, in: *Social Science & Medicine* 70/4 (2010), S. 609–615. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.10.062.
- Siebert, Bernhard: »Kulturtechnik«, in: Harun Maye/Leander Scholz (Hg.): *Einführung in die Kulturwissenschaft*, München: UTB: 2011, S. 95–118. DOI: 10.36198/9783838531762.
- Silverstein, Amy: »My Transplanted Heart and I Will Die Soon«, vom 18. April 2023, *ny-times.com*: <https://www.nytimes.com/2023/04/18/opinion/heart-transplant-donor.html>.
- Siminoff, Laura A./Chillag, Kata: »The Fallacy of the »Gift of Life«, in: *The Hastings Center Report* 29 (1999), S. 34–41. DOI: 10.2307/3528353.
- Siminoff, Laura/Burant, Christopher/Youngner Stuart: »Death and Organ Procurement: Public Beliefs and Attitudes«, in: *Kennedy Inst Ethics J.* 14/3 (2004), S. 217–34. DOI: 10.1353/ken.2004.0034.
- Skowranek, Inga: »Apparate«, in: *Zeitschrift für Sepulkralkultur. Friedhof und Denkmal* 3/4 (2016), S. 39–43.
- Solhdju, Katrin: »Konzepte des Lebendigen und Kulturen des Interesses. Von einer Physiologie der Organe zur Transplantationsmedizin«, in: Ulrike Vedder/Katrin Solhdju (Hg.), *Das Leben vom Tode her. Zur Kulturgeschichte einer Grenzziehung*, Paderborn: Brill/Fink 2015, S.: 163–181. DOI: 10.30965/9783846757468_012.
- Sontag, Susan: *Das Leiden anderer betrachten*, Frankfurt a.M.: Fischer Verlag 2017.
- Sørensen, Estrid/Schank, Jan: »Einführung«, in: Susanne Bauer/Torsten Heinemann/Thomas Lemke(Hg.), *Science and Technology Studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*, Berlin: Suhrkamp Verlag 2017, S. 422–426.
- Sørensen, Estrid: »Post-Akteur-Netzwerk Theorie«, in: Stefan Beck, Jörg Niewöhner, Estrid Sørensen (Hg.), *Science and Technology Studies. Eine sozialanthro-*

- pologische Einführung, Bielefeld: transcript 2012, S. 327–345. DOI: 10.1515/transcript.9783839421062.333.
- Springer Medizin: »Coronatest wird nun für alle bezahlt. MMW – Fortschritte der Medizin«, 162/31 (2020). DOI: 10.1007/s15006-020-0609-2.
- »Supersankarimunuainen«, ohne Angaben, *muma.fi*: <https://muma.fi/supersankarimunuainen/>.
- »Durchschnittliche Anzahl postmortalen Organspender in ausgewählten Ländern weltweit im Jahr 2022«, 2023, *statista.com*: <https://web.archive.org/web/20230929110352/https://de.statista.com/statistik/daten/studie/226978/umfrage/anzahl-postmortalen-organspender-in-ausgewaehlten-laendern/>.
- »Anzahl der postmortalen Organspender in Deutschland in den Jahren von 1998 bis 2024«, 2025a, *statista.com*: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/70873/umfrage/anzahl-der-postmortalen-organspender-in-deutschland/>.
- »Anzahl der Sterbefälle in Deutschland von 1991 bis 2022«, 2025b, *statista.com*: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/>.
- Star, Susan L./Griesemer, James: Institutional Ecology, Translations and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39, in: *Social Studies of Science* 19/4 (1989), S. 387–420. DOI: 10.1177/030631289019003001.
- Strathern, Marilyn: *Partial Connections*, Walnut Creek/Lanham/New York/Toronto/Oxford: Altamira Press 2004.
- Strauss, Anselm: *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, München: Fink Verlag 1998.
- Ströbel, Andreas: »Särge mit Notausgang? Mögliche Vorrichtungen aus Angst vor dem Scheintod«, in: *Zeitschrift für Sepulkralkultur. Friedhof und Denkmal* 3/4 (2016), S. 46–47.
- Strübing, Jörg: *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils*, Wiesbaden: VS Verlag 2014. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19897-2>.
- DPA: »Dresden – Klepsch für Widerspruchslösung bei Organspende«, vom 4. September 2018, *sueddeutsche.de*: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/dresden-klepsch-fuer-widerspruchslösung-bei-organspende-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-180904-99-817563>.
- Sque, Magi/Payne, Sheila: Dissonant loss: The Experiences of Donor Relatives«, in: *Soc. Sci. Med.* 43/9 (1996), S. 1359–1370.
- Sque, Magi/Payne, Sheila/Macleod, Clark J: »Gift of life or sacrifice? Key discourses for understanding decision-making by families of organ donors«, in: Magi Sque/Sheila Payne (Hg.), *Organ and Tissue Donation. An Evidence Base for Practice*, Maidenhead/New York: Open University Press 2007, S. 40–58.
- Sque, Magi et al.: »Why relatives do not donate organs for transplants: »sacrifice« or »gift of life«?«, in: *Journal of Advanced Nursing* 61 (2008), S. 134–144. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04491.x.
- Tarde, Gabriel: *Die Gesetze der Nachahmung*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag 2003.
- Taylor, Janelle S: »The Moral Aesthetics of Simulated Suffering in Standardized Patient Performances. Culture«, in: *Medicine & Psychiatry* 35/2 (2011), S. 134–162. DOI: 10.1007/s11013-011-9211-5.

