

2. Einführung

Die einleitende Geschichte über die erste Herztransplantation hat mehrere Faktoren aufgezeigt, die für eine historische Untersuchung der Organspende in der Schweiz zentral sind. Die Geschichte der Organspende, so wurde zunächst klar, ist zugleich auch eine Geschichte des Körpers sowie eine Geschichte der gesellschaftlichen Bedeutung und Bewertung der Medizin in der Spätmoderne. Ferner deutete sich das Dilemma von medizinischer Effizienzsteigerung und Vertrauensbildung an. Auf diese Aspekte werde ich in diesem Buch ein besonderes Augenmerk richten.

Darüber hinaus hat die Analyse des Medienereignisses um das gestohlene Herz deutlich gemacht, dass die Organspende nicht etwas Selbstverständliches war. Die Organspende mag heute für manche etwas durchaus Gewohntes oder Einleuchtendes darstellen. Aus historischer Perspektive zeigt sich, dass die Organspende äußerst voraussetzungsreich war: Sie beruhte auf medizinischem Wissen und medizinischer Technik, auf einer differenzierten sozialen Organisation und Koordination, aber auch auf rechtlichen Rahmenbedingungen sowie auf einer allgemeinen kulturellen Akzeptanz. Alle diese Faktoren sollen in diesem Buch Berücksichtigung finden, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Folgende Fragen stehen im Vordergrund: Wie wurde die Organspende in der Schweiz praktiziert und organisiert? Wie wurde sie gedeutet, legitimiert oder kritisiert? Welche Formen der Organspende galten als akzeptabel und legitim, welche nicht? Und wie wurde sie rechtlich geregelt?

Die Organspende, das veranschaulichen die geschilderten Reaktionen auf die heimliche Herzentnahme von 1969, bedeutete eine Herausforderung für elementare kulturelle Vorstellungen: Neben der Frage nach der Bedeutung des Körpers und dem Sinn der Medizin stellte sie auch die Frage nach menschlicher Identität, nach der Grenze von Leben und Tod und nach gesellschaftlicher Solidarität in einer neuen Weise.¹ Man könnte, wie der Techniksoziologe Günter Feuerstein vorschlug, die Organtransplantation als Experiment bezeichnen, das nicht im Labor, sondern in und mit der Gesellschaft durchgeführt wurde.²

Der Historiker Armin Heinen weist in seinem geschichtlichen Abriss über die »dienstbare Leiche« darauf hin, dass der legitime Umgang mit Leichen

historisch kontingent sei und immer neu ausgehandelt werden müsse. Wie die Dienstbarmachung des toten Körpers bewertet werde, hänge vom konkreten kulturellen Sinnzusammenhang ab, den es zu entschlüsseln gelte. Die Regeln seien oft sehr unterschiedlich, interpretationsbedürftig und ambivalent. Die Verwertung eines Leichnams sei keinesfalls ausgeschlossen, könne sogar erwünscht sein, bedürfe aber einer Rechtfertigung. Die Organspende Toter, so Heinen, setze eine kulturelle Re-Interpretation des angemessenen Umgangs mit den Leichen voraus, da sie soziale Normen in vielfältiger Weise überschreite.³

Die Transformation eines menschlichen Körpers bzw. seiner Teile in medizinische Ressourcen musste erarbeitet werden – und zwar nicht nur praktisch, institutionell und organisatorisch, sondern auch kulturell und semantisch. Von den Versuchen dieser Erarbeitung, von ihrem Erfolg und ihrem Scheitern, handelt diese Geschichte der Organspende. In ihrem Zentrum steht das Organ – als Schnittstelle zwischen realen medizinischen, sozialen und wirtschaftlichen Praktiken sowie Diskursen, Metaphern und Fantasien. Seine Bedeutung ist kontingent und überdeterminiert: Für verschiedene gesellschaftliche Akteure bedeutete ein Organ in verschiedenen Situationen etwas Unterschiedliches. Deshalb, und auch das zeigt die einleitende Geschichte eindrücklich, waren die Bewertung der Organe und damit auch der Umgang mit ihnen kulturell umkämpft. Diese kulturellen Aushandlungsprozesse und Deutungskämpfe werde ich in diesem Buch untersuchen.

Organtransplantation – eine Erfolgsgeschichte?

Die Organtransplantation ist eine junge medizinische Disziplin. Das Konzept, durch den Ersatz eines inneren Körperorgans Menschen gesund zu machen, wurde von der medizinischen Wissenschaft erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts entwickelt. Das Organersatzkonzept war ab 1900 mehrheitlich anerkannt. Seine praktische Umsetzung scheiterte in der ersten experimentellen Phase der Organtransplantation zwischen 1880 bis 1930 jedoch an der Organabstoßung durch das Immunsystem des Empfängers.⁴ Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Transplantations-Versuche wieder aufgenommen. Als ideales Organ erwies sich dabei die Niere: Sie lässt sich gut an den sie versorgenden Gefäßen annähen. Zudem sind Nierenkranke oft junge und ansonsten gesunde Patienten. Vor allem aber erlaubt die Niere, da sie doppelt vorhanden ist, eine Lebendspende.

Die erste als erfolgreich angesehene Organtransplantation erfolgte 1954 in Boston: Eine Nierenverpflanzung zwischen eineiigen Zwillingen, bei denen keine Abstoßungsreaktion auftritt. Der Empfänger lebte acht Jahre, bis er einen Herzinfarkt erlitt. Der Chirurg Joseph E. Murray erhielt dafür später den Nobelpreis. Das Problem der immunologischen Abstoßung war damit

aber nicht gelöst. Erste Erfolge brachten jedoch wenig später die Bestrahlung mit Röntgenstrahlen und vor allem der Einsatz starker Medikamente, wobei speziell Kortison und Azathioprin günstige Resultate zeitigten. 1962 gelang wiederum in Boston die erste Nierentransplantation eines nichtverwandten Spenders. Ab den 1970er Jahren wurde versucht, die Ergebnisse durch die Zuordnung von Spender und Empfänger gemäß der immunologischen Gewebeverträglichkeit zu verbessern.⁵

In der Schweiz begann die Ära der Transplantation 1964 mit den ersten Nierentransplantationen in Bern und Zürich. Die Empfänger überlebten nicht länger als ein paar Tage oder Wochen.⁶ Eine Ausweitung erfuhr die Transplantationsmedizin erst in den 1980er Jahren, als sich die Resultate dank neuer immununterdrückender Medikamente gegen die Organabstoßung verbesserten. Wurden in der Schweiz bis 1982 nur Nieren verpflanzt, so wurden zehn Jahre später auch Lebern, Bauchspeicheldrüsen, Herzen und Lungen übertragen.⁷ Die Überlebensrate der transplantierten Nieren nach einem Jahr stieg bis in die 1990er Jahre auf etwa 80 Prozent. Fünf Jahre nach der Transplantation lag sie nur wenige Prozentpunkte tiefer. Bei Herz und Leber war die Überlebensrate in den späten 1990er Jahren etwas geringer: Fünf Jahre nach der Transplantation lag sie zwischen 60 und 75 Prozent. Bei der Lunge betrug sie rund 50 Prozent.⁸ Die Organtransplantation legte ihren experimentellen Status ab und etablierte sich als Routinebehandlung. Auch die quantitative Bedeutung nahm zu: 1970 fanden in der Schweiz 55, 1980 bereits 160 und 1994 dann 381 Organtransplantationen statt.⁹ Der Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) schwärmte 1990 vom »Siegessäuge der Transplantationschirurgie«: Durch eine »ungeahnte Entwicklung« sei »unmöglich Scheinendes« nun »möglich gemacht worden«. In der Medizingeschichte sei eine neue Phase angebrochen, nämlich die »Phase des Ersatzteils«, mit der endlich funktionsuntüchtig gewordene Organe ausgetauscht werden könnten.¹⁰

Mit der Transplantationsmedizin waren große Erwartungen verbunden. Sie verfügte über ein therapeutisches Potential, das über herkömmliche medizinische Therapieformen hinausging: Sie heilt, indem sie kranke, absterbende Teile des Körpers durch neue, gesunde ersetzt. Der Körper wird dadurch veränder- und erneuerbar. Damit repräsentiert die Transplantationsmedizin wie kaum ein anderes Verfahren das große Versprechen der modernen Medizin, das körperliche Leben zu regenerieren und zu verlängern. Zusammen mit anderen biomedizinischen Techniken wie Gen- oder Reproduktionstechnologien nährt sie die phantastische Hoffnung einer technischen Beherrschbarkeit des Lebens und damit einer Überwindung der Sterblichkeit.¹¹

Die Organtransplantation als Erfolgsgeschichte? Bereits die einleitenden Ausführungen zur ersten Herztransplantation in Zürich zeichnen ein widersprüchlicheres Bild: Neben die Bewunderung für die medizinische Sensation schoben sich Zweifel und Kritik – vor allem im Zusammenhang mit der

Organspende. Auch der FMH-Präsident wies 1990 auf die Gefährdung des von ihm euphorisch gepriesenen Fortschritts hin. Das Problem verortet er wiederum bei der Beschaffung der Organe: Der Bedarf an transplantationsfähigen Organen sei derart angestiegen, dass »der Organmangel heute zum primären Problem avanciert ist«. ¹² Der Transplantationsmedizin fehlten die notwendigen Ressourcen, um ihren Siegeszug fortzuführen.

Es sind diese Ressourcen, mit denen sich die Organtransplantation von anderen medizinischen Therapieformen unterscheidet. Um zu heilen, ist die Transplantationsmedizin auf lebendige menschliche Körperteile angewiesen. Oder wie ein Schweizer Transplantationschirurg lakonisch feststellte: »Ein gesundes, normal funktionierendes Organ ist das Beste, das man haben kann«. ¹³ Im Zuge der Etablierung und Expansion der Transplantationsmedizin entwickelte sich das Organ zu einer raren und wertvollen Bio-Ressource. ¹⁴ »Chirurgen brauchen Nieren«, titelte die *Basler Zeitung* 1985. ¹⁵ Und ein Basler Arzt sprach 1989 von einem »Kampf um Spender«. ¹⁶

Um 1970, also kurz nachdem die Organspende 1969 erstmals öffentlich problematisiert wurde, zeigten sich die Schweizer Ärzte zuversichtlich, dass die Organspende durch Aufklärung und Erziehung der Bevölkerung bald etwas Selbstverständliches sein werde. Mitte der 1980er Jahre bekräftigten sie das Ziel, allen, die dieser Behandlung bedürfen, eine Organtransplantation zu ermöglichen, und lancierten eine Werbekampagne für die Organspende. Zehn Jahre später war der Optimismus jedoch Ernüchterung gewichen. Die 1990er Jahre wurden in der Innen- und Außenansicht häufig als Krisenzeit der Transplantationsmedizin wahrgenommen, als Bruch in einer expansiven Fortschrittsgeschichte. Die Spenderzahlen sanken, das Image war angeschlagen: »Es fehlen Organe und Akzeptanz«, fasste der *Tages-Anzeiger* die Situation 1998 zusammen. ¹⁷ Was war passiert? Wieso blieben die Bemühungen der Transplantationsmedizin um Organe hinter den Erwartungen zurück? Und weshalb war die Transplantationsmedizin vermehrt nicht nur mit Faszination und Hoffnung, sondern auch mit Ängsten und Unbehagen verbunden? Und was sagt uns das alles über die kulturelle Bedeutung von Biomedizin in der Spätmoderne?

