

MONA MOTAKEF

KÖRPER ALS GABE: DIE KONSTRUKTION VON
NIEREN IM DISKURS DER ORGANTRANSPLANTATION

**ANNÄHERUNG UND GRENZÜBERSCHREITUNG: KONVERGENZEN GESTEN VERORTUNGEN
SONDERBAND 1 DER SCHRIFTEN DES ESSENER KOLLEGS FÜR GESCHLECHTERFORSCHUNG
(HG.) ILSE MODELMOG, DIANA LENGERSDORF, MONA MOTAKEF
2008, DIGITALE PUBLIKATION
DRUCKAUSGABE: ISSN 1617-0571**

**DER SONDERBAND DER SCHRIFTENREIHE IST URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZT. ALLE RECHTE
BLEIBEN VORBEHALTEN. JEDE VERWERTUNG AUßERHALB DER ENGEN GRENZEN DES URHE-
BERRECHTSGESETZES IST UNZULÄSSIG UND STRAFBAR.**

Körper als Gabe? Die Konstruktion von Nieren im Diskurs der Organtransplantation

Der Medizin liegen spezifische Konzeptionen des menschlichen Körpers zu Grunde. In Bezug auf die medizinische Technologie Organtransplantation zum Beispiel wird der Körper und seine Teile als objektivierbar und veräußerbar verstanden. Teile des menschlichen Körpers lassen sich wie Ersatzteile in einen anderen Menschen transplantieren. Organe werden damit zu therapeutischen Werkzeugen. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Organtransplantation als eine medizinische Technologie beschreiben, die bislang gültige Grenzverläufe überschreitet.

Mit der Vorstellung der Veräußerbarkeit von Teilen des Körpers hat sich mit der Organtransplantation auch eine therapeutische Methode durchgesetzt, die die Frage aufwirft, in welchem Modus Organe veräußert werden sollen: als Waren oder als Gaben? Zudem erfordert die medizinische Therapie für ihre Zwecke einen immer größer werdenden Bedarf nach veräußerbaren Teilen des Körpers.

In Deutschland beruht die Entscheidung für oder gegen die Entnahme von Organen auf Freiwilligkeit. Die Praxis der Organtransplantation wird damit von einer Kultur der Gabe gerahmt, was u.a. bedeutet, dass mit Teilen des Körpers unter keinen Umständen Handel getrieben werden darf. Dies regelt das deutsche Transplantationsgesetz, das 1997 in Kraft trat. Nur wer einen Organspendeausweis bei sich trägt oder deren Angehörige die Organe zur Explantation frei geben, dem werden Organe im Falle seines Hirntodes nach §§ 3 und 4 entnommen. Auch die Lebendorganspende, so sieht es das Gesetz vor, soll frei von moralischen oder familiären Zwängen erfolgen. In der Lebendorganspende können Angehörige eines Patienten oder einer Patientin bereits zu Lebzeiten eine Niere spenden, da dieses Organ paarig angelegt ist. Ob die Entscheidung für eine Lebendorganspende tatsächlich auf Freiwilligkeit beruht, wird durch eine Kommission geprüft. Sie urteilt in einem Gutachten darüber, ob die Lebendorganspende

wirklich für beide Seiten vertretbar und durch Freiwilligkeit motiviert ist (TPG § 8 [3]).¹

Gegenwärtig gibt es in Deutschland wie in fast allen anderen Industrieländern einen Mangel an transplantierbaren Organen. Im Jahr 2006 konnten 4.646 postmortal entnommene Organe transplantiert werden. Die Zahl der Personen, die auf der Warteliste auf ein Organ warten, beträgt 12.000 (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007). Um diesen Mangel an Organen zu beheben, wird gegenwärtig diskutiert, das Transplantationsgesetz zu ändern, wie etwa durch die Einführung von Pool-Modellen oder ökonomischen Anreizen.