- »The Finnish Kidney and Liver association«, o.A., *muma.fi*: https://web.archive.org/web/20231025064323/https://muma.fi/liitto/munuais-_ja_maksaliitto/the_finnish_kidney_and_liver_association.
- Thieme, Frank: Tod und Sterben in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatosoziologie, Wiesbaden: Springer 2019.
- Thornton, Robert: »The Rhetoric of Ethnographic Holism«, in: *Cultural Anthropology* 3/3 (1988), S. 285–303. DOI: <https://doi.org/10.1525/can.1988.3.3.02a00050>.
- Tilley, Christopher Y.: *Metaphor and Material Culture*, Malden: Wiley-Blackwell 1999.
- UC Davis Health/Transplant Center: »Donation After Cardiac Death (DCD)«, keine Angaben, *ucdavis.edu*: <https://health.ucdavis.edu/transplant/nonlivingdonors/donation-after-cardiac-death.html>.
- Ullrich, Kerstin: »Erstes Netzwerk zur Angehörigen-Betreuung von Organspendern nimmt seine Arbeit auf«, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2017): <https://idw-online.de/de/news670511>.
- Wagner, David: *Leben*, Hamburg: Rowohlt 2016.
- Waldby, Catherine: »Fragmented Bodies, Incoherent Medicine«, in: *Social Studies of Science* 30/3 (2000), S. 465–475. DOI: [10.1177/030631200030003006](https://doi.org/10.1177/030631200030003006).
- Waldby, Catherine: *Tissue Economies: Blood, Organs, and Cell Lines in late Capitalism*, Durham: Duke University Press 2006.
- Watson, Leon: »Give others the Chance to find Love too: Transplant Patients pose naked with their Partners to show off their Scars in Organ Donor Drive«, vom 14. Februar 2013, *dailymail.com*: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-2278438/Couples-pose-naked-transplant-scars-urge-people-sign-organ-donor-register.html>.
- Way out West: »The Kidney Pass«, 2025, <https://www.wayoutwest.se/kidneypass/>.
- Wear, Stephen: *Informed Consent. Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*. New York: Springer Science 1993. DOI: [10.1007/978-94-015-8122-6](https://doi.org/10.1007/978-94-015-8122-6).
- Weindling Paul: »The Origins of informed Consent: The International Scientific Commission on Medical War Crimes, and the Nuremberg Code«, in: *Bull Hist Med.* 75/1 (2001), S. 37–71. DOI: [10.1353/bhm.2001.0049](https://doi.org/10.1353/bhm.2001.0049).
- Weindling, Paul: *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials. From medical War Crimes to Informed Consent*, New York: Palgrave Macmillan 2004.
- Weinert, Frederik: *Nazi-Vergleiche und Political Correctness Eine sprach- und kommunikationswissenschaftliche Analyse*, in: Baden Baden: Nomos Verlag 2018. DOI: [10.5771/9783845296227](https://doi.org/10.5771/9783845296227).
- Wiesemann, Claudia: »Die Widerspruchslösung sieht in uns faule Egoisten«, vom 15. Januar 2020, *spiegel.de*: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/organspende-die-widerspruchslösung-sieht-in-uns-faule-egoisten-a-fb92fco3-831a-4db0-9cf2-b833b8e1c1a2>.
- Winter, Merve: »Geschlecht und Organspende: Gesundheitspolitische Konsequenzen der Gender Imbalance«, in: *Femina Politica* 1 (2009), S. 84–97.
- Woodward, Sophie: »Object interviews, material R imaginings and 'unsettling' methods: interdisciplinary approaches to understanding materials and material culture«, in: *Qualitative Research* 16/4 (2016), S. 359–374. DOI: [10.1177/1468794115589647](https://doi.org/10.1177/1468794115589647).

- Woodward, Sophie: *Material Methods Researching and Thinking with Things*, Los Angeles u.a.: Sage 2020. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781529799699>.
- Woolgar, Steve: »Configuring the User: The Case of Usability Trials«, in: John Law (Hg.): *A Sociology of Monsters. Essays on Power, Technology and Domination*, London: Routledge 1991, S. 58–97.
- Wynne, Brian »Public Understanding of Science Research: New Horizons or Hall of Mirrors?«, in: *Public Understanding of Science* 1 (1992), S. 37–43. DOI: 10.1088/0963-6625/1/1/008.
- VMP – Vinyl Me, Please: »Way Out West Festival Introduces Controversial »Kidney Pass« – A Unique Approach to Organ Donation«, 2023, <https://www.vinylmeplease.com/blogs/music-industry-news/way-out-west-festival-introduces-controversial-kidney-pass-a-unique-approach-to-organ-donation>.
- Youngner, Stuart/Allen, Martha/Bartlett Edward et al.: »Psychosocial and Ethical Implications of Organ Retrieval«, in: *New England Journal of Medicine* 313 (1985), S. 321–324. DOI: 10.1056/nejm198508013130510.
- ZEIT Online: »Jens Spahn für Widerspruchslösung bei Organspende«, vom 03. September 2018, [zeit.de: https://www.zeit.de/politik/deutschland/2018-09/jens-spahn-gesundheitsminister-organspende-transplantation](https://www.zeit.de/politik/deutschland/2018-09/jens-spahn-gesundheitsminister-organspende-transplantation).
- Zimmering, Rebecca/Hammes, Diana: Bericht zur Repräsentativstudie 2022. Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2023.
- Zimmermann, Gerd: Coronatest-Verordnung schon wieder geändert: Reiserückkehrer, in: *MMW – Fortschritte der Medizin* 16 (2020). DOI: 10.1007/s15006-020-4365-0.
- Zirten, Heike: »Reden über das Sterben«, in: Thomas Macho/Kristin Marek (Hg.), *Die neue Sichtbarkeit des Todes*, München: Willhelm Fink Verlag 2007, S. 165–184.
- ZMD -Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V.: »Organ und Gewebespende aus islamischer Sicht«, [islam.de: https://islam.de/files/pdf/organspende_2013_06_04.pdf](https://islam.de/files/pdf/organspende_2013_06_04.pdf).

TV-Sendungen und (Online-)Videos:

- Anne Will. »Wer nicht widerspricht, wird Spender – Neue Debatte um Organspende?«, Sendung vom 09.09.2018, YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=L8X7MpTjInM>.
- Joyce (2016). »ORGANSPENDE? | Typische Ausreden | Joyce | Social Video«. YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=ltgDxAaxHIM>.
- Philosophischer Stammtisch. Demokratie vs. Expertokratie. Sendung vom 28.09.2020, YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=1B-GjQLZSOo>.
- »Das wichtigste Stück Fleisch« vom 30.05.2016, YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=oFUzxwq8CSQ>.

Anhang

Interviews, demografische Übersicht

Datum	Alter	Abschluss/Beruf	Organspendeausweis	Religiös ¹
Maria	56	Hauptschule/ Verwaltungsangestellte	Vorhanden mit uneinge- schränkter Zustimmung	»gering«
Jonas	25	Bachelor/Student	Vorhanden mit uneinge- schränkter Zustimmung, aufbewahrt in einem Ord- ner	»Atheist«
Lisa	22	Abitur/Studentin	Vorhanden mit uneinge- schränkter Zustimmung	Nein
Emma	33	Staatsexamen/Lehrerin	Vorhanden mit Zustim- mung aber ohne Unter- schrift	k.A.
Theo	63	Promotion/Angestellter (Krankenhaus)	Vorhanden, Entscheidung übertragen auf Angehörige	k.A.
Stefanie	39	Promotion/Psychologin	Vorhanden mit uneinge- schränkter Zustimmung	Nein
Juhani	34	Ammattikorkeakoulu (≈ Fachhochschulabschluss)/ Mediendesigner	Finnischer Organspende- ausweis vorhanden	k.A.
Max	34	Abgeschlossenes Studium Medizin, ohne Facharzt	Vorhanden mit uneinge- schränkter Zustimmung	Nein
Karolin	35	Master/Mitarbeiterin im Bereich Presse- und Öffent- lichkeitsarbeit	Vorhanden mit uneinge- schränkter Zustimmung	k.A.
Sarah	40	Staatsexamen/Nicht be- rufstätig	Vorhanden mit uneinge- schränkter Zustimmung	Nein