Diese Fragen haben mein Forschungsinteresse angeleitet und bilden den Hintergrund für diese Geschichte der Organspende.

Grundlagen der Organspende

Die Verwendung des Begriffs »Organspende« in den Quellen ist mehrdeutig: Einerseits bezeichnet die Organspende den Akt, die eigenen Organe für Transplantationen zur Verfügung zu stellen, andererseits – allgemeiner – den gesamten Prozess der Beschaffung von Organen für Transplantationen. ¹⁸ Diese Geschichte der Organspende umfasst beide Dimensionen des Begriffes, die

eng miteinander verknüpft sind: Es ist sowohl eine Geschichte darüber, wie menschliche Körperteile in transplantationsfähige Organe verwandelt wurden, als auch eine Geschichte über die Bereitschaft, diese Verwandlung zuzulassen.

Die Frage, wie die notwendigen Organe beschafft werden können, hat die Transplantationsmedizin von Anfang an beschäftigt.¹⁹ Es gab – und gibt – grundsätzlich zwei Varianten: Das Organ wird entweder einem lebenden oder einem toten Menschen herausoperiert. Die sogenannte Lebendspende kommt nur bei der Niere – und in der Schweiz erst seit 1999 auch bei der Leber – in Frage.²⁰ Sie dominierte in der Frühzeit der Organtransplantation, wurde dann aber bald von der sogenannten postmortalen Spende als Standardverfahren abgelöst. Erst im Laufe der 1990er Jahre nahmen in der Schweiz die Lebendspenden wieder zu – als Reaktion auf die stagnierenden oder gar abnehmenden postmortalen Spenden.²¹

Die Organentnahme bei toten Spendern steht in diesem Buch im Vordergrund. Es ist deshalb unerlässlich, auf die Grundlagen dieses Verfahrens einzugehen. Sie bestehen zunächst in einem Paradoxon: Der Spender muss zwar tot sein, um seinen Körper öffnen und dessen Teile entnehmen zu können. Dieser Körper und seine Teile müssen aber zwingend noch lebendig und funktionstüchtig sein. Nach dem Zusammenbruch des Herz-Lungen-Kreislaufs verlieren die Organe sehr schnell ihre Funktionstüchtigkeit. Deshalb wurde die Entnahme bei herztoten Spendern in der Frühphase der Transplantation bald aufgegeben, nachdem es neue intensivmedizinische Techniken erlaubten, die Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Organe mittels maschineller, künstlicher Beatmung auch nach dem Zusammenbruch der Hirnfunktionen aufrechtzuerhalten.²² Als Spender dienten fortan hirntote, künstlich beatmete Spender: Als menschliches Individuum waren sie tot, ihr Körper lebte aber weiter. Als Voraussetzung für diese Entnahmepraxis musste eine neue Grenzziehung zwischen Leben und Tod etabliert werden, die allein an der Funktionsfähigkeit des Gehirns orientiert ist. Ausgangspunkt dieses neuen Todesverständnisses bildete die Hirntod-Definition, die 1968 vom Ad-hoc-Komitee der Harvard Medical School festgeschrieben wurde.²³

Die postmortale Organspende ist und war ein aufwendiger, komplexer und kommunikationsintensiver Prozess. Von der Identifizierung eines potentiellen Organspenders auf der Intensivstation bis zur Ankunft des Organs beim Empfänger konnten mehrere Tage vergehen. Das Zentrum, den Kern dieses Prozesses bildete die Hirntod-Diagnose. Sie markiert den Moment, an dem sich ein schwerkranker Mensch gleichsam in ein Körper-Reservoir an Organ-Ressourcen verwandelt. An diesem Umschlagpunkt verdichtet sich die diesem Prozess inhärente Spannung, wenn unvereinbare Perspektiven auf den Spenderkörper unvermittelt aufeinanderprallen. Darüber hinaus konkretisiert sich im Augenblick dieser Diagnose die Macht der Medizin über Leben und Tod in ungewohnter Deutlichkeit. Die Organtransplantation führt die Medizin an

ihre Grenzen: Um Körper wiederherstellen zu können, muss sie andere Körper verstümmeln; um das Leben einiger zu verlängern, ist sie auf den Tod anderer angewiesen. Wie sind die Medizin und die Gesellschaft, in der sie praktiziert wird, mit diesen Spannungen und Widersprüchen umgegangen? Auch dieser Frage will ich in diesem Buch nachgehen.

Theoretische Überlegungen: Kulturgeschichte und Diskursanalyse

Diese Studie ist keine technik- oder wissenschaftsgeschichtliche Untersuchung im engeren Sinne. Mich interessiert weniger die Entwicklung des medizinischen Verfahrens der Organspende, als der kulturelle Umgang mit diesem Verfahren, die Frage, wie es angewandt, organisiert und institutionalisiert, wie es symbolisiert, gedeutet und gesetzlich geregelt wurde. Es handelt sich also um eine Kulturgeschichte der Organspende, wobei Kultur hier verstanden wird als Gesamtheit aller Systeme, Formen und Praktiken, mit denen sich Handelnde ihre Wirklichkeit als bedeutungsvolle erschaffen. Die kulturelle Sinnproduktion – und damit alles Denken, Sprechen und Handeln – ist letztlich immer sprachlich strukturiert: Kultur ist ein System von Zeichen und Codes, eine symbolische Ordnung.²⁴ Mit diesem Kulturbegriff verbunden ist die Vorstellung des Konstruktionscharakters sozialer Wirklichkeit. Ich gehe – mit den Theorien im Rahmen des sogenannten *linguistic turn* – davon aus, dass es keine soziale Wirklichkeit gibt, die jenseits von Zeichensystemen wahrgenommen werden kann. Oder anders gesagt: Es gibt kein Sinnhaftes außerhalb der Sprache. Sprache bildet nicht einfach die äußere soziale Welt und ihre Dinge ab, sondern bringt sie erst hervor und konstituiert sie in sinnhafter Weise.²⁵ Hinsichtlich meines Untersuchungsgegenstandes bedeutet das: Der Prozess der Organbeschaffung, der Akt der Organspende und die entnommenen Organe waren nie einfach gegeben. Was sie sind, ihre Bedeutung, ihr Sinn, wurde diskursiv erzeugt. Die Praxis der Organspende, das Handeln der unterschiedlichen medizinischen und nicht-medizinischen Akteure, war dadurch bestimmt, wie ihre Bedeutung, ihr Sinn in den Diskursen, an denen diese Akteure partizipieren, konstruiert wurde. Bei der Akzeptanz der Organspende und bei der Bereitschaft oder der Weigerung, die Organe für Transplantation zur Verfügung zu stellen, handelt es sich also um diskursive Effekte.

Diese Untersuchung geht also der Frage nach, wie die Organspende in den Diskursen über sie konstruiert wurde. Sie richtet ihren Fokus auf das Sprechen über die Organspende, wobei neben dem medizinischen und wirtschaftlichen das moralische Sprechen im Vordergrund steht. Alle drei semantischen Felder, so soll gezeigt werden, können nicht unabhängig voneinander analysiert werden, sondern bedingen sich gegenseitig. Bei der historischen Analyse dieses Sprechens orientiere ich mich an der Diskursanalyse, wie sie der französische

Philosoph und Historiker Michel Foucault entwickelt hat.²⁶ Konkret sind zwei theoretische Annahmen von Bedeutung:

Die *erste* Annahme betrifft die Verknappung, die Begrenzung des Sagbaren: Diskurse sind laut Foucault Serien oder Felder von Aussagen, die historisch und sozial situiert sind und sich gemäß einer Regelmäßigkeit, einer Ordnung formieren.²⁷ Diskurse haben Grenzen: Gewisse Aussagen sind innerhalb eines Diskurses verboten.²⁸ Um in einem Diskurs eine wahre Aussage zu machen, muss sich das sprechende Subjekt der Diskursordnung unterwerfen, muss den »Regeln der diskursiven ›Polizei‹« gehorchen.²⁹ Diskurse verknappen also die Aussagemöglichkeiten, sie organisieren die Wirklichkeit, indem sie das Sag-, Denk- und Machbare beschränken.³⁰ Dieses Buch fragt nach den Rederegeln, den diskursiven Mustern, die sich im untersuchten Zeitraum konstituierten und das Sprechen über die Organspende strukturierten. Es gab, dies sei vorweggenommen, nicht *einen* Diskurs der Organspende. Ich werde im Folgenden zwischen einem medizinisch-wissenschaftlichen Diskurs, einem organisatorisch-ökonomischen und einem moralischen Diskurs unterscheiden, die zwar aufeinander bezogen waren, aber je eigenen Regeln folgten.

Die *zweite* Annahme betrifft die unauflösliche Koppelung von Diskurs und Macht: Der Diskurs ist laut Foucault »dasjenige, worum und womit man kämpft; er ist die Macht, deren man sich zu bemächtigen sucht.«³¹ Das sprechende Subjekt ist zwar den Regeln des Diskurses unterworfen, kann sich ihrer aber bemächtigen und so am diskursiven Machtkampf teilnehmen: »Das große Spiel der Geschichte dreht sich um die Frage, wer sich der Regeln bemächtigt; wer an die Stelle derer tritt, die sie für sich nutzen; wer sie am Ende pervertiert, in ihr Gegenteil verkehrt und gegen jene wendet, die sie einst durchsetzten [...].«³² Der diskursive Kampf ist gleichzeitig ein Kampf um die Regeln sowie ein Kampf darum, wer dazu legitimiert ist, nach diesen Regeln eine bestimmte Wahrheit auszusprechen.

Es geht also nicht nur um die Frage, was gesagt werden kann, sondern auch, wer sprechen darf. Diskursive Regeln, Sprecherposition und soziale Lage des Subjektes stützen und bestätigen sich dabei gegenseitig.³³ In dieser Arbeit sollen die Deutungskämpfe³⁴ um die Organspende ebenso untersucht werden, wie die mit diesen verknüpften Kämpfe um die Deutungsmacht: die Kämpfe darum, wer dazu legitimiert ist, die Wahrheit über die Organspende zu sagen. Die einleitend erzählte Geschichte über die Debatte um die erste Herztransplantation von 1969 zeigt, dass im Sprechen über die Organspende vor allem die Deutungshoheit der Medizin verhandelt wurde.