Der Fokus meines Beitrages liegt auf der Auseinandersetzung mit der Vorstellung von Körpern als Gaben.² Ich stelle theoretische und empirische Arbeiten zur Gabe in der Organtransplantation vor, um zu zeigen, dass der Rekurs auf diese Kategorie widersprüchlicher ist als es zunächst erscheint. Damit soll nicht gegen den Modus der Gabe argumentiert werden. Auch geht es mir nicht darum, einen weiteren Vorschlag zur Behebung des Organmangels vorzustellen. Mein Anliegen ist es, erste Antworten auf die Frage zu erhalten, wie der Körper und seine Teile im Diskurs der Organtransplantation konstruiert werden.³

Warum der Fokus auf Nieren? Die Niere ist in der legalen Organtransplantation wie im illegalen Organhandel das am häufigsten transplantierte Organ. Da Nieren paarig angelegt sind, können auch Lebendspenden durchgeführt werden, ohne dass der Spender eine große gesundheitliche Beeinträchtigung erfahren muss. Die Niere wird in der Regel auch nicht zur Lebensrettung, sondern zur Erhöhung der Lebensqualität transplantiert, so dass sich der niereninsuffiziente Patient nicht dialysieren muss, was sehr zeitaufwendig ist. Da ich davon ausgehe, dass Körperteile kulturell besetzt sind, ist eine Differenzierung zwischen den transplantierbaren Organen wie dem Herz, der Leber oder eben der Niere notwendig.

¹ Tatsächlich muss auch der Empfänger bereit sein, das Organ implantiert zu bekommen. Auch das Nehmen beruht auf Freiwilligkeit. Ein Elternteil zum Beispiel darf sein niereninsuffizientes Kind nicht dazu zwingen, dass es von ihm ein Organ spendet bekommt.

² Kritische Auseinandersetzungen mit dem Körper als Ware bietet Schneider 2007.

³ Die Konstruktionsthese des Körpers wurde an anderer Stelle bereits erörtert, weswegen an dieser Stelle der Verweis auf Jäger 2004 genügen soll.

Die Gabe in der Fachliteratur zur Organtransplantation

Marcel Mauss (1872-1950) gilt als Begründer der soziologischen und ethnologischen Debatte zur Gabe. In seinem *essai sur le don* entfaltet er den Gedanken, dass für den Gabentausch das Geben, das Nehmen und das Erwidern kennzeichnend sind (Mauss 1924: 36ff; 91f).⁴ Der Gabentausch ist von dem Widerspruch gekennzeichnet, dass er zwar auf Freiwilligkeit beruht, er jedoch immer erwidert werden muss (Mauss 1924: 17). Durch den Austausch von Gaben entsteht ein Beziehungsgeflecht zwischen Individuen und Gruppen, wodurch soziale Beziehungen reproduziert werden und Vergemeinschaftung entsteht. Die Bindung zwischen den beiden Seiten entsteht nicht durch die Sache selbst, sondern durch den Bezug des Beschenkten zum Gebenden. Denn die Fremdheit des Gebenden bleibt in der Sache weiterhin existent. Mauss führt aus, dass etwas geben, „soviel heißt wie etwas von sich selbst geben“ (ebd.: 35). Die Vorstellung, dass die Sache, obgleich sie übergeben wird, Teil der schenkenden Person bleibt, erklärt die bindende Kraft der Gabe. Die Vermischung von Person und Sache ist für Mauss konstitutiv für die empfundene Pflicht, die Gabe zu erwidern: „Selbst wenn der Geber sie abgetreten hat, ist sie noch ein Teil von ihm. Durch sie hat er Macht über den Empfänger, so wie er durch sie, als ihr Eigentümer, Macht (...) hat“ (ebd.: 33).

In der wissenschaftlichen Literatur zu Organtransplantationen gibt es zwei Perspektiven auf die Gabe: Zum Einen wird ihr Rekurs als verschleiernendes Werbe-Instrument der Transplantationsmedizin kritisiert. Zum Anderen wird sie im Anschluss an Marcel Mauss als Analysekategorie eingesetzt, um die soziale Dynamik einer Organtransplantation beschreiben zu können.