1 Selbstbezeichnung.

Datum	Alter	Abschluss/Beruf	Organspendeausweis	Religiös¹
Viktoria	31	Abgeschlossenes Medizin- studium/Angestellte im Krankenhaus	Würde zustimmen hat aber keinen Organspendeaus- weis	Nein
Richard	69	Dipl. Ing./Rentner	Vorhanden mit Zustim- mung	k.A.
Elisabeth	60	Abitur/Medizinisch-techni- sche Assistentin	Vorhanden mit Zustim- mung	Ja
Heidi	33	Hochschulabschluss/ Managerin	Finnischer Organspende- ausweis vorhanden	Nein
Anka	40	Promotion/Mitarbeiterin Informatik	Zugeschickt bekommen und unausgefüllt in einen Ordner geheftet	Nein
David	53	Diplom/Unbekannt	Kein Organspendeausweis bzw. selbst gemachter Nicht-Spender-Ausweis	Nein
Jule	34	Diplom/Angestellte	Unausgefüllter Ausweis auf dem Küchenbord	Nein
Ilona	59	Polytechnische Oberschule (DDR)/Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement	Kein Organspendeausweis	Ja
Regina	43	k.A./ Verwaltungsfachangestellte	Kein Organspendeausweis	Ja
Henning	57	Arzt Approbation/ Angestellter im Kranken- haus	k. A.	Ja
Selma	23	Bachelor/Angestellte	Kein Organspendeausweis	Ja

Gespräche

Wichtigste Hintergrundgespräche ²	Thema
Besuch in der Erlanger Anatomie bei Prof. Dr. Eichhorn	Abläufe des Unterrichts und Sektionskurse, Körperspende: Spendenverhalten, Administration, Abläufe + Führung durch die alte Sammlung der Anatomie
»Gabi«, Angehörigenberatung	Gespräch über den Glauben an Organspende und Hilfe für die Angehörigen von Spender*innen
Informationsstand *Pharmahersteller	Immunsuppression
Informationsstand *Medizinischer Gerätehersteller auf dem internationalen Transplantationskongress ESOT	Transport und Lagerung von Organen und einen umkämpften Markt zwischen Hypo- und Normothermie (dieser beinhaltet auch den wissenschaftlichen Streit darüber, ob Organe besser gekühlt oder auf Körpertemperatur gehalten werden wollten) und die schlechten Absatzmöglichkeiten in Deutschland.
Informationsstand *Falun Gong	Menschenrechtsverletzungen in China im Zusammenhang mit Organentnahmen
Informationsstand *Patient*innenverband auf dem Tag der Organspende	Leben mit einem Transplantat und Sport
Designerin	Hintergrundgespräch über das Design des Organspendeausweises
Mitarbeiterin des Deutschen Hygienemuseums	Gespräch über den geringen Bestand des Hygienemuseums zur Organspende. Einiges wurde zwar (mehr oder minder zufällig) archiviert, doch erschien, so die Mitarbeiterin, das Thema »Organspende« und die zugehörige Öffentlichkeitsarbeit sowie Aufklärungsmedien dem Museum bis dato, so vermutet die Mitarbeiterin, nicht relevant genug.
Pflegekraft auf dem DTC-Kongress	Dialyse-Schwester berichtet über Konfliktfälle mit Lebendspenden. So sei nach dem Tod des Partners gefragt worden, ob man die Niere nun wieder zurückhaben könne oder etwa im Zuge einer Trennung nach erfolgreicher Lebendspende eine Klage versucht worden, um die gespendete Niere wieder zurückzuerhalten.
Mitarbeiter eines Reha-Zentrums für Kinder auf dem Tag der Organspende	Gespräch über die Einrichtung und von ihm beobachtete, auftretende Konfliktfälle im Bereich der Lebendspende: z.B. Vater verweigert trotz Eignung eine Lebendspende an sein Kind woraufhin die Familie zerbricht.

- 2 Informelle Gespräche, die geführt wurden, um vertiefte Einblicke und Kontextinformationen zu einem spezifischen Thema zu erhalten zu denen Gedächtnisprotokolle angefertigt wurden. Die Gespräche entstanden spontan während verschiedener Feldaufenthalte, die Identität der Informant*innen bleibt vertraulich.

Auflistung der relevantesten beobachteten Veranstaltungen (TV, Online und Präsenz)

Jahr/Datum	Veranstaltung	Art des Materials
5.-6.11.2015	DSO-Kongress	Handschriftliche Aufzeichnungen, Forschungsprotokoll, Fotos, Tonaufnahmen von einigen Vorträgen als Gedächtnisstütze
08.03.2016	Sat 1 Thementag (TV)	Handschriftliche Notizen, Forschungsprotokoll, Screenshots
09.-10.11.17	DSO-Kongress, Frankfurt + Teilnahme am Workshop »Interaktive Fallbesprechung Organspende«	Handschriftliche Aufzeichnungen, Forschungsprotokoll, Fotos, Tonaufnahmen von einigen Vorträgen als Gedächtnisstütze, Material aus dem Workshop
04.06.2016	Tag der Organspende, München	Handschriftliche Aufzeichnungen, Forschungsprotokoll, Fotos
03.06.2017	Tag der Organspende, Erfurt	Handschriftliche Aufzeichnungen, Forschungsprotokoll, Fotos
25.-28.10.17	26. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft, Bonn	Handschriftliche Aufzeichnungen, Forschungsprotokoll, Fotos, Tonaufnahmen von einigen Vorträgen als Gedächtnisstütze, Programmheft und Material von Info- und Messeständen
09. 09.2018	Anne Will: Wer nicht widerspricht, wird Spender – Neue Debatte um Organspende?	Notizen und Protokoll, Transkript eines Ausschnitts
15.-18.09.2019	ESOT-Kongress, Kopenhagen	Handschriftliche Aufzeichnungen, Forschungsprotokoll, Fotos, Tonaufnahmen von einigen Vorträgen als Gedächtnisstütze, Material von Info- und Messeständen
16.01.2020	Bundestagsdebatte und Abstimmung über die Widerspruchslösung (TV)	Notizen und Protokoll, Transkript online verfügbar
06.06.2020	Tag der Organspende (Online-Veranstaltung auf Grund der Pandemie)	Screenshots und handschriftliche Aufzeichnungen, zusammenfassendes Forschungsprotokoll
05.-10.10/2020	National Organ Donation Week Finland (Online)	Screenshots, E-Mail-Austausch mit Patient*innen-Verband in Helsinki, Notizen und zusammenfassendes Protokoll
Ausstellungen		
12.06.2017	Dauerausstellung des »Museum für Sepulkralkultur«, Kassel	Handschriftliche Aufzeichnungen, Fotos

Jahr/Datum	Veranstaltung	Art des Materials
07.10.2019	scheinTOT Über die Ungewissheit des Todes und die Angst, lebendig begraben zu werden« Eine Ausstellung des Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité	Handschriftliche Aufzeichnungen, Fotos, Ausstellungskatalog

Organspendeausweise

Beschreibung	Herausgeber*in (abgedruckte Logos auf den Ausweisen)	Format	Besonderheit
Stabile Plastikkarte in Blau, Orange und Gelb mit dem Slogan »Organspende schenkt Leben« und Bundesadler, glänzend, abgerundete Ecken	DSO	7,5x4,5cm	Stabiles, glänzendes Material, kann nicht mit jedem Stift beschrieben werden. Material ist besonders hart
Stabile Plastikkarte in Hellblau und Weiß, Motiv: Himmel und Wolken, glänzend, abgerundete Ecken	Herzenswünsche e.V., Universitätsklinikum Münster, Charité, Deutsches Herzzentrum Berlin	7,5x4,5cm	Die Gestaltung mit Himmel und Wolken ist auffällig und unterscheidet sich vom zweckmäßigen Design der anderen Ausweise
Dünne, biegsame Plastikkarte in Blau, Orange und Gelb mit dem Slogan »Organspende schenkt Leben« und Bundesadler, matt, abgerundete Ecken	BZgA	7,5x4,5cm	Stabiler als Papier, leichter als Plastik, lässt sich leicht beschreiben, lässt sich nicht gut beschriften.
Dünne, biegsame Plastikkarte in Blau, Orange und Gelb mit den Slogans »Organspende schenkt Leben« und »Meine Organe. Meine Entscheidung« und Bundesadler, glänzend, abgerundete Ecken.	Lebertransplantierte Deutschland e.V., KIA, Fürs Leben, Barmer GEK	7,5x4,5cm	Auf dem Ausweis sind so viele Logos, dass sie sehr klein gedruckt werden mussten und kaum lesbar sind.