Um die Kämpfe um Deutungsmacht und Sprecherpositionen zu analysieren, unterscheide ich unterschiedliche Akteur-Gruppen. Diese Studie geht der Frage nach, welche Rolle diese Akteur-Gruppen im Diskurs über die Organspende spielten. Die Unterscheidung dieser Akteur-Gruppen dient als heuristisches Instrument, das mit einer Komplexitätsreduktion einher geht; es handelt

sich dabei, das wird sich im Laufe der Arbeit zeigen, nicht um monolithische Einheiten. Grundsätzlich unterscheide ich zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Akteuren. Bei den Medizinerinnen lassen sich wiederum verschiedene Untergruppen voneinander abgrenzen: Ärzte, die mit der Transplantation befasst sind, und andere Ärzte; Transplantationschirurgen und Intensivmediziner; Ärzte an Transplantationszentren und Ärzte an nicht-transplantierenden Krankenhäusern. Als eigene Gruppe fungieren die Pflegenden. Bei den Laien interessiere ich mich speziell für die Bedeutung zweier Gruppen: die Patientenorganisationen und die Pharmaindustrie. Darüber hinaus können auch die Presse bzw. die Medienschaffenden als Akteur-Gruppe gefasst werden. Weniger als Akteur-Gruppen, sondern eher als soziale Positionen werde ich Spender und Empfänger sowie die Angehörigen der Spender differenzieren.

Über Foucault hinaus: Metaphern, Phantasmen, Praktiken, Interessen

Der Ansatz der Foucaultschen Diskursanalyse, den ich skizziert habe, provoziert Fragen: Wenn der Diskurs die soziale Wirklichkeit hervorbringt, welche Rolle spielen dann der Körper, seine Gefühle und der Tod? Welche Rolle spielen Techniken, Praktiken und Institutionen? Und welche Rolle spielen die Interessen der Akteure in einer Geschichte der Organspende? Im Folgenden will ich diese Probleme klären und dabei auf die Grenzen der Diskursanalyse eingehen, und erläutern, wo es sinnvoll ist, über dieses Konzept hinauszugehen bzw. es zu ergänzen. Dabei erscheinen mir drei Punkte von Bedeutung:

Erstens beschränkt sich die Diskursanalyse Foucaultscher Prägung darauf, den manifesten Sinn von Aussagen und die Wahrheitsregeln von Diskursen gleichsam positivistisch – in ihrer Positivität, Oberflächlichkeit und Neutralität – zu ermitteln. Dabei geraten zwei Aspekte aus dem Blick, die für diese Untersuchung wichtig sind: Einerseits »die polysemische Eigenlogik der Sprache, die sich am deutlichsten in ihren Metaphern zeigt«, und auf eine sprachliche Bedeutung verweist, die über den manifesten Sinn von Aussagen hinausgeht.³⁵ Ich interessiere mich in dieser Arbeit für die Metaphern, welche den Diskurs über die Organspende organisierten, und für ihre Bedeutungseffekte. Unter anderem werde ich auf die Bedeutung des Begriffs »Organmangel« und auf die Formel »Geschenk des Lebens« eingehen.

Andererseits gilt mein Interesse nicht nur der Regelmäßigkeit der Diskurse über die Organspende, sondern auch ihren inneren Widersprüchen, den Brüchen und Rissen, die sie durchziehen. Diese Bruchhaftigkeit des Diskurses verweist darauf, dass der Körper, die Emotionen, der Tod zwar immer sprachlich verfasst sind, aber nicht vollständig in der Sprache aufgehen; es bleibt ein nicht-symbolisierbarer Rest, ein Unbewusstes, Verstörendes, das man in Anschluss an die lacansche Psychoanalyse als Reales bezeichnen könnte.³⁶ Dort

wo dieses Reale in den Diskurs einbricht, wo die Symbolisierung zu scheitern droht, gebiert der Diskurs Phantasmen, die vor dem Realen schützen, indem sie es abbilden und umdeuten.³⁷ Ein besonderes Augenmerk soll auf die Phantasien und Imaginationen über die Organspende gerichtet werden, wie sie sich in populärkulturellen Medien wie Romanen, Filmen oder modernen Legenden manifestierten, und auf ihre Bedeutung im diskursiven Sinnkonstruktionsprozess der Organspende. Es ist eine der zentralen Thesen dieses Buches, dass es nicht zuletzt auch fiktive Geschichten über Organraub und Organhandel waren, welche die Realität der Organspende in der Schweiz geprägt haben.

Zweitens stellt sich die Frage nach der Rolle des Nicht-Diskursiven: der Technik, der Praktiken und der Institutionen. Der Medizinhistoriker Thomas Schlich, der die Transplantationsmedizin im Anschluss an Bruno Latours Akteur-Netzwerk-Theorie als komplexes Netzwerk aus unterschiedlichen technischen und sozialen Elementen konzipiert, hat darauf hingewiesen, dass eine historische Analyse die einzelnen Elemente dieses Netzwerks nicht isoliert betrachten dürfe. Die Geschichte der Organtransplantation könne nur verstanden werden, wenn sowohl ihre technische als auch ihre soziale Seite berücksichtigt werde.³⁸ In diesem Sinne gilt es, auch die technischen Voraussetzungen und Entwicklungen der Organtransplantation in ihrer relativen Eigenlogik zu berücksichtigen, da sie mit den Praktiken und Diskursen in engem und gegenseitigem Zusammenhang stehen.³⁹

Foucault hat ab 1970 den Begriff des Dispositivs eingeführt, der ein Macht-Wissen-Netz von Institutionen, Diskursen und Praktiken, also sowohl Gesagtes wie Ungesagtes, bezeichnet.⁴⁰ Diese Konzeption ergänzt die Perspektive der Diskursanalyse, indem sie daran erinnert, dass einerseits die Hervorbringung von Wissen und Macht nicht nur auf sprachlicher Ebene stattfindet, und andererseits das diskursive Wissen immer auch mit außerdiskursiven Machtformen verbunden ist.⁴¹ Die Transplantationsmedizin kann als Dispositiv gefasst werden: als Ensemble von Diskursen, Institutionen und Praktiken, die miteinander verknüpft sind. In dieser Arbeit soll auch die Entwicklung der Institutionalisierung und der Organisation der Organspende, sowie der mit ihnen verbundenen Praktiken untersucht und die Frage gestellt werden, wie sie mit der Entwicklung der Diskurse über die Organspende zusammenhängt. Dabei gilt es aber zu beachten, dass erstens sich sowohl medizinische Technik als auch medizinische Praktiken nicht außerhalb sprachlicher Bedeutungskonstitution bewegen, und dass sie zweitens in dieser historischen Untersuchung nur über sprachliche Quellen erfasst werden.

Der *dritte* Punkt betrifft die Interessen der Akteure. Foucaults Diskursanalyse versteht das Sprechen und Handeln der Subjekte von den diskursiven Mustern aus, in die sie eingeschrieben sind, nicht aber von ihren individuellen Intentionen aus. Akteure sind zwar Kämpfer im Spiel um die diskursiven Regeln, aber keine eigenmächtigen Subjekte, die bewusst rational und nutzen-

orientiert handeln.⁴² Nun betonen verschiedene Studien das Prestige und das Geld, das bei der Transplantationsmedizin auf dem Spiel steht.⁴³ Ist also die Geschichte der Organspende nicht auch von den Interessen einzelner Akteure bestimmt – etwa der Transplantationschirurgen oder der Pharmaindustrie? Speziell im Zusammenhang mit diesen beiden Akteur-Gruppen werde ich der Frage nachgehen, welche Bedeutung dem Streben nach ökonomischem und symbolischem Kapital zukam – ohne dabei die Eigengesetzlichkeiten der symbolischen Strukturen auszublenden. Bei der Analyse der Kämpfe der medizinischen Akteure um symbolisches Kapital werde ich mich auf die Kapitaltheorie des Soziologen Pierre Bourdieu stützen, die beschreibt, wie Akteure in einem bestimmten Feld um die Anhäufung verschiedener Kapital-Sorten konkurrieren.⁴⁴ Es ist zu betonen, dass auch in Bourdieus Kapitaltheorie die Interessen der Akteure erst innerhalb einer symbolischen Ordnung definierbar sind, weshalb die Analyse der symbolischen Strukturen Vorrang vor der Analyse der expliziten Interessen hat.⁴⁵ Die Interessen der medizinischen Akteure können dementsprechend nur vor dem Hintergrund des entsprechenden medizinisch-ökonomischen Diskurses untersucht werden.

Quellen

Die Quellenlage zeichnet sich durch einen für die Zeitgeschichte typischen Widerspruch aus: Einerseits gibt es eine Fülle von publizierten Quellen; andererseits erweist sich der Zugriff auf unpublizierte medizinische Quellen als schwierig, da sie oft nicht archiviert, erfasst oder noch nicht zugänglich sind.⁴⁶ Ich hatte das Glück, dass mir zwei medizinische Institutionen den Zugang zu den von ihnen aufbewahrten Dokumenten ermöglichen haben: Die bei der Stiftung Swisstransplant lagernden Materialien ermöglichen eine gute Übersicht über die Entwicklung der Schweizer Transplantationsmedizin seit den 1980er Jahren. Neben Sitzungsprotokollen und Korrespondenz des Vorstands und der unterschiedlichen Arbeitsgruppen sind auch Statistiken und Dokumente zur Öffentlichkeitsarbeit von Interesse. Bei der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) fanden sich neben unterschiedlichsten Dokumenten zur Organtransplantation auch Protokolle und Korrespondenz von Kommissionen, die sich 1968–1973 sowie 1994–1995 mit ethischen und medizinischen Fragen zur Transplantation befassten.

Die bisher weitgehend unbearbeiteten Quellen von Swisstransplant und SAMW sind deshalb wertvoll, da sie einen teilweise detaillierten Einblick in das inner-medizinische Sprechen über die Organspende erlauben, das gleichsam hinter verschlossenen Türen stattfand. Aufgrund des jungen Alters der Dokumente bin ich gezwungen, einen Großteil der auftretenden Akteure zu anonymisieren.⁴⁷ Das ist insofern kein Problem, da in dieser Untersuchung weniger die Bedeutung einzelner Subjekte, als überindividuelle Diskurse und

Strukturen interessieren. Weitere nicht-publizierte Quellen, die ich heranziehen werde, stammen aus den Staatsarchiven Basel und Bern sowie aus dem Kantonsspital St. Gallen und dem Universitätsspital Genf.