Die Gabe als Instrument der Verschleierung

Die Semantik der Gabe ist in Bezug auf postmortale „Spenden“ unangebracht. Ihr Rekurs dient werbestrategischen Gründen zur Ressourcengewinnung von Organen. So argumentiert zum Bei-

⁴ Frank Adloff und Steffen Sigmund ergänzen den Mauss'schen Zyklus mit dem für die Organspende relevanten Aspekt des Erbittens von Gaben (Adloff/Sigmund 2005: 227).

spiel der Soziologe Werner Schneider. Ein Mensch kann zu Lebzeiten bekunden, dass er oder sie bereit ist, seine Organe zu verschenken. Die reale Umsetzung erfolgt jedoch erst im Falle des Hirntodes des Gebenden. Die Gabe kann also nur eine virtuelle sein (1998: 239). Zudem fehlt das entscheidende Charakteristikum, das nach Marcel Mauss eine Gabe zu einer solchen macht: ihre Funktion als Initiatorin von sozialen Beziehungen (ebd.: 241). Organe, die einem Hirntoten entnommen werden, sind anonyme Gaben. Der Empfänger erfährt nichts von der Herkunft seines Transplantats, aus welchem Grund soziale Beziehungen verhindert werden.

Ähnlich argumentiert die Anthropologin Emiko Ohnuki-Tierney: Die Semantik der Gabe verschleiert, dass die Person, der Organe entnommen werden sollen, nicht mehr aktiv entscheiden kann, ob sie ihre Organe verschenken will oder nicht, da sie bereits hirntot ist. Sie kann nur zu einem vorherigen Termin eine Entscheidung fällen. Diese Entscheidung wird zudem durch die Semantik der Gabe beeinträchtigt, da sie die Organspende moralisch überhöht. Dies zeigt sich an der Entscheidung für oder gegen einen Organspendeausweis. Die Person, die einen Organspende-Ausweis ausfüllt, ist auf der moralisch höheren Position als diejenige Person, die sich gegen den Ausweis entscheidet. Diese Mystifikation bezeichnet Ohnuki-Tierney als gefährlich, da sie die Entscheidungsfreiheit für oder gegen die Technologie beeinflusst (1994: 238).

Mit der Begründung, dass der Begriff Organspende den Begriff der Spende pervertiert und damit ein verzerrtes Bild von Solidarität schafft, wurde der Begriff 1998 sogar zum Unwort des Jahres nominiert.⁵ Ohne den Zusatz Organ wird unter einer Spende eine freiwillige Gabe an eine Person oder eine Institution verstanden. Es ist etwas, was der Spendende entbehren kann, ohne dass ein Schaden entsteht. Es darf weder ein Anspruch auf eine Spende erhoben werden, sowenig sie erzwungen werden kann. Zudem setzt eine Spende immer ein aktives Handeln voraus, und trifft damit zwar in der Lebendorganspende, dafür nicht in der postmortalen Spende zu (Schlosser 1998: 268).

⁵ Als Unwort des Jahres 1998 wurde „Organspende“ jedoch nicht gewählt, sondern „Wohlstandsmüll“ (vgl. Schlosser 1998: 274).

Emiko Ohnuki-Tierney analysiert Organtransplantation als einen bestimmten judeo-christlichen Wissensbestand. Medizinisches Wissen ist nicht, wie im medizinischen Selbstverständnis ausgegangen wird, objektiv und universell gültig, sondern vielmehr Ausdruck bestimmter kulturell erworbener Praktiken. Die Bezeichnung von Organspenden als Akte der Nächstenliebe zum Beispiel ist ein spezifisch christliches Konzept. Von daher ist es nicht verwunderlich, dass es in einigen Ländern wie Japan starke Widerstände gegen die Einführung dieser Technologie gibt. Denn dieses spezifisch westliche Konglomerat an Deutungen über den Körper, sowie über die Vorstellung von Organen als Gaben lässt sich nicht beliebig auf andere Kontexte übertragen (1994: 236f.).