Beschreibung	Herausgeber*in (abgedruckte Logos auf den Ausweisen)	Format	Besonderheit
Karte aus dickem Papier aus Blau, Orange und Gelb mit dem Logo »Organspende schenkt Leben« und Bundesadler, glänzend, spitze Ecken. Der Ausweis ist abgenutzt, die Farben verschwinden	BZgA	9x6cm	An diesem Ausweis kann man gut sehen, wie das weniger stabile Material sich abnutzt
Karte aus dickem Papier in Blau, Orange und Gelb mit Bundesadler und Slogan »Organspende schenkt Leben«, matt. Der Ausweis ist integriert in einen Flyer des Vereins	BDO Bundesverband der Organtransplantierten e.V.	9x6cm	Ausweis ist integriert in einem Flyer, der unter der Überschrift »Wussten Sie schon, dass...« eine Auswahl (affirmativer) Aussagen zu Organspende auflistet. Durch das BDO-Logo ist die Farbe Rot dominant vertreten.
Karte aus dünnem, beschichtetem, glänzendem Papier in Orange und Weiß mit spitzen Ecken mit dem Slogan »Organspende rettet Leben!«	Arbeitskreis Organspende	9x6cm	Die Ja-Option auf dem Ausweis ist mit einem Handlungsmotiv verbunden: Kranken Menschen Hilfe leisten
Karte aus dünnem, beschichtetem Papier in Weiß und Orange mit Schwarz, matt, spitze Ecken, Slogan »Organspende schenkt Leben« auf der Rückseite	Arbeitskreis Organspende	7,5x5cm	Die Ja-Option auf dem Ausweis ist mit einem Handlungsmotiv verbunden: Kranken Menschen Hilfe leisten
»Organspende-Karte« Schweiz, aufklappbare Karte in Rot und Weiß, Querformat, außen beschichtet und glänzend, innen matt mit beschriftbarer Oberfläche	Swiss Transplant	7,5x4,5cm, aufgeklappt: 10x7,5cm	Keine affirmativen Slogans, auf der Innenseite können einzelne Organe und Gewebe angekreuzt werden, auf der Rückseite steht ein Hinweis darauf, auch die Angehörigen über die Entscheidung zu informieren

Beschreibung	Herausgeber*in (abgedruckte Logos auf den Ausweisen)	Format	Besonderheit
Notfallausweis aus dickem Papier, überwiegend weiß mit roten Elementen, spitze Ecken	Die Johanniter	7,5x4,5cm, aufgeklappt: 10x7,5cm	Ausgefüllt gibt der Ausweis vor allem Informationen, die zur Behandlung der ausweisstragenden Person relevant sind (z.B. Medikamente, Allergien, Vorerkrankungen), am Ende gibt es die Option zu Organspende »Ja« oder »Nein« anzukreuzen.
»Ich bin KEIN/E Organspender/in-empfänger/in«, Karte aus beschichteter Pappe in Weinrot und Altrosa mit abgerundeten Ecken.	KAO Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.	7,5x5cm	Mit dieser Karte kann einer Organspende nur Widersprochen werden, auch die Diagnose des IHA kann ausgeschlossen werden. Auch der Erhalt eines Organs wird ausgeschlossen.
»Organspende. Der andere Ausweis«, beschichtetes Papier, überwiegend weiß mit Elementen aus Weinrot, Grün, Orange und Blau, Hochformat, matt	EFiD Evangelische Frauen in Deutschland e.V.	7,5x5cm, aufgeklappt: 16x5cm	Die Innenseite enthält eine große Auswahl an »Ja-Optionen«, die den Zugriff auf den Körper an verschiedene Bedingungen knüpfen (z.B. Vollnarkose).
»Elinluovutuskortti«, Organspendeausweis aus Finnland, beschichtetes Papier, überwiegend in Gelb und Weiß mit blauen und roten Elementen, ausgefüllt von anonymisierter Privatperson, runde Ecken, leicht abgenutzt	Verschiedene finnische Patient*innenverbände (z.B. Munuais- ja Siirtopotilaiden Liitto)	7,5x5cm	Das Ausfüllen des Ausweises bedeutet »Ja« zur Organspende, es gibt keine Möglichkeit, »Nein« zu sagen. Auf einer Seite steht groß das finnische Wort für »Danke«.

Poster-Kampagnen³

Titel/Beschreibung	Herausgeber*innen	Jahr
»Egal, wie ihn tragen, Hauptsache, Sie haben ihn: Den Organspendeausweis!« (5 Motive)	BZgA	2016
»Mein Ausweis – meine Entscheidung!« (4 Motive)	BZgA	2015
»Das trägt man heute: Den Organspendeausweis« (7 Motive)	Bundesministerium für Gesundheit und BZgA	2014
Wartekampagne (3 Motive)	Fürs Leben, für Organspende/DSO	2014
»Organspende – das ist meine Entscheidung« (ein Motiv)	BZgA	2013
ProOrganspende »Du bekommst alles von mir« (4 Motive)	Proorganspende.de/DSO	2010
»Das kannst du auch!« (Superheldenkampagne, 5 Motive)	Deutsches Herzzentrum Berlin	2009
»Becoming a Donor is probably the only chance to get inside her«	Reborn to be alive/Belgian Organ Donor Foundation	Ca. 2008
»C'mon, don't be a jerk« (2 Motive)	Reborn to be alive	o.A.
»Let love live on« (2 Motive)	Give Life	o.A.

3 Motive aus diesen Kampagnen wurden, wenn möglich, in den Interviews zur Diskussion vorgelegt. Die Auswahl der Motive variiert jedoch. Ich selbst habe eine vom DFG-Projekt-Kontext leicht modifizierte Auswahl getroffen und in späteren Interviews auch Kampagnen aus dem Ausland wie »Becoming a Donor« hinzugenommen«. Nicht in allen Interviewsituationen war die Vorlage von Kampagnenmotiven möglich. Wo in Zitaten aus den Interviews explizit Bezug auf Kampagnen-Motive genommen wurde, wurde dies im Text entsprechend kenntlich gemacht.