Darüber hinaus umfasst der Quellenkorpus publizierte Quellen unterschiedlichster Art: Medizinische Fachpublikationen, Publikationen von Krankenhäusern, medizinischen Verbänden, Patientenorganisationen und der Pharmaindustrie, Beiträge aus Zeitungen, Zeitschriften und Fernsehen, politische und juristische Dokumente, aber auch TV-Serien, Spielfilme und Romane. Diese Quellenarten repräsentieren unterschiedliche Medientypen, die sich durch spezifische materielle und soziale Eigenarten auszeichnen: Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Verbreitung, ihres Zielpublikums, ihrer ökonomischen Fundierung und Funktion sowie den ihnen eingeschriebenen Rezeptionsweisen. Diese mediale Eigenlogik gilt es zu berücksichtigen.⁴⁸

Eine wichtige Bedeutung für die kulturelle Konstruktion der Organspende, so werde ich argumentieren, kam den journalistischen Medien und der populärkulturellen Medien zu, zwei Kategorien, die ich forschungspraktisch wie folgt voneinander abgrenzen werde: Als journalistische Medien bezeichne ich Zeitungen, Zeitschriften, TV- und Radiosendungen, welche gemäß ihrem Selbstverständnis vor allem darauf abzielen, über die soziale Welt zu informieren und sie zu kommentieren. Unter den populärkulturellen Medien fasse ich dagegen kulturindustrielle Produkte wie TV-Serien, Filme, Romane oder Comic-Bücher, die in erster Linie der Unterhaltung dienen und fiktive Geschichten über die soziale Welt erzählen. In diese Kategorie reihe ich auch die modernen Legenden ein, skurrile Wander-Geschichten, die meist mündlich verbreitet werden.⁴⁹

Ein Großteil der Menschen, so eine Vorannahme dieser Arbeit, erfuhr die Realität der Transplantationsmedizin vor allem vermittelt durch diese beiden Medien-Typen. Während die große soziale Deutungsmacht der journalistischen Medien etwa in den Medialisierungs-Theorien betont wurde,⁵⁰ so haben Vertreter der *cultural studies* verschiedentlich auf die kulturelle Wirkmächtigkeit der populärkulturellen Medien hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht, dass diese über ihre reine Unterhaltungsfunktion hinaus dem Aushandeln gesellschaftlicher Normen und Konflikte und dem Ausdruck politischen Widerstands dienen.⁵¹ Indem diese Studie zur Erklärung der medizinischen und politischen Entwicklung der Organspende auch populärkulturelle Quellen heranzieht, unterscheidet sie sich von bisherigen Studien zum Thema.

Literatur:

Zwischen Fortschritts- und Verfallsgeschichte

1998 beklagte Thomas Schlich ein mangelndes geschichtswissenschaftliches Interesse für die Organtransplantation.⁵² Bis heute hat sich die Situation nicht

wesentlich gebessert: Neben den grundlegenden Studien Schlichs sind die Texte von Anne Marie-Moulin, Anna Bergmann und Valentin Groebner zu nennen.⁵³ Für die Schweiz haben Silke Bellanger, Aline Steinbrecher und Sibylle Obrecht mehrere Arbeiten zur Geschichte der Hirntods sowie zu den ersten Herztransplantationen und dem immunologischen Diskurs publiziert, auf die ich in diesem Buch verschiedentlich zurückgreifen werde.⁵⁴ Eine kulturhistorische Untersuchung der Organspende in der Schweiz, wie sie in dieser Arbeit vorgenommen wird, fehlt bisher.

Es existieren zahlreiche sozialwissenschaftliche (soziologische, medizinanthropologische und ethnologische) Forschungen, die sich in unterschiedlicher Perspektive mit verschiedenen Aspekten der Transplantationsmedizin befassen haben.⁵⁵ Schon früh gab es auch ein Interesse für die kulturelle Dimension der Organtransplantation.⁵⁶ Auch die kultur- und sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung – und damit auch diese Arbeit selbst – ist Teil der kulturellen Konstruktion der Organspende, weshalb einige wissenschaftliche Studien in der Folge auch als Quellentexte herangezogen werden.

Auf die reichhaltige bioethische Literatur zum Thema werde ich mich höchstens am Rande stützen.⁵⁷ Bio- und medizinethische Texte fungieren vielmehr als Quellen. Es ist nicht die Aufgabe der Geschichtswissenschaft, ethische Diskurse zu führen. Vielmehr sollen in diesem Buch die Genese ethischer Positionen und deren Bedeutung für die Entwicklung der Transplantationsmedizin historisch rekonstruiert werden.⁵⁸

Es lassen sich grob zwei perspektivische Tendenzen identifizieren, die für die historiographische und sozialwissenschaftliche Forschung über die Organtransplantation bestimmend sind. Einerseits neigt die ältere und vor allem von beteiligten Ärzten verfasste Historiographie dazu, die Geschichte der Organtransplantation als Fortschrittsnarrativ zu erzählen, wobei die Pioniere und ihre Pioniertaten im Vordergrund stehen.⁵⁹ Die Entwicklung und Etablierung der neuen medizinischen Technik erscheinen in dieser deterministischen Perspektive als selbstvident; oft werden sie – wie hier vom bekannten Schweizer Transplantationschirurgen Felix Largiadèr in seiner 2010 erschienenen autobiographischen Transplantationsgeschichte – als »Erfüllung eines alten, bis vor kurzem noch utopisch scheinenden Menschheitstraums« dargestellt.⁶⁰ Diese Sichtweise dient der Legitimierung der transplantationsmedizinischen Praxis und führt letztlich zu einer Dehistorisierung des Gegenstandes.⁶¹

Andererseits tendieren viele sozial- und geschichtswissenschaftliche Studien zu einer sich alarmistisch und apokalyptisch gebärdenden Kritik.⁶² Sie stellen die eben erläuterte Perspektive gleichsam auf den Kopf, indem sie nicht eine Fortschritts-, sondern eine Verfallsgeschichte erzählen, die mit einer zunehmenden Unterwerfung, Disziplinierung, Verdinglichung, Ausbeutung, Industrialisierung und Kommerzialisierung des Individuums und seines Körpers einhergeht. Dies gilt zunächst für die Entwicklung der Organtransplan-

tation an sich: So betonten etwa Fox/Swazey, Pioniere der sozialwissenschaftlichen Forschung zur Transplantationsmedizin, in ihrem zweiten Werk von 1992 ihr Unbehagen über die Expansion dieser medizinischen Sparte, die sie mit der beunruhigenden Zunahme eines Ersatzteil-Pragmatismus und einer wachsenden Vermarktung des Körpers verbunden sahen.⁶³ Auch die französische Medizinhistorikerin Anne-Marie Moulin sah 1995 die idealistische Ethik der Pioniere durch einen juristischen und kommerziellen Realismus in Frage gestellt, der den Körper zunehmend als Sache behandle und einem Marktmechanismus unterwerfen wolle.⁶⁴

Gleichzeitig wird die Organtransplantation in eine Verfallsgeschichte der modernen Medizin eingereiht. Ein solches Narrativ findet sich etwa bei der deutschen Medizinhistorikerin Anna Bergmann, welche die Entwicklung der modernen Medizin als erbarmungslose Verdinglichung des Menschen und als fortschreitende Entseelung des Patienten schildert. Bergmann stellt die Transplantationsmedizin ans Ende einer Kontinuitätslinie, die mit den vormodernen Anatomen beginnt und in den nationalsozialistischen Menschenexperimenten ihren Höhepunkt findet.⁶⁵

Zweifelloos ist eine gewisse emotionale und normative Aufladung verständlich in einem Feld, in dem es um Leben und Tod geht. Trotzdem bietet keine der beiden geschilderten Perspektiven viele Ansatzpunkte für eine unaufgeregte, nüchterne historische Untersuchung.⁶⁶ Die vereinfachende Dichotomie von Fortschritts- oder Verfallsgeschichte soll in diesem Buch – jenseits einer Trivialisierung und Dramatisierung der Organtransplantation – verkompliziert werden.

Drei Thesen zur Überprüfung: Unterwerfung, Kommerzialisierung, Verdinglichung

Drei theoretisch-empirische Thesen zur Entwicklung der Organspende, die in der medizinkritischen Perspektive der sozial- und geschichtswissenschaftlichen Forschung eine große Rolle spielen, sollen in diesem Buch kritisch überprüft werden:

Erstens findet sich in der soziologischen Literatur verschiedentlich die These, dass sich die Transplantationsmedizin im Zuge ihrer Expansion die Individuen und ihre Körper gleichsam in einem radikalen Medikalisierungs-Prozess⁶⁷ unterworfen habe. Damit geht die Diagnose einher, der moralische Druck zur Spende und die »Sozialpflichtigkeit des Körpers«⁶⁸ habe zugenommen.⁶⁹ Thorsten Junge beschrieb in seiner Studie von 2001 die Transplantationsmedizin als Machtinstitution, die durch Normierung und Disziplinierung gefügige Subjekte hervorbringe: »Der Machtkörper der Transplantationsmedizin produziert eine Normalität der Spendebereitschaft und die davon abweichende Haltung, das unverfügbare Subjekt.«⁷⁰ Die Konstituierung eines transplantations-

freundlichen Subjekts vollzieht sich laut Junge, der sich auf Foucaults Konzept der Bio-Macht stützt, durch eine »allumfassende Diskursivierung«, aus der ein Rückzug nahezu unmöglich sei.⁷¹ Die diskursiven Machtmechanismen der Normierung und Disziplinierung arbeiteten nicht mit den Mitteln der Repression, sondern stützen sich auf Verfahren der Fremd- und Selbstkonstituierung des Subjekts: der Vorgabe und Kontrolle, der Konstruktion und Einpflanzung bestimmter Normen, der Ab- und Ausrichtung spezifischer Verhaltensweisen.⁷² Eine wichtige Bedeutung komme dabei der Werbung und den Aufklärungskampagnen der Transplantationsmedizin zu.⁷³ Diese Unterwerfungs- oder Normierungsthese steht im Widerspruch zu der in der Medizinsoziologie und Medizingeschichte verbreiteten Auffassung, die von einem Machtverlust der Medizin und einer gleichzeitigen Emanzipation der Laien ab den 1960er Jahren ausgeht.⁷⁴ Diese Positionen sollen in dieser Arbeit überprüft werden: Wie weitreichend war die Macht der Transplantationsmedizin über die Individuen und ihre Körper? Wie wirksam waren die Aufklärungskampagnen? Inwiefern konstruierten die Diskurse der Organspende eine Sozialpflichtigkeit des Körpers? Und brachten sie tatsächlich gefügige, spendefreudige Subjekte hervor?

Die *zweite* verbreitete These behauptet eine zunehmende Vermarktung der Organe. Diese These bezieht sich auf unterschiedliche Entwicklungen: auf die globale Ausbreitung des illegalen Organhandels, auf Vorschläge und Tendenzen zu einer liberaleren und an Marktprinzipien orientierten Regelung der Organspende sowie allgemeiner auf die Zunahme einer ökonomischen Logik im Dispositiv der Organbeschaffung. Alle drei Dimensionen spielen in Laufe der Arbeit eine Rolle. Die pauschale Behauptung einer wachsenden Kommerzialisierung der Organspende ist oft stark normativ aufgeladen; im Hintergrund schimmert die historisch wirkmächtige ethische Vorstellung des Körpers als etwas Unveräußerliches und Unverkäufliches durch.⁷⁵ Die Behauptung beruht zudem teilweise auf einem sehr weiten Verständnis von Kommodifizierung: Wird der Körper bereits zur Ware, wenn er hinsichtlich einer medizinischen Verwertung fragmentiert und depersonalisiert wird, wie dies Lesley Sharp auch im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin suggeriert?⁷⁶ Oder genügt – wie Nancy Scheper-Hughes vorschlägt – schon der sehnsüchtige Blick einer kranken Person auf eine andere, das Realisieren, dass der andere Körper medizinisches Material zur Verlängerung des eigenen Lebens enthält, um den Körper und das Leben in eine Ware zu verwandeln?⁷⁷

In den Kultur- und Sozialwissenschaften wurde eine klare Unterscheidung zwischen Gaben- und Warentausch und gleichzeitig eine automatische ethische Superiorität des ersteren jüngst zunehmend hinterfragt.⁷⁸ Diese Verkomplizierung postulieren Waldby/Mitchell auch für die biomedizinische Verwertung von Körpermaterialien: Eine strikte Dichotomie von Geschenk und Ware werde den komplexen Systemen der Generierung, Zirkulation und An-

eignung von Geweben nicht mehr gerecht.⁷⁹ Vor diesem Hintergrund gilt es, die komplexe Verflechtung von altruistischen und ökonomischen Momenten im Dispositiv der Organspende zu untersuchen. Dabei interessiert mich, ob die populäre These einer zunehmenden Kommerzialisierung der Organspende tatsächlich zutrifft, und welche Rolle das Ökonomische im Sprechen über die Organspende spielte.