Ausstellungskataloge

Titel/Einrichtung	Art des Materials
Zeitschrift für Sepulkralkultur, Friedhof und Denkmal, Vita dubia, 4/2016, 61. Jahrgang	Ausstellungskatalog der Ausstellung »scheinTOT Über die Ungewissheit des Todes und die Angst, lebendig begraben zu werden« im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité Es wurde kein eigener Katalog von der Berliner Charité für diese wandernde Ausstellung konzipiert, stattdessen war der in Kassel konzipierte Katalog erhältlich
The Body collected. The raw Materials of medical Science from Cadaver to DNA/Medical Museion, Copenhagen (2016)	Katalog zur Ausstellung »The Body collected«

Archiv-Recherche

Datum	Ort	Material
03.08.2016	Deutsches Hygienemuseum Dresden	Fotografien von Broschüren, Ausweisen und einzelnen Artikeln aus Zeitschriften, handschriftliche Notizen, zusammenfassendes Protokoll.

Relevanteste Zeitungsartikel von 1968–2023 (alphabetische Übersicht)⁴

	Medium	Jahr	Titel	Ausgabe oder Internetlink
1	Ärzteblatt	2003	Autopsie in Deutschland: Derzeitiger Stand, Gründe für den Rückgang der Obduktionszahlen und deren Folgen	Deutsches Ärzteblatt 2003; 100(43): A-2802/B-2336/C-2191.
2	Ärzteblatt	2013	US-amerikanisches Gesundheitswesen: Fast jeder Zweite ist Organspender	https://www.aerzteblatt.de/archiv/147782/US-amerikanisches-Gesundheitswesen-Fast-jeder-Zweite-ist-Organspender
3	Ärzteblatt	2018	Organspende: Wege aus der Krise.	https://www.aerzteblatt.de/archiv/198938/Organspende-Wege-aus-der-Krise
4	Ärzteblatt	2023	Warum die Zahl der Organspenden zurückgegangen ist.	https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143291/Warum-die-Zahl-der-Organspenden-zurueckgegangen-ist
5	Ärzteblatt	2023	Blut spenden ohne Diskriminierung	Dtsch Arztebl 2023; 120(3): A-78/B-67 https://www.aerzteblatt.de/archiv/229319/Gesetzentwurf-Blutspende-ohne-Diskriminierung
6	Ärzte-Zeitung	2018	Kaum Widerspruch zu erwarten. Ein Kommentar von Wolfgang van den Bergh	https://www.aerztezeitung.de/Politik/Kaum-Widerspruch-zu-erwarten-312992.html
7	Ärzte-Zeitung	2018	Chirurgen kritisieren, dass Deutschland Organe importieren muss.	https://www.aerztezeitung.de/Politik/Chirurgen-kritisieren-dass-Deutschland-Organ-importieren-muss-231987.html
8	Ärzte-Zeitung	2018	Jens Spahn ist am Zug. Kommentar von Hauke Gerlof	https://www.aerztezeitung.de/Politik/Jens-Spahn-ist-am-Zug-224916.html
9	DLF	2018	Ein fragwürdiger Vorstoß des Gesundheitsministers	DLF Online, 04.09.2018 (nicht mehr erreichbar)
10	DLF	2020	Körperspende. Vermächtnis für die Wissenschaft	https://www.deutschlandfunk.de/koerperspende-vermaechtnis-fuer-die-wissenschaft-100.html
11	DLF	2020	Spaniens Zahlen sind nicht wegen der Widerspruchsregel höher	https://www.deutschlandfunk.de/organspende-spaniens-zahlen-sind-nicht-wegen-der-100.html

4 Für die Recherche wurde der mediale Diskurs über mehrere Jahre verfolgt u.a. mit Google Alert zu den Stichworten »Organpende« und Organtransplantation«. Die Vielzahl der im Laufe der Jahre gesichteten Artikel kann hier nicht aufgelistet werden, daher erfolgt hier eine Auswahl der relevantesten Artikel. Direkt zitierte Artikel sind zusätzlich und mit detaillierteren Angaben im Literaturverzeichnis aufgelistet.

	Medium	Jahr	Titel	Ausgabe oder Internetlink
12	FAZ	2013	Es war ein katastrophaler Ausbau von Ersatzteilen	https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/organspende-das-war-ein-katastrophaler-ausbau-von-ersatzteilen-12536010.html
13	FAZ	2018	Mein Körper ist kein Ersatzteillager	www.faz.net/-gqe-9dp97
14	Frankfurter Rundschau	2023	Organspende-Tattoo: Ein Zeichen fürs Leben. Frankfurter Rundschau	https://www.fr.de/panorama/leben-organspende-tattoo-ein-zeichen-fuers-92217110.html
15	Geo-Compact	2019	Wenn das Herz eines Toten Leben schenkt	Wie wir sterben und mit dem Tod umgehen, 60/2019 S. 100–107
16	Hamburger Abendblatt	2018	Jens Spahn: Ohne Widerspruch sollte jeder Organspender sein.	https://www.abendblatt.de/politik/article215240311/Jens-Spahn-Ohne-Widerspruch-sollte-jeder-Organspender-sein.html
17	Handelsblatt	2016	Wenn der Tod dem Leben dient	https://www.handelsblatt.com/technik/medizin/koerperspende-fuer-die-wissenschaft-wenn-der-tod-dem-leben-dient/13891610.html?utm_source=google&utm_medium=ads&utm_campaign=paidcontent_search_prospecting&utm_content=jurodo&utm_term=&gad_source=1&gclid=CjwKCAiAkp6tBhB5EiwANTCx1MHASax-Y8slxYetEEWuEf m5B8Sy9lZz4evWrqQddadrew nz31SiRoCAPIQAvD_BwE
18	Heilbronner Stimme	2018	Ohne Titel. Meldung über zu wenige Organspender vom 03.09.2018, S. 09.	Abrufbar über das Archiv Wiso.net (keine Link verfügbar, weil Anmeldung erforderlich).
19	New York Times	2023	My Transplanted Heart and I Will Die Soon	https://www.nytimes.com/2023/04/18/opinion/heart-transplant-donor.html
20	Spiegel	1968	»Herrgott, es schlägt wieder«. Die Herzverpflanzung des Professors Barnard.	https://www.spiegel.de/politik/herrgott-es-schlaegt-wieder-a-5deaabfo-0002-0001-0000-000046135823?context=issue
21	Spiegel	2012	Was sich künftig ändert	https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/organspende-transplantationsgesetz-soll-organmangel-entgegenwirken-a-835914.html