Die *dritte* These umfasst die Vorstellung einer zunehmenden Verdinglichung des menschlichen Körpers, die in engem Zusammenhang mit der Kommerzialisierungs-These steht. Diese Vorstellung ist oft verbunden mit einer theoretischen Konzeption, die zwischen Leib und Körper unterscheidet: Leib bezeichnet das, womit wir »in-der-Welt« sind, ein individuell erlebter, nicht objektivierbarer Körper, ein subjektives Erfahrungs- und Empfindungsorgan, das vom Selbst durchdrungen ist. Demgegenüber ist der Körper ein objektivierter, kognitiv konstruierter Leib, ein Objekt, das von Wissenschaft und Medizin beobachtet und bearbeitet werden kann.⁸⁰ Verschiedene sozialwissenschaftliche Untersuchungen sehen in der Diskrepanz zwischen dem intellektuellen Verstehen auf der Ebene des Körperwissens und der sinnlichen Erfahrung auf der Leibebeine eine Grundproblematik der biomedizinischen Körpertechniken.⁸¹ Mit dieser Diskrepanz erklären sie auch, warum Hirntod und die Organentnahme von vielen Akteuren als Problem wahrgenommen werden.⁸² Der Leib, in dem die Individuen scheinbar ganz sie selbst sind, wird in dieser Sichtweise zum Ausgangspunkt einer Kritik, eines »Einspruchs« gegen die Körperpraktiken der Transplantationsmedizin, in denen, so Mona Motakef, Leibdimensionen ignoriert würden.⁸³

Es ist meines Erachtens wenig hilfreich, eine Spaltung in Leib und Körper vorzunehmen und den leiblichen Empfindungen und Erfahrungen in Zusammenhang mit der Organtransplantation nachzuspüren, wie dies etwa Hauser-Schäublin u.a. vorschlagen. Nimmt man die oben referierte Vorstellung des Konstruktionscharakters sozialer Wirklichkeit ernst, so gibt es keinen erfahrbaren Leib, der vor der Sprache, vor der Symbolisierung schon da ist. Nichts an unserem Umgang mit dem Körper ist einfach natürlich. Er ist vielmehr immer schon Teil der Kultur, ist symbolisch codiert und wird durch Diskurse, Bilder und institutionelle Praktiken hervorgebracht.⁸⁴ Eine biomedizinisch determinierte Realität lässt sich demnach nicht gegen eine unmittelbar menschliche Selbstbeziehung ausspielen. Jede moderne körperliche Selbstbeziehung ist naturwissenschaftlich-medizinisch vermittelt. Auch das alltägliche und das biomedizinische Körperbild bestehen nicht unabhängig voneinander, sondern modellieren sich gegenseitig.⁸⁵

In dieser Arbeit wähle ich in Abgrenzung zur geschilderten körpersoziologischen Perspektive zwei körpergeschichtliche Herangehensweisen: Erstens soll – im Sinne der Foucaultschen Diskursanalyse – die kulturelle Codierung des Körpers innerhalb des Dispositivs der Organspende untersucht werden.

Im Vordergrund steht die Frage nach den Bildern und Modellen des Körpers: Welche Körpervorstellungen waren in Praxis und Sprechen über die Organspende wirksam? Welche Rolle spielten sie? Wie hegemonial waren sie? Und wie gestaltete sich ihr gegenseitiges Verhältnis? Waren sie kompatibel oder widersprüchlich? Die Körpertechniken der Organspende sollen dabei in einer Körpergeschichte der Moderne eingebettet werden.

Doch wo bleibt in dieser sozialkonstruktivistischen Sichtweise die »Unmittelbarkeit« des Körpers, seiner Empfindungen, seines Fleisches, wo der Tod als letzte Grenze der Kultur? Sie zeigen sich dort, wo die Symbolisierung brüchig ist, an ihren Rändern, wo das Subjekt sprachlos bleibt, wo das »Fleisch« nicht oder nur mühsam in Sprache aufgelöst werden kann. Ich werde also zweitens – wie bereits geschildert – die Frage nach dem Realen der Organspende stellen, das – so die Aporie, mit der umgegangen werden muss – zwar nie positiv gefasst werden kann, aber für eine Kultur der Organspende doch konstitutiv ist.⁸⁶

Eingrenzung des Gegenstandes

Die thematische, zeitliche und räumliche Eingrenzung des Forschungsgegenstandes bedarf einer Erläuterung. Thema dieser Arbeit ist die allogene Transplantation⁸⁷ innerer Organe, wobei neben dem Herz, der Leber, der Lunge sowie der Bauchspeicheldrüse vor allem die Niere als das mit Abstand am häufigsten verpflanzte Organ im Vordergrund steht.⁸⁸ Bluttransfusionen, Hautverpflanzungen sowie die Transplantation anderer Gewebe werden nicht behandelt, außer sie spielen – wie etwa die Übertragung der Hornhaut – eine Rolle in der Debatte um die Organspende. Das Interesse dieser Arbeit konzentriert sich auf die Organbeschaffung. Die Problematik der Organ-Allokation, die gleichsam als ihr Gegenstück unmittelbar mit der Organbeschaffung zusammenhängt, findet nur bedingt Berücksichtigung. Die Makro-Allokation (die Verteilung der Organe unter den Transplantationszentren) werde ich – verstanden als letzten Schritt der Organbeschaffung – in meine Untersuchung einbeziehen; die auch in der Schweiz kontrovers diskutierte Mikro-Allokation (die ethische und medizinische Frage der Verteilung der Organe unter den einzelnen Patienten auf der Warteliste) werde ich hingegen weitgehend ausklammern.

Zeitlich konzentriert sich der Hauptteil dieses Buches auf die späten 1980er und die 1990er Jahre, als sich die Organtransplantation als Therapieform etablierte und der Organmangel als wichtigstes Expansionshindernis bekämpft wurde. Im Zeitraum von 1985 bis 1995, so werde ich argumentieren, fanden bedeutsame Verschiebungen statt, die Praxis und Diskurs der Organspende bis heute prägen. Für ein vertieftes Verständnis der Problematik war es aber unerlässlich, bereits 1969 einzusetzen, als die erste Schweizer Herztransplantation das Problem der Organbeschaffung erstmals ins öffentliche Licht rückte. Den Endpunkt bildet das 2004 erlassene eidgenössische Transplantations-

gesetz, das gleichsam das vorläufige rechtlich-politische Ergebnis der von mir untersuchten Entwicklung darstellt.

Neben dem zeitlichen ist auch der geographische Rahmen der Arbeit erklärungsbedürftig: »Die Organtransplantation zeichnet sich gegenüber den anderen klinischen Fachgebieten durch eine internationale Zusammenarbeit aus, deren Intensität und Ausmass in medizinischen und organisatorischen Belangen keine Parallele finden«, heisst es im Jahresbericht der Basler Transplantationsabteilung von 1974.⁸⁹ Tatsächlich war die Transplantationsmedizin ein ausgesprochen transnationales Unternehmen: Organe überquerten nationale und kulturelle Grenzen. Vor allem aber war die Forschung global vernetzt und auch die mediale Debatte über die Organtransplantation stark internationalisiert.

Trotzdem habe ich mich entschieden, die Analyse in dieser Arbeit auf den geographischen Raum der Schweiz einzuschränken. Dies impliziert, dass wirkmächtige Diskursereignisse jenseits der Grenze ausgeblendet werden. Im Bewusstsein dieser Problematik sollen verschiedentlich auch nicht-schweizerische Quellen herangezogen und die Entwicklung in der Schweiz in einen internationalen Kontext eingebettet werden.

Die Entwicklung der Organspende in der Schweiz unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht nicht wesentlich von derjenigen in anderen europäischen Staaten. Zwei Gegebenheiten, denen diese Studie besondere Aufmerksamkeit schenkt, machen die Schweiz aber zu einem speziellen und interessanten Fallbeispiel: Erstens war in der Schweiz von Anfang an eine große Nähe der Transplantationsmedizin zur heimischen Pharmaindustrie gegeben, welche die Organtransplantation mitprägte. Zweitens fiel die Schweiz innerhalb Europas und der westlichen Welt durch geringe Spenderzahlen auf. Mitte der 1990er Jahre war die Anzahl der Leichenspender gegenüber den führenden Staaten wie Spanien, USA, Österreich oder Belgien um 35 bis 50 Prozent niedriger.⁹⁰ Mit einem Minusrekord von 10.4 Leichenspendern pro Million Einwohner im Jahre 2002 fand sich die Schweiz im westeuropäischen Vergleich gar vor Luxemburg auf dem zweitletzten Platz wieder – eine Bilanz, die bis 2014 nur leicht verbessert werden konnte.⁹¹

Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass sich die Schweiz im 2004 verabschiedeten Transplantationsgesetz für die strengere Zustimmungsregelung und gegen die liberale Widerspruchsregelung entschied, die in Ländern wie Österreich, Frankreich, Italien oder Belgien galt. Dieses Buch versucht, diese Entscheidung aus einer historischen Perspektive zu verstehen.

Multidimensionale Perspektive

Die forschungspragmatische Reduktion auf einen überschaubaren Diskurs- und Praxis-Raum bietet abgesehen von den Schweizer Besonderheiten auch ge-

wichtige heuristische Vorteile: Sie erlaubt es, eine internationale Entwicklung – gleichsam unter der Lupe – erstens anhand eines eingeschränkten aber sehr heterogenen Quellenkorpus und zweitens am Fallbeispiel eines sich ausbildenden nationalen Transplantationssystems, das sich durchaus als eigenständig verstand,⁹² nachzuvollziehen. Das ermöglicht die Analyse eines komplexen Wirkungsgeflechts unterschiedlicher Akteure und Ebenen: der medizinischen Praxis, der verschiedenen medialen Repräsentationen sowie der rechtlich-politischen Entwicklung. Diese Ebenen, die andere Studien oft isoliert betrachten, werden in meiner Untersuchung in Beziehung gesetzt.