	Medium	Jahr	Titel	Ausgabe oder Internetlink
22	Spiegel	2020	»Die Widerspruchslösung sieht in uns faule Egoisten«	https://www.spiegel.de/gesundheitsdiagnose/organspende-die-widerspruchslösung-sieht-in-uns-faule-egoisten-a-fb92fc03-831a-4db0-9cf2-b833b8e1c1a2
23	Spiegel	2022	Göttinger Organspendeskandal – Ex-Chefarzt verliert Ruhegehalt	https://www.spiegel.de/panorama/justiz/goettinger-organspendeskandal-ex-chefarzt-verliert-ruhegehalt-a-97f639be-c922-468a-860e-1024c9668585
24	Stern	1997	Streit um Organspenden. Ersatzteillager Menschen	1997/5
25	Stern	2015	Tuğçes Organe retten fünf Menschen	https://www.stern.de/panorama/zivilcourage-opfer-tu%C4%9F%C3%A7e-albayrak-organe-der-frau-retteten-fuenf-menschen-5927688.html
26	SZ	2012	Leber im Angebot	https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/transplantations-skandal-an-goettinger-uni-klinik-um-leber-im-angebot-1.1417466
27	SZ	2018	Ein bisschen tot.	SZ, 07./08.Juli 2018, Nr. 154, 36–37
28	SZ	2018	Am Ende der Laufzeit	https://www.sueddeutsche.de/politik/organspende-am-ende-der-laufzeit-1.4114734
29	SZ	2018	Der Leib ist keine Ersatzteillager	https://www.sueddeutsche.de/politik/organspende-kommentar-1.4114750
30	SZ	2018	Klepsch für Widerspruchslösung bei Organspende	https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/gesundheits-dresden-klepsch-fuer-widerspruchslösung-bei-organspende-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-180904-99-817563
31	SZ	2022	Schweiz wechselt Organspendemodell	https://www.sueddeutsche.de/politik/schweiz-referendum-organspende-1.5585242
32	ZEIT	2011	Carine, 43, lässt sich töten	https://www.zeit.de/2011/43/DOS-Euthanasie
33	ZEIT	2014	Herzessache	https://www.zeit.de/zeit-magazin/2014/21/organspende-tod-kind
34	ZEIT	2016	Nein. Neuerdings wollen alle Nein sagen lernen.	Die Zeit/20.10.2016, Nr. 44, S. 61–62

	Medium	Jahr	Titel	Ausgabe oder Internetlink
35	ZEIT	2018	Jens Spahn für Widerspruchslösung bei Organspende	https://www.zeit.de/politik/deutschland/2018-09/jens-spahn-gesundheitsminister-organspende-transplantation
36	WELT	2018	Wie einfach sich Menschenleben retten lassen!	https://www.welt.de/wirtschaft/article181406020/Organspende-Jens-Spahn-liegt-mit-der-Widerspruchsregel-richtig.html
37	WELT	2018	Woran Spahns Organspende-Revolution noch scheitern kann.	https://www.welt.de/wirtschaft/article181410776/Organspende-Was-die-Widerspruchsloesungsgefahren-koennte.html
38	WDR	2023	Blutspenden und sexuelle Orientierung	https://www1.wdr.de/nachrichten/blutspende-homosexuelle-diskriminierung-bundesaerztekammer-100.html
39	ZEIT	2018	»Ich empfinde Ehrfurcht«	Die Zeit/30. Mai 2018/Nr.23/S. 65
40	ZEIT	2018	Diskriminierung oder Schutz? Warum es für queere Männer noch immer schwierig ist, Blut zu spenden	https://www.zeit.de/zett/queeres-leben/2018-06/diskriminierung-oder-schutz-warum-es-fuer-queere-maenner-noch-immer-schwierig-ist-blut-zu-spenden
41	ZEIT	2018	»Ich bin froh, dass ich stark genug war für dieses Leben«, Interview mit Tina Turner	Die Zeit/11. Oktober 2018/Nr. 42 S. 15–17
42	ZEIT	2018	Nicht für alle die beste Wahl	Die Zeit/06. Dezember 2018/Nr. 51/S. 42
43	ZEIT	2018	Schwere Entscheidung	Die Zeit/06. Dezember 2018/Nr. 51/S. 51
44	ZEIT	2018	Jens Spahn für Widerspruchslösung bei Organspende	https://www.zeit.de/politik/deutschland/2018-09/jens-spahn-gesundheitsminister-organspende-transplantation
45	ZEIT	2019	Kuhla-Freitag, Karoline: Der Wert einer Unterschrift. Wie ein findiger Künstler auf elegante Art seine Zahnarztrechnung beglich	Die Zeit/11. April 2019/Nr. 16
46	ZEIT	2019	Der Stoff, aus dem Helden sind.	Die Zeit/25. April 2019/Nr. 18/S. 32–33
47	ZEIT	2019	Ein Herz für uns.	Die Zeit/13. Juni 2019/Nr. 25/S. 27–28
48	ZEIT	2023	Auf jedes Leben kommt es an – oder etwa nicht?	https://www.zeit.de/2023/21/organspende-gesundheitspolitik-organentnahme-verfassung

Stellungnahmen/Kirchen

Einrichtung	Jahr	Kurzbeschreibung
Leben und Sterben im Herrn. Handreichung zur Organspende und Organtransplantation der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern	2014	DIN A 5 Broschüre (TDO, München) 2mal
Die Deutschen Bischöfe Glaubenskommission Nr. 41 Hirntod und Organspende	2015	DIN A 5 Broschüre (TDO, München)
ZMD Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V. Organ und Gewebespende aus islamischer Sicht Von M.Z.S. Halabi	k.A., gefunden 2016	DIN A 5 Broschüre (TDO, München)

Informationsbroschüren

Titel/Jahr	Herausgeber	Kurzbeschreibung
Zu Organspende/Organspendeausweis		
ON, Uni Bayern Ausgabe (03/2017)	AOK Gesundheitskasse	Info-Broschüre für Versicherungsnehmer*innen, wurde mir privat übergeben, Organspendeausweis »zum Herausziehen« ist Teil des Heftes, Name des Versicherten und Hinweis auf Organspende sind auf die Titelseite gedruckt bzw. in diese integriert
Der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod). Antworten auf häufige Fragen (2017)	BZgA	DIN A4 Heft, ohne OSA
Geschichte der Transplantation. Amüsantes und Lehrreiches. (02/2016)	Novartis Pharmaceuticals	»Historische« Einbettung der TX, eine Geschichte, die weitgehend ohne SpenderInnen erzählt wird, kein OSA
Antworten auf wichtige Fragen. Organ und Gewebespende (kein Datum, vermutlich 2016)	BZgA	Heft in DIN A6, OSA zum Heraus-trennen hinten in ID-1

Titel/Jahr	Herausgeber	Kurzbeschreibung
366 Tage Leben. Organspende – Es ist Ihre Entscheidung. Tageskalender 2016 (2015)	BZgA	Tischkalender
»Organspende macht Schule«. Hintergründe, Methoden, Film und Arbeitsmaterialien für den Unterricht zum Thema Organ- und Gewebespende, Eine Kooperation der BZgA und der TK (2013)	BZgA	Broschüre und DVD
Gesundheit konkret, mit 12 Seiten Organspende Spezial (2/2013)	Barmer	Bunte A4-Broschüre, vier Ausweis zum Heraustrennen
Geschichten vom Leben und Leben geben (2011)	Organpaten, BZgA	DIN A5 Heft mit Bildern und Lebensgeschichten Transplantiierter Patient*innen, zwei Organspendeausweise zum Heraustrennen in ID-1-Format
Veranstaltungstipps. Kleiner Leitfaden für die Durchführung von Informationsveranstaltungen (2003)	BZgA	A5-Heft mit Hinweisen zur Durchführung von Informationsveranstaltungen zu Organspende
Antworten auf wichtige Fragen (2002)	BZgA	Ca. A5, Broschüre mit Fragen und Antworten, heraustrennbarer Ausweis hinten
Wie ein zweites Leben (2002)	BZgA	A4 Broschüre über Meilensteine der Transplantation und persönliche Geschichten von Betroffenen, rechtliche Einbettung etc.
Ihr persönlicher Organspendeausweis (2002)	BZgA	DIN A5-Faltblatt mit heraustrennbarem Ausweis
Eine Entscheidungshilfe zum Thema Organspende. Daten, Fakten und Antworten auf die wichtigsten Fragen (1997)	BZgA	A4 Broschüre mit Informationen zu Organspende, Hirntod, Organmangel etc.
Zu alt für Organspende?	Lebertransplantierte Deutschland e.V.	Faltblatt mit heraustrennbarem OSA in ID-1 Format
Aufklärung zur Organ- und Gewebespende. Leitfaden für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (ohne Datum)	BZgA, Organpaten	DIN A5 Heft, ohne OSA
Gewebespende. Eine Einführung für Ärztinnen und Ärzte (Ohne Datum)	BZgA, Organpaten	DIN A5 Heft, ohne OSA -> Hinweis auf die Möglichkeit OSA zu bestellen auf Seite 1, Information zum Zusammenhang von Organ- und Gewebespende

Titel/Jahr	Herausgeber	Kurzbeschreibung
Organspende? – Entscheiden Sie sich (ohne Datum)	Freistaat Thüringen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie	Faltblatt mit OSA zum Heraustrennen im Format des alten Personal- ausweises
Organtransplantation in China		
Matas, David/Kilgour, David (2007): Blutige Ernte. Untersuchungsbericht zu den Anschuldigungen der Organentnahmen an Falun Gong-Praktizierenden in China (revidierte und erweiterte Fassung)	Herausgeber der deutschen Ausgabe und Übersetzung CIPFG (als Herausgeber auf Innenseite angegeben), vermutlich: Coalition to Investigate the Persecution of Falun Gong	DIN A5 Heft, Auslage eines Informationsstands auf DTG Jahreskonferenz, soll auch online verfügbar sein unter: organharvestinvestigation.net/
Update on Medical Genocide. China continues transplant abuse despite claims of reform	China organ harvest research center	DIN A4 Heft, erhalten während ESOT-Kongress in Kopenhagen 2019.
Staatlich organisierter Organraub an lebenden Falun-Gong-Praktizierenden und was es mit uns zu tun hat	V.i.S.d.P. Deutscher Falun Dafa Verin e.V.	Faltblatt zu Organraub in China, enthält u.a. Info über Falun-Gong und Aufforderung eine Petition zu unterschreiben, verweist ebenfalls auf organharvestinvestigation.net und andere Seiten, erhalten bei DTG Jahreskongress
Organkriminalität beenden, gemeinsam für Ethik und Transparenz in der Transplantationsmedizin.	Transplantation und Menschenrechte/ Schweiz	Faltblatt zu Organkriminalität in China, DTG
Providing leadership in Ending Forced Organ Harvesting. Doctors against forced Organ Harvesting. Nominated for the Nobel Peace Price.	www.dafoh.org Harvesting. Doctors against forced Organ Harvesting	Faltblatt über Organkriminalität in China. DTG
Paul, N. (2017) et al.: Human right violations in organ procurement practice in China	BMC Medical ethics	Ausgedruckter Artikel auf DIN 4, DTG
Organentnahmen in China. Entschließung des Europäischen Parlaments vom 12. Dezember 2013 zu Organentnahmen in China	Parlamentum Europaeum	Ausdruck auf DIN A4-Papier, DTG
Brief of the China Tribunal's Judgment	Chinatribunal	Flugblatt, Ausdruck auf DIN A4

Übersicht der gesichteten Ausgaben von Zeitschriften von Patientenverbänden

Zeitschrift	Ausgabe
Transplantation aktuell. Zeitschrift des Bundesverbands der Organtransplantierten e.V.	2/2017 1/2017 4/2016 3/2016 2/2016 1/2012 4/2011 3/2011 2/2011 1/2011 4/2010 3/2010 2/2010 1/2010 4/2009 3/2009 2/2009 1/2009
Info. Mitglieder-Magazin der Nieren Selbsthilfe Hamburg e.V.	Nr. 170, Dezember 2015
DGFG erLeben. Bewegt, verbindet, transparent, Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation e.V.	Newsletter 2/2017
Leberfleck, Magazin des Vereins Leberkrankes Kind e.V.	Heft 12, April 2017
Lebenslinien, Lebertransplantierte Deutschland e.V.	1/2017 2/2016 1/2015
Diatra. Nephrologie, Transplantation, Diabetologie	3/2017 2/2017

Wichtigste Online-Diskussionen⁵

Kurze Beschreibung	Medium
Beitrag von ZDF Heute zum Thema »Organmangel in Deutschland« von 218 + 180 Kommentare	Facebook
Der Fall M.: In einem Austauschforum von Organspendegegnern*innen eskaliert 2018 ein Streit zwischen dem Lebensgefährten einer Spender*in und deren Angehörigen, da Uneinigkeit über die Rechtmäßigkeit der getätigten Freigabe herrscht. Archiviert wurden hieraus 12 Beiträge.	*Medium anonymisiert
Beitrag von ZDF heute »Blutspenden in Deutschland« von 2019 + 90 Kommentare	Facebook
Diskussion über Beiträge von Spender*innenfamilien in einem Diskussionsforum für wartende und transplantierte Patient*innen im Jahr 2020 (2 Beiträge + je 180 und 76 Kommentare)	*Medium anonymisiert
Diskussion über einen Beitrag in einem englischsprachigen Austauschforum für transplantierte und wartende Patient*innen. Eine Teilnehmerin fragt, ob auch andere Eigenschaften und Erinnerungen von ihren Organspender*innen übernommen hätten, da sie selbst seit ihrer Transplantation kein Gemüse mehr möge. (Beitrag + 269 Kommentare)	*Medium anonymisiert
Jens Spahn, Vorstoß zur Widerspruchslösung 2018 Zeit Online-Artikel + (1005) Kommentare der ersten 24 Stunden nach Veröffentlichung	DIE Zeit (Online) + Kommentarspalte
Diskussion zur Ablehnung des Gesetzesvorschlags zur Widerspruchslösung 2020 in einem Diskussionsforum für transplantierte und wartende Patient*innen, ein Post + 68 Kommentare	*Medium anonymisiert
Beitrag Transdia Sport und einer Twitter-Nutzerin: Bäcker verteilt Kaffee umsonst Vorzeigen eines ausgefüllten Organspendeausweises (2020)	Twitter und Facebook
Tweet »Ich darf zu Lebzeiten kein Blut spenden, um Menschenleben zu retten« + 3 Kommentare	Twitter
#OrganspendeausweisChallenge (2020): Die Politikerin Karoline Preisler postet aus Quarantäne ein Bild ihres Organspendeausweises und startet eine Challenge Tweet + 24 Antworten	Twitter
Korrekturmeldung der Berliner Polizei über den Tod einer Radfahrerin 2022 + 18 Kommentare	Twitter

5 Im Verlauf der Recherche habe ich immer wieder auch Diskussionen zu Organspende und verwandten Themen in verschiedenen Medien und Diskussionsforen verfolgt (insbesondere mit Blick auf Konfliktfälle). Die wichtigsten habe ich in Form von Screenshots archiviert und hier aufgelistet. Aus den Beiträgen wurden insbesondere typische Konflikt- und Argumentationslinien herausgearbeitet, um den Blick auf das Feld zu schärfen. Foren, die von Teilnehmer*innen offenkundig als geschützter Raum verstanden werden (obgleich sie öffentlich zugänglich sind) werden hier nicht weiter expliziert um die Privatsphäre der Nutzer*innen zu schützen.