Dadurch gewinnt dieses Buch einige seiner bemerkenswertesten Erkenntnisse. Ich werde etwa zeigen, weshalb die mediale Repräsentation über die Organspende nur vor dem Hintergrund ihrer Praxis und wieso umgekehrt aber auch die Entwicklung der medizinische Praxis nur vor dem Hintergrund der medialen Deutungen verständlich ist. Die rechtliche Regelung der Organspende schließlich kann nur unter Einbezug mehrerer Faktoren erklärt werden. Ich werde argumentieren, dass es nicht zuletzt die große Präsenz der Thematik von Organhandel und Organraub im medialen Diskurs war, die Mitte der 1990er Jahre in der Schweiz die Aufmerksamkeit auf den ungeschützten toten Körper und die unsichere Rechtslage bei der Organentnahme – und damit auf die Notwendigkeit einer einheitlichen und strengeren Gesetzgebung – lenkte.

Die multidimensionale Perspektive öffnet den Blick für Ambivalenzen und Paradoxien, die die Geschichte der Organspende begleiteten. Die Probleme der Transplantationsmedizin lagen nicht in erster Linie im Verhalten der beteiligten Akteure begründet. Sie resultierten vor allem aus Systemzwängen und dem Aufeinanderprallen konkurrierender Deutungsmuster, die kaum kontrollierbare und unbeabsichtigte Nebenwirkungen generierten.

Aufbau des Buchs

Dieses Buch erzählt die Geschichte der Organspende drei Mal aus jeweils unterschiedlichem Blickwinkel. Das anschließende dritte Kapitel beruht auf einer inner-medizinischen Perspektive, fokussiert auf das medizinische Dispositiv der Organspende und geht der Frage nach, wie die Organspende von den medizinischen Akteuren gedeutet, organisiert und praktiziert wurde. Es setzt direkt nach der ersten Herztransplantation von 1969 ein. Anhand von SAMW-Protokollen werde ich zunächst untersuchen, wie Ärzte die in der medialen Kontroverse aufgeworfenen Fragen und Probleme um die Organspende zu Beginn der 1970er Jahre intern diskutierten. Anschließend werde ich mich dem Begriff des Organmangels zuwenden, der das Sprechen um die Organspende spätestens ab Mitte der 1980er Jahre stark bestimmte. In diesem Teilkapitel sollen – als unverzichtbare Grundlage für die weitere Untersuchung – die Hintergründe und die diskursiven Effekte des Organmangels aus histo-

rischer Perspektive analysiert werden. Im Folgenden wird die Entwicklung der Organisation der Organspende erörtert – mit Schwerpunkt auf die 1980er und 1990er Jahre. Dabei gilt das Interesse zunächst der Mikro-Ebene: Die Kapitel 3.3 und 3.4 behandeln den Prozess der Organspende im Krankenhaus. Wie vollzog sich dieser Prozess und welche Probleme und Konflikte waren mit ihm verbunden? Und wie wurde versucht, den Prozess anzupassen, zu optimieren und zu legitimieren, um Probleme und Konflikte zu vermeiden? Das Kapitel 3.5 beschäftigt sich mit der Makro-Ebene: Wie gestaltete sich die Integration der nicht-transplantierenden Krankenhäuser und wie die Zusammenarbeit und der Organaustausch zwischen den sechs Transplantationszentren? Im Vordergrund steht die Frage nach dem Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz, nach den Interessen der einzelnen Akteure und der Bedeutung des Ökonomischen im Dispositiv der Organspende.

Das vierte Kapitel verschiebt den Fokus weg vom inner-medizinischen Bereich hin zur Öffentlichkeit. Im Zentrum stehen die Aufklärungskampagnen für die Organspende, welche die Transplantationsmedizin und ihre Verbündeten ab Mitte der 1980er Jahre lancierten. Einleitend werde ich das Ausmaß der Kampagnen darstellen und ihre Ziele und Mittel beleuchten. Danach soll die Rolle von zwei Akteur-Gruppen untersucht werden, welche die Kampagnen unterstützten: die Patientenorganisationen und die Pharmaindustrie. Die inhaltliche Analyse erfolgt in den Kapiteln 4.3 und 4.4: Wie wurde im Rahmen der Kampagnen die Organspende als moralisch gute Tat konstruiert? Welche Bedeutung kam dabei den Metaphern des »Geschenks« bzw. der »Spende« sowie des »Lebens« zu? Und wo zeigen sich Widersprüche in diesem moralischen Diskurs? Abschließend untersuche ich die Wirksamkeit der Kampagnen: Inwiefern setzte sich die positive Deutung der Organspende als »Geschenk des Lebens« im öffentlichen Reden durch? Dabei werde ich auch die Frage der Macht des transplantationsmedizinischen Diskurses und die Unterwerfungs-These diskutieren.

Das fünfte Kapitel behandelt ebenfalls das öffentliche Sprechen über die Organspende, wählt aber einen anderen Zugang. Es beschäftigt sich mit der negativen Deutung der Organspende, welche sie mit Zwang, Gewalt, Ausbeutung und einer unheimlichen Macht der Medizin assoziierte. Im Mittelpunkt stehen Geschichten und Bilder über Organhandel und Organraub, zwei Begriffe, die zum Sinnbild einer missbräuchlichen Organbeschaffung avancierten. Ich werde argumentieren, dass diese Geschichten und Bilder das Sprechen über und damit auch die Praxis der Organspende in der Schweiz entscheidend beeinflussten – obwohl es keine Belege dafür gibt, dass es in diesem Land je zu Organhandel gekommen ist. Zunächst werde ich die diskursive Explosion rund um den Organhandel untersuchen, welche ab Ende der 1980er Jahre vor allem in den journalistischen Medien erfolgte. Danach werde ich mich den fiktiven Geschichten über Organhandel und Organraub zuwenden, die bereits ab

den 1970er Jahren in den populärkulturellen Medien erzählt wurden. Welche historischen Hintergründe haben diese Geschichten und welche Bedeutung kam ihnen im Sprechen über die Organspende zu? Auf der Basis dieser Analyse gehe ich in den drei verbleibenden Teilkapiteln der Frage nach, wie das Bedrohungsszenario des Organhandels den moralischen Diskurs der Organspende, ihre Organisation und ihre rechtliche Regelung prägten. Kapitel 5.3 nimmt die Reaktionen der transplantationsmedizinischen Akteure in den Blick. Kapitel 5.4 untersucht, welche Rolle der Organhandel als zentraler Referenzpunkt im Sprechen über die Organspende spielte. Dabei werden auch Vorschläge zu einer Liberalisierung der Organspende thematisiert. Kapitel 5.5 zeigt auf, wie im Zuge der diskursiven Explosion um den Organhandel zunehmend auch die Praxis der Organspende in der Schweiz hinterfragt wurde, und diskutiert zuletzt die Hintergründe der kulturelle Krise der Organspende Mitte der 1990er Jahre.

Das Schlusswort fasst die Ergebnisse zusammen und diskutiert sie vor dem Hintergrund des 2004 verabschiedeten nationalen Transplantationsgesetzes.

ANMERKUNGEN

1 | Vgl. Youngner/Fox/O'Connell 1996, S. 4; Schlich 1998b, S. 7f. sowie Rose 2007, S. 17.

2 | Feuerstein 1995, S. 14f.

3 | Vgl. Heinen 2010.

4 | Zur »Erfindung der Organtransplantation« im Zeitraum von 1880 bis 1930 vgl. die Studie von Schlich 1998a.

5 | Zur weltweiten Geschichte der Organtransplantation vgl. Hamilton 2012 sowie Schlich 1998b.

6 | Vgl. Largiadèr 2010, S. 77.

7 | 1983 wurde in der Schweiz die erste Leber transplantiert, 1984 die erste Bauchspeicheldrüse. Ab 1985 wurden die Herzübertragungen nach fünfzehnjähriger Pause wieder aufgenommen. 1987 erfolgte die erste kombinierte Herz-Lungen-Transplantation. Lungen alleine wurden erst ab 1992 verpflanzt.

8 | Vgl. Schlich 1998b, S. 44 sowie Largiadèr 2010, S. 121, 164, 206f., 222f.

9 | Vgl. folgende Statistiken: Transplantation rénale en suisse 1964-1994, Swiss-transplant-Archiv sowie Transplantation d'organes en suisse de 1982 à 2002, Swisstransplant-Archiv.

10 | Hans Rudolf Sahli, FMH-Zentralpräsident, zit. in: »Die medizinische Phase des Ersatzteils ist angebrochen«, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 24.

11 | Vgl. Tanner 2005, S. 44 sowie Waldby/Mitchell 2006, S. 179f.

12 | Hans Rudolf Sahli, FMH-Zentralpräsident, zit. in: »Die medizinische Phase des Ersatzteils ist angebrochen«, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 24.

13 | Der Zürcher Transplantationschirurg Felix Largiadèr im Interview, »Nierenverpflanzungen sind reine Routine geworden«, in: Zürichsee-Zeitung, 4.11.1988.

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

15 | Chirurgen brauchen Nieren, in: Basler Zeitung, 5.12.1989.

16 | Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989.

17 | Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlapfen, in: Tages-Anzeiger, 19.6.1998.

18 | Es hat sich im Reden über die Organtransplantation etabliert, den Terminus der Organspende gleichsam als Überbegriff für den gesamten Prozess der Organbeschaffung zu verwenden. Dementsprechend wird diejenige Person, der das Organ entnommen wird, als Spender bezeichnet – unabhängig davon, ob die Entnahme des Organs aus einem freiwilligen Spende-Akt resultierte. Die Person, der das Organ implantiert wird, wird Empfänger genannt. – Der Begriff der Spende ist als forschungsleitende Kategorie problematisch, nicht nur wegen seiner Undeutlichkeit, sondern auch, weil er bereits eine bestimmte Interpretation des Prozesses der Organbeschaffung impliziert. Wie ich gezeigt habe, wurde der Begriff deshalb bereits anlässlich der ersten Herztransplantation in der Schweiz 1969 hinterfragt. Trotzdem habe ich mich dafür entschieden, den Begriff zu benutzen – als Quellenbegriff, der den eigentlichen Akt der Spende ebenso wie den Prozess der Transformation eines menschlichen Körpers bzw. seiner Teile in medizinische Ressourcen im Allgemeinen bezeichnet. Ebenso spreche ich von Spendern und Empfängern, und bezeichne damit die entsprechenden Rollen in diesem Prozess. Auf die semantische Bedeutung des Spende-Begriffes werde ich im vierten Kapitel eingehen.

19 | Vgl. Schlich 1998a, S. 201ff.

20 | Von lebenden Spendern können nur Organe entnommen werden, die für den Organismus nicht lebensnotwendig sind – was bei der doppelt angelegten Niere der Fall ist. Bei der Leber-Lebendspende wird nur ein Teil der Leber explantiert und verpflanzt. Dank ihrer hohen Regenerationsfähigkeit bildet sich die Lebermasse innerhalb kurzer Zeit nach und erreicht fast die Ausgangsmasse des Gesamtorgans. Die erste Lebendspende einer Leber in der Schweiz fand 1999 in Genf statt (vgl. Thiel 2011, S. 5).

21 | Gab es zu Beginn der 1980er Jahre jährlich noch rund drei Lebendspenden in der Schweiz, so stieg ihre Zahl von zwölf im Jahr 1990 auf 80 im Jahr 2000 an; 2002 übertrafen sie erstmals die postmortalen Spenden. Mehr als ein Drittel aller Nierentransplantationen beruhten zu diesem Zeitpunkt auf Lebendspenden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einer Lebendspende immer nur ein Organ, bei einer postmortalen Spende aber mehrere Organe entnommen werden können. Zu den Zahlen vgl. Transplantation rénale en suisse, 1964-1994, Swisstransplant-Archiv; Transplantation d'organes en suisse de 1982 à 2002, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant Jahresbericht 2005, S. 19.

22 | Ab den 1990er Jahren wurden als Maßnahme gegen den zunehmenden Organmangel wieder vermehrt herztote Spender genutzt – auch in der Schweiz. Von solchen

sogenannten »Non Heart Beating Donors« hatte das in diesem Bereich führende Universitätsspital Zürich bis 1995 laut einer Studie in 45 Fällen Nieren entnommen (vgl. Schlumpf u.a. 1995). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ergänzte daraufhin ihre Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen von 1996 mit Kriterien für den Herztod (vgl. SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774-1781).

23 | Zur Geschichte des Hirntods vgl. Schlich/Wiesemann 2001 sowie Lindemann 2002 und 2003.

24 | Es handelt sich hierbei um einen semiotischen, bedeutungsorientierten und konstruktivistischen Kulturbegriff, wie er in der angelsächsischen Kulturanthropologie entwickelt wurde und vielen aktuellen kulturwissenschaftlichen Studien zugrunde liegt. Er ist abzugrenzen von einem klassisch normativen Kulturbegriff, der zwischen einer Hoch- und Populärkultur unterscheidet, sowie von einem holistischen oder totalitären Kulturbegriff, der Kulturen als homogene Gemeinschaften konzipiert. Vgl. Nünning 2005, S. 112ff.; Nünning/Nünning 2003, S. 6ff. sowie Krois 2004.

25 | Vgl. Sarasin 2003a, S. 31ff. sowie Landwehr 2009, S. 47ff.

26 | Ich stütze mich in erster Linie auf »Archäologie des Wissens« von 1969 sowie auf »Die Ordnung des Diskurses« und den Aufsatz »Nietzsche, die Genealogie, die Historie« aus dem Jahr 1971.

27 | Vgl. Foucault 1981, Kapitel II sowie Foucault 2001a, S. 9.

28 | Vgl. Foucault 2001a, S. 11.

29 | Vgl. Foucault 2001a, S. 25.

30 | Der Diskurs, so hat Foucault erklärt, sei »durch die Differenz zwischen dem konstituiert, was man in einer Epoche korrekt (gemäß den Regeln der Grammatik und der Logik) sagen konnte, und dem, was tatsächlich gesagt wurde. Das diskursive Feld ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt, das Gesetz dieser Differenz.« Foucault 2001b, S. 874.

31 | Foucault 2001a, S. 11.

32 | Foucault 2002, S. 177.

33 | Vgl. Sarasin 2005, S. 114ff.

34 | Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass, wenn ich in dieser Arbeit von »Deuten« oder »Interpretieren« spreche, ich explizit nicht ein interpretatives Verstehen im Sinne der philosophischen Hermeneutik meine, das einen »verborgenen Sinn« eines Textes entschlüsseln will. Unter »Deuten« verstehe ich vielmehr die Formierung, Aneignung und Umformung von diskursiven Regeln und Mustern, bei der Bedeutung entsteht. Ich lehne mich dabei an eine Aussage von Michel Foucault an: »Wenn aber Deuten heisst, sich mit Gewalt und List eines Regelsystems zu bemächtigen, das in sich keine Wesensbedeutung trägt, und es in den Dienst eines neuen Willens zu stellen, in ein anderes Spiel einzubringen und es anderen Regeln zu unterwerfen, dann ist das Werden der Menschheit eine Abfolge von Deutungen« (Foucault 2002, S. 178).

35 | Vgl. Sarasin 2003a, S. 38 u. 41ff.

- 36** | Zur Kategorie des Realen vgl. Evans 2002, S. 250ff.; Žižek 2008, S. 85ff.; Sarasin 2003a, S. 50ff. sowie Sarasin 2003c.
- 37** | Zum Begriff des Phantasmas vgl. Evans 2002, S. 228ff.; Sarasin 2001, S. 453f. sowie Žižek 1997.
- 38** | Vgl. Schlich 1996.
- 39** | Vgl. dazu Tanner 2005, S. 59.
- 40** | Foucault bestimmt das Dispositiv als »heterogene Gesamtheit, bestehend aus Diskursen, Institutionen, architektonischen Einrichtungen, reglementierenden Entscheidungen, Gesetzen, administrativen Maßnahmen, wissenschaftlichen Aussagen, philosophischen, moralischen und philanthropischen Lehrsätzen, kurz Gesagtes ebenso wie Ungesagtes, das sind die Elemente des Dispositivs. Das Dispositiv selbst ist das Netz, das man zwischen diesen Elementen herstellen kann.« Foucault 2003a, S. 392.
- 41** | Zur Bedeutung des Dispositiv-Begriffs in Foucaults Werk vgl. Landwehr 2009, S. 76ff.; Ruoff 2007, S. 101f. sowie Sarasin 2007b, S. 215.
- 42** | Vgl. Sarasin 2005, S. 121 sowie Sarasin 2003a, S. 59.
- 43** | Vgl. z.B. Schlich 1995a, S. 20ff. oder Spirigatis 1997, S. 179.
- 44** | Vgl. etwa Bourdieu 1987; Bourdieu 1992 sowie Bourdieu 1998.
- 45** | Vgl. dazu Swartz 1997, Kapitel 4.
- 46** | Zu Quellenproblemen in der Zeitgeschichte der Medizin vgl. Schlich 2007, S. 172.
- 47** | Die bei Swisstransplant und SAMW aufbewahrten Dokumente sind zudem nicht archivarisch erschlossen, geordnet und katalogisiert. Die Dokumente werden in dieser Arbeit deshalb als einzelne Quellen verzeichnet – mit einem Hinweis auf die jeweilige Institution (Swisstransplant-Archiv oder SAMW-Archiv). Vgl. das Quellenverzeichnis im Anhang.
- 48** | Vgl. zu Mediengattungen aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive Schmidt/Weischenberg 1994; aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive Sarasin 2003a, S. 38ff.
- 49** | Zu den modernen Legenden vgl. die Ausführungen im Kapitel 5.2.
- 50** | Das kommunikationstheoretische Konzept der Medialisierung bezeichnet die Veränderung der gesellschaftlichen Prozesse durch die Bedeutungszunahme der Massenmedien. Es geht davon aus, dass die massenmedialen Inhalte und Funktionsweisen die soziale Wirklichkeit maßgeblich bestimmen. Von den zahlreichen Publikationen zur Medialisierung vgl. aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive Bösch/Frei 2006 sowie aus medienwissenschaftlicher Perspektive Imhof 2006. Zur Medialisierung der Wissenschaft vgl. Weingart 2003, S. 113ff. sowie Schäfer 2008. Zur Medialisierung der Medizin vgl. Romano 2008.
- 51** | Die Populärkultur wird in dieser Sichtweise weder als harmloses, oberflächliches Massenvergnügen noch als ideologisches Konstrukt verstanden, das eine vorgegebene Bedeutung einem willenlosen, passiven Konsumenten vermittelt, sondern als komplexer Aushandlungsprozess, als gesellschaftliche Kampfzone, als Ort der Auseinandersetzungen um Deutungsmacht, Bedeutung und kulturelle Identität, die in diesem Kampf erst produziert werden. Derart bietet die Populärkultur auch eine Ausdrucksmöglichkeit

für Widerstand und Subversion. Vgl. zusammenfassend Friese 2004, vor allem S. 479, sowie Nünning 2004, S. 535.

52 | Vgl. Schlich 1998a, S. 15.

53 | Vgl. Schlich 1995a, 1996, 1998a; Bergmann 2000, 2004, 2005; Moulin 1995; Groebner 2005, 2007, 2008, 2010, 2011.

54 | Vgl. Bellanger 2006; Bellanger/Steinbrecher 2002a, 2002b, 2004, 2005, 2006; Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002; Bellanger/Steinbrecher/Tröhler 2004; Obrecht 1996, 2001, 2003a, 2003b. Yvonne Eckert hat zudem eine Lizentiatsarbeit zur ersten Herztransplantation von 1969 in Zürich verfasst (vgl. Eckert 2003).

55 | Vgl. unter anderem Feuerstein 1995; Joralemon 1995; Joerges 1996; Junge 2001; Hauser-Schäublin u.a. 2001; Manzei 2002; Kalitzkus 2003a, 2009; Scheper-Hughes 2009; Sharp 2006; Motakef 2011.

56 | Renée C. Fox und Judith P. Swazey zeigten in ihrer medizinsoziologischen und wissenschaftshistorischen Pionier-Studie von 1974 die kulturelle Bedeutsamkeit der Organtransplantation auf. Sie stellten dar, wie diese medizinische Praxis neue soziale Beziehungen (vor allem zwischen Spender und Empfänger), Körperverständnisse und Identitäten generierte. Vgl. Fox/Swazey 1974. Vgl. auch das Nachfolgewerk Fox/Swazey 1992 sowie Youngner/Fox/O'Connell 1996.

57 | Vgl. für ethische Auseinandersetzungen mit der Organtransplantation aus dem deutschsprachigen Raum etwa die frühe und vielbeachtete Intervention des Philosophen Hans Jonas von 1968 (Jonas 1987) sowie zusammenfassend für neuere biomedizinische Positionen Ach/Anderheiden/Quante 2000 sowie Münk 2002.

58 | Eine kritische Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen und politischen Rolle der Bioethik findet sich bei Gehring 2006, S. 110ff., sowie Gehring 2012.

59 | Oft handelt es sich dabei um autobiographisch gefärbte historische Rückblicke. Als neueres Beispiel für die Schweiz vgl. Largiadèr 2010. Ältere prominente Beispiele sind Moore 1964; Starzl 1992 sowie Barnard 1994. Weitere Beispiele finden sich bei Schlich 1995b.

60 | Largiadèr 2010, S. 15. Der Gedanke, ein unheilbar krankes Organ durch ein gesundes zu ersetzen, so heißt es bereits im Klappentext des Buches, sei so einfach, so klar, so folgerichtig und so faszinierend, dass bereits die Ärzte des Altertums davon träumten.

61 | Zur Kritik an dieser Form der Geschichtsschreibung über die Organtransplantation vgl. Schlich 1995b sowie Schlich 1998a, S. 11ff.

62 | Für eine Kritik an dieser Tendenz vgl. Joerges 1996, S. 10. Joerges nennt als Beispiele die Bücher »Ersatzteillager Mensch« von Andrew Kimbrell (Kimbrell 1994) und »Die Eroberung des Körpers« von Paul Virilio (Virilio 1994).