Videomaterial (analog)

Titel	Datum/Jahr	Art des Materials
Jein Gilt nicht #entscheidenzählt. Der Organspendeausweis Produktion: BZgA	2016	DVD
Organspende – Engagement und Profession, Produktion: BZgA	2014	DVD
Skalpelli bitte. Die Nierentransplantation Produktion: SWR Fernsehen	2014	DVD
Organspende macht Schule – Informationsfilm für Jugendliche	2013	DVD

Leitfaden Interviews⁶

Einleitung

- Einverständnis, Demografie etc.
- Aufzeichnung, Freiwilligkeit, Anonym, Möglichkeit zu beenden
- Erklärung zum Interviewablauf: »Für uns sind alle Ihre Erfahrungen sehr wichtig – die positiven wie auch negativen! Wir interessieren uns für Deine ganz persönliche Geschichte. Ziel dieses Interviews ist es, dass Du uns möglichst viel aus Ihrer eigenen Sichtweise erzählst. Während Du erzählst, werde ich möglichst wenig unterbrechen und Fragen erst am Ende Ihrer Erzählung stellen.«

A Einstiegserzählung

- Möglichst genau, wie Du zu dem Thema OS gekommen bist/erster Kontakt mit dem Thema

B Nachfragen

Bundestagsdebatte

Debatte im Bundestag:

- Haben Sie die aktuellen Debatten verfolgt?
- Hätten sie für die WL gestimmt?
- Warum, warum nicht?

Organspendeausweise

- Verschiedene Ausweise

Wirkung und moralische Appelle von Kampagnen

verschiedene Kampagnen zum Thema Organspende, bitte in Ruhe ansehen. (jeweils zu der Kampagne)

- erste Assoziation? was denken Sie, wenn Sie diese Kampagnen sehen?
- Wie wirkt das Bild ? Passen Bild und Text zusammen?
- Wie geht es Ihnen, wenn Sie diese Kampagnen sehen?

6 Hierbei handelt es sich um den Leitfaden für die Interviews mit potenziellen Spender*innen. Dieser hat sich an dem Interviewleitfaden des DFG-Projektes orientiert, die Fragen für die Zwecke des Dissertationsprojektes jedoch entsprechend modifiziert. Der Leitfaden diente als grobe Orientierung, wurde in den Interviews jedoch an die Gesprächsführung der jeweiligen Interviewpartner*innen angepasst. Insbesondere im Gespräch mit Menschen, die selbst beruflich mit dem Transplantationssystem zu tun haben, kamen oft andere bzw. zusätzliche Fragen und Themen auf, die sich auf deren spezielle Berufserfahrung und ihren Blick auf das Transplantationssystem bezogen.

- Zu welchem Zweck sind Ihrer Ansicht nach die Kampagnen entstanden? Wird der Zweck der Kampagnen Ihrer Meinung nach erreicht?

Krankenkassen

- Wurden Sie von Ihrer Krankenkasse mit Informationsmaterial zur Organspende angesprochen?
- Wie bewerten Sie dieses Vorgehen?

Möglichkeiten der Kritik

Stellen Sie sich vor, ein Freund oder eine Freundin kommt zu Ihnen und erzählt, dass sie sich überlegt, ob es gut wäre, einen Organspendeausweis auszufüllen. Sie ist sich aber unsicher.

- Was würden Sie der Person empfehlen?
- Was spricht für, was spricht gegen einen Ausweis?
- Woher könnte eine solche Unsicherheit kommen?
- Wie sollte man mit einer solchen Unsicherheit umgehen?
- Welche Rolle spielen Ihrer Meinung nach Gefühle bei der Abwägung?
- Wie ist das bei Ihnen? Haben Sie selbst einen Ausweis? Warum (nicht)?

Imaginationen

- Wie ist für Sie die Vorstellung, jemand würde nach Ihrem Tod eines Ihrer Organe bekommen?
- Wie stellen Sie sich das vor? Welche Bilder gehen Ihnen dabei durch den Kopf?
(*Dimension Körperlichkeit*)
- Wie fühlen Sie sich bei dieser Vorstellung? Wie nehmen Sie dabei Ihren Körper wahr?
(*Dimension Leiblichkeit*)
- 2. Würden Sie selbst ein Organ annehmen wollen?

Kritik und Skandale

Wir haben heute viel über das Thema Organtransplantation gesprochen. Würden Sie das, was Sie hier zum Ausdruck gebracht haben (also vielleicht auch Kritik), überall (in der Familie, im Beruf, auf öffentlichen Veranstaltungen) äußern? Warum (nicht)?

In den letzten zwei Jahren wurde in der Presse über Unregelmäßigkeiten in der Transplantationsmedizin berichtet, die sog. »Skandale«.

- Haben Sie die Berichterstattung verfolgt?
- Wie haben Sie diese Berichterstattung empfunden?
- Beeinflussen diese Berichte Ihre Haltung gegenüber der Organtransplantation und Ihrer Entscheidung, ob Sie einen Spendeausweis ausfüllen?

Abschluss

Wie war das Interview für Sie? Gibt es etwas, dass Ihnen wichtig erscheint, dass wir aber bisher noch nicht angesprochen haben?

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Teilnahme am Interview! Sie haben uns viele wertvolle Anregungen gegeben.

Ausblick geben: Weiterer Verlauf der Studie, Publikation der Ergebnisse.

Demografiebogen (Interviews)⁷

- 1 Geschlecht
- 2 Wie alt sind Sie?
- 3 Welchen Familienstand haben Sie?
- 4 Haben Sie Kinder?
 - a. Wenn ja: wie viele Kinder haben Sie?
 - b. Wie alt sind Ihre Kinder?
- 5 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
- 6 Welche beruflichen Ausbildungsabschlüsse (auch Fachhochschule und Universität) haben Sie?
- 7 Sind Sie erwerbstätig? Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?
- 8 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?
- 9 Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?
Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.
 Anzahl der Personen:
 Davon Kinder:
- 10 Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt (ca.)?
 _____ Euro
- 11 Sind sie gesetzlich oder privat krankenversichert?
- 12 Haben Sie eine Religionszugehörigkeit? Wenn ja: welche?
- 13 Würden Sie sich selbst als religiösen Menschen bezeichnen?
(Bitte wenden)
- 14 Beruf der Mutter:
 Beruf des Vaters:
- 15 Bildungsabschluss der Mutter:
 Bildungsabschluss des Vaters:
- 16 Haben Sie selbst einen Organspendeausweis?

7 Der Demografiebogen wurde aus dem DFG-Projekt übernommen und (wenn möglich) im Anschluss an das Interview ausgefüllt. Für die oben stehende Übersicht im Anhang wurden die erhobenen Daten auf die für die Studie relevantesten reduziert.