63 | Fox/Swazey 1992, S. XV u. 197ff. Ähnlich lautete auch das Fazit der Ethnologin Vera Kalitzkus – wohlgemerkt 17 Jahre später: »Alles scheint auf eine Entwicklung hinzudeuten, in der der Körper mehr und mehr als Ressource und Ware verstanden wird. Die Marktlogik in der Transplantationsmedizin und der gesellschaftliche Druck hin zur pragmatischen Sicht auf das eigene Lebensende nehmen zu.« Kalitzkus 2009, S. 219.

64 | Moulin 1995, S. 79.

65 | Vgl. Bergmann 2004. Ein sehr ähnliches Narrativ entwickelt der französische Soziologe David Le Breton, der in seiner Studie die Entwicklung der Anatomie mit der Transplantationsmedizin verbindet (vgl. Le Breton 1993). Assoziationen der Organtransplantation mit den Verbrechen der Nationalsozialisten, insbesondere mit den oft als Euthanasie bezeichneten eugenisch motivierten Massenmorden, finden sich auch bei anderen AutorInnen (vgl. beispielsweise Feyerabend/Gehring 1996 sowie Scheper-Hughes 2009, S. 15).

66 | Als erfreuliche Ausnahmen zu nennen sind neben den Studien von Thomas Schlich die Arbeiten des Techniksoziologen Günter Feuerstein. Vgl. Feuerstein 1995 und 1996.

67 | Unter Medikalisierung wird die Ausweitung und Intensivierung medizinischer Macht in der Gesamtgesellschaft bzw. die zunehmende Durchdringung der Wahrnehmung, des Denkens und des Alltagsvollzugs durch medizinische Kategorien und Normen verstanden. Das Konzept der Medikalisierung ist in der jüngeren Medizingeschichte ebenso einflussreich wie umstritten. Vgl. Stolberg 1998 sowie Eckart/Jütte 2007, S. 312.

68 | Lemke/Wehling 2009, S. 88. Vgl. auch Spigatis 1997, S. 175 sowie Feuerstein 1996, S. 119.

69 | Vgl. Kalitzkus 2009, S. 83 u. 223; Manzei 2003, S. 211 u. 220 sowie Wellendorf 1993, S. 37. Baureithel und Bergmann sprechen von einem »Zwang zum Selbstzwang« (Baureithel/Bergmann 1999, S. 233); Junge spricht von einem »sanftem Zwang« (Junge 2001, S. 192).

70 | Junge 2001, S. 218.

71 | Junge 2001, S. 220.

72 | Junge 2001, S. 219.

73 | Vgl. Junge 2001, S. 169ff. Ähnlich wie Junge analysiert Mona Motakef den Diskurs des Organmangels als Ort biopolitischen Regierens, in dem die Individuen als veräußernde und gebende Subjekte angesprochen würden. Sie stellt zwar einerseits die Freiwilligkeit der postmortalen Organspende in Frage, weist andererseits aber auch darauf hin, dass die diskursive Anrufung der Individuen als OrganspenderInnen häufig scheitert (vgl. Motakef 2011, S. 35, 190 u. 211).

74 | Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels ab den 1960er Jahren, der mit einem Bedeutungszuwachs der Massenmedien und gestiegenen demokratischen Partizipationsansprüchen einhergegangen sei, so eine häufige These, habe sich auch die soziale Position der Medizin gewandelt: Die Wissensunterschiede zwischen Ärzten und Laien hätten sich verringert, die Deutungsmacht der medizinischen Experten sei relativiert und zunehmend erfolgreich von nicht spezialisierten Akteuren eingefordert worden. Die Bewunderung, das Vertrauen und die »Heldenverehrung« der Ärzte sei vermehrt in Skepsis und Kritik umgeschlagen und habe einem »Unbehagen an der Medizin« Platz gemacht. Diese These findet sich in verschiedenen medizinhistorischen Studien. Vgl. etwa Maio 2005; Borck 1996, S. 9ff. u. 17ff.; Seidler 2000, S. 264 sowie Shorter 1993, S. 792ff. Zur Medialisierung der Wissenschaften und der Medizin und ihren Effekten vgl. Romano 2008; Schäfer 2008, S. 208; Weisker 2003, S. 418ff. sowie Weingart 2003, S. 116ff.

75 | Zu dieser Vorstellung vgl. Frow 1997, S. 148ff.; Gehring 2006, S. 34ff.; Herrmann 2006; Fach/Pates 2006 sowie Sarasin 2007.

76 | Vgl. Sharp 2000.

77 | Vgl. Scheper-Hughes 2009, S. 15.

78 | Es gebe keine pure Form des Geschenks und keine pure Formen von Geschenk-Ökonomie und Waren-Ökonomie, konstatiert etwa John Frow. Sie seien immer verflochten in hybriden Konfigurationen; Geschenk und Ware würden sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern hätten bestimmte Formen von Kalkulierung, Strategie und Motivation gemeinsam. Vgl. Frow 1997, S. 124. Zur sogenannten »gift vs. commodity«-Debatte in den Sozialwissenschaften vgl. Rus 2008.

79 | Vgl. Waldby/Mitchell 2006, S. 9ff. Waldby hat den Begriff des Biowerts (»biovalue«) eingeführt. Er steht für den Wert von Körperteilen und Geweben Toter für die Gesundheit und Lebenskraft von Lebenden. In einem weiteren Sinne wird Biowert überall dort generiert, wo das menschliche Leben, die menschlichen Lebensprozesse selber gewinnbringend für menschliche Projekte genutzt werden (vgl. Waldby 2000, S. 33 sowie Rose 2007, S. 32). Menschliche Organe besitzen einen Biowert, der sie zu wertvollen medizinischen Gütern macht. Organe unterscheiden sich aber von anderen menschlichen Gewebe-Produkten, die nach der Entnahme technisch verbessert oder patentiert werden, und dadurch eine Kommodifizierung erfahren. Bei den Organen ist es alleine ihr Lebendigsein, in dem ihr Biowert, ihre Produktivität besteht (vgl. Waldby/Mitchell 2006, S. 21ff.). Systeme, die den Biowert, die Produktivität von Körperteilen für das Leben und die Gesundheit anderer maximieren, bezeichnen Waldby/Mitchell als Gewebe-Ökonomien (vgl. Waldby/Mitchell 2006, S. 31f.).

80 | Vgl. Kalitzkus 2003b, S. 43ff.; Kalitzkus 2009, S. 30ff. sowie Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 78ff. u. 133ff.

81 | »Wir sind der Ansicht, dass das »Zuhausesein« im Leib, die Leiblichkeit des Subjekts, des fühlenden und denkenden Menschen, und die objektivierbare Welt der Naturwissenschaften, die einen Umgang mit Körpern (und nicht mit Leibern!) möglich machen, das Dilemma ist, in welchem sich Menschen befinden, die mit Humantechnologie direkt zu tun haben.« Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 136f.

82 | Vgl. Kalitzkus 2003a, S. 108; Kalitzkus 2009, S. 27ff. u. 131f.; Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 155ff.

83 | Motakef 2011, S. 66.

84 | Vgl. zur Kritik an der Unterscheidung von Leib und Körper Sarasin 2003b, S. 106ff. Vgl. auch Tanner 1994, S. 500.

85 | Diese Gedanken beruhen auf Borck 1996, S. 30f.

86 | Vgl. zur Bedeutung des Realen des Körpers in der Geschichtswissenschaft Tanner 1994, S. 498ff. sowie Sarasin 2003b, S. 117ff.

87 | Die Allotransplantation bezeichnet die Übertragung von Gewebe eines genetisch nicht-identischen Spenders derselben Art. Die Xenotransplantation, die Übertragung tierischer Organe, sowie die alloplastische Transplantation, die Implantation künstlicher Organe, spielen in dieser Arbeit nur ganz am Rande eine Rolle.

88 | Weitere innere Organe oder Organteile, etwa der Dünndarm, wurden im untersuchten Zeitraum nur in Einzelfällen transplantiert. Eine Ausnahme bilden die Langerhansschen Inseln, eine Zellenansammlung in der Bauchspeicheldrüse, die in der Schweiz seit Mitte der 1990er Jahre zum Teil anstelle der Bauchspeicheldrüse transplantiert wurden.

89 | Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1974, S. 67.

90 | Für die statistischen Daten vgl. www.irodat.org [25.6.2015] sowie Nett u.a. 2003, S. 559.

91 | Für 2002 vgl. Nett u.a. 2003, S. 561. Für spätere Jahre vgl. www.irodat.org [25.6.2015].

92 | Um ein eigenständiges System handelte es sich bei der Schweizer Transplantationsmedizin insofern, als dass sich seit 1969 die sechs transplantierenden Schweizer Spitäler in Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen und Zürich organisierten, um die Technik der Organtransplantation zu vereinheitlichen und vor allem den Organaustausch zu koordinieren. Der 1969 gegründeten »Arbeitsgemeinschaft für Transplantationschirurgie« gehörten für einige Jahre auch die Spitäler in München und Freiburg i.Br. an. Etwa zur gleichen Zeit entstanden mit der »Schweizerischen Nephrologischen Kommission für Nierentransplantationen« und der »Schweizerischen Arbeitsgruppe für Histokompatibilität« weitere gesamtschweizerische Zusammenschlüsse. Ab 1985 wurde die Zusammenarbeit unter dem Dach der Stiftung Swisstransplant zusammengefasst und intensiviert. Ein Anschluss an Eurotransplant, eine internationale Organvermittlungs-Organisation, die neben Deutschland auch die Benelux-Staaten und Österreich umfasste (seit 1999 auch Slowenien und seit 2007 Kroatien), wurde zu verschiedenen Zeitpunkten diskutiert, aber stets verworfen. Vgl. Arbeitsgemeinschaft für Transplantationschirurgie, in: SÄZ, 5.11.1969, S. 1186; Universitätsspital Zürich, Jahresbericht 1969, S. 23f.; Swisstransplant, in: SÄZ, 26.2.1986, S. 297 sowie Largiadèr 2010, S. 85ff. u. 247ff. Das Selbstverständnis einer eigenständigen Schweizer Transplantationsmedizin zeigt sich in folgenden Ausführungen des Schweizer Transplantationschirurgen Gilbert Thiel, der 1999 von einem »Schweizer Extrazügli« sprach und den Anschluss an Eurotransplant mit dem Beitritt zur Europäischen Union verglich: »Die Diskussion für oder gegen einen Anschluss von Swisstransplant an Eurotransplant erinnert an die politische Debatte um den Anschluss der Schweiz an die Europäische Union. Die Teilaufgabe der Autonomie, der Anschluss an eine große zentrale Organisation mit deren Mängeln, der fehlende Schutz für eigene, wohlbehütete Institutionen, die trotz oder wegen ihrer Kleinheit tadellos funktionieren, stehen auf der einen Seite – auf der anderen Seite sind da die unbestrittenen Vorteile eines Anschlusses und das schwindende Selbstbewusstsein, weiterhin ein »Extrazügli« betreiben zu wollen, selbst wenn es sehr gut fährt.« G. Thiel, Beitritt der Schweiz zu Eurotransplant: die Contra-Position, Basel o. D., Archiv des Kantonsspitals St. Gallen, S. 5.