Soziale Dynamiken der Gabe

Die ersten systematischen sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit Organtransplantation sind in den USA in den späten 1970er Jahren entstanden. Die Gabe erhält in diesen frühen Untersuchungen, die sich überwiegend der Lebendorganspende widmen, eine Schlüsselrolle. Hier ist die von Susan Klein Marine, Roberta G. Simmons und Richard L. Simmons im Jahr 1977 erschienene Arbeit *Gift of Life* zu nennen, in der die Autorinnen und der Autor die Auswirkung der Organtransplantation auf das Individuum, die Familie und soziale Dynamiken untersuchen. Ihre Befunde werden auch heute noch bestätigt: In Interviews mit Angehörigen, die für eine Lebendorganspende in Frage kommen, stellen sie fest, dass die Entscheidungen für die Spende oft unter Zwang entsteht. Mit der Spende wird versucht, Fehler der Vergangenheit wieder gutzumachen oder eine bessere Position in dem Familiengefüge zu erlangen. Oft sind es die „schwarzen Schafe“ einer Familie, wie schwierige Kinder, die spenden.

Andererseits kann die Spende, wenn sie wirklich aus altruistischen Motiven erfolgt ist, positive Konsequenzen für den Spender haben. Aus der Spende kann das Gefühl erwachsen, etwas Sinnvolles getan zu haben. Negative Gefühle erwachsen vor allem bei Nierenspendern, deren Spende zu negativen Erfolgen beim Empfänger geführt hat. Interessanterweise befragten sie auch Personen, die sich dagegen entschieden haben, eine Niere an ihren Angehörigen zu spenden. Auf einen langen Zeitraum betrachtet, fünf bis neun Jahre nach der Transplantation, geben sie in den

Interviews überwiegend an, dass sie sich von ihren Familien entfernt haben (ebd. xxv). Wenn das Erbitten der Gabe verweigert wird, hat dies einen Abbruch der sozialen Beziehung zur Folge.

Ein Jahr nach *Gift of Life* erschien die Arbeit *The Courage to Fail* der Soziologin Renée Fox und der Biologin und Medizinhistorikerin Judith P. Swazey. In dieser Arbeit streichen die Autorinnen die Bedeutung des Gaben-Ansatzes heraus:

„The giving and receiving of a gift of enormous value, we believe, is the most significant meaning of human organ transplantation. This extraordinary gift exchange however, is not a private transaction between the donor and the recipient. Rather it takes place within a complex network of a personal relationship that extends to the families, the physicians, and the members of the medical team who are involved in the operation. Within the network of these relations, a complex exchange occurs through which considerably more than the organ is transferred” (Fox/Swazey [1978] 2001: 5).

Dass „mehr“ als ein Organ transplantiert wird, erklärt die Ethnologin Vera Kalitzkus. Die Organe werden zwar in der Transplantationsmedizin zu therapeutischen Werkzeugen, dennoch können die Patientinnen und Patienten oftmals die Organe nicht als rein materielle Körperteile empfinden. Sie werden auf der Ebene des Leibes des Spenders betrachtet und lassen sich deswegen nicht von seiner Person und der Identität lösen (Kalitzkus 2003: 248f.). Die Vorstellung von in gewisserweise beseelten Transplantaten, die eine Geschichte haben, könnte man aus medizinischer und damit aus rationaler Sichtweise als esoterisch abtun. Es lässt sich jedoch nicht leugnen, dass es auch zahlreichen Ärzten nicht gelingt, die Organe als dumpfe Ersatzteile zu abstrahieren. Dies belegen Interviews, die die Anthropologin Margaret Lock mit Ärzten führte (Lock 2001).⁶ Dass Teile des Körpers sich auch aus therapeutischen Zwecken nicht vollständig verobjektivieren lassen, ist damit Ausdruck einer kulturellen Körper-Konvention: Körpersein und Körperhaben werden nicht als zwei unterschiedli-

⁶ Margaret Lock berichtet von einem Interview mit einem Chirurgen, der sich gegen die Organspende von Häftlingen vor Vollstreckung der Todesstrafe ausspricht. Seine Bedenken gelten nicht ethischen Fragen, sondern der Tatsache, dass das Organ des Kriminellen in dem Empfänger auf unvorteilhafte Art wirksam werden könnte (Lock 2001: 72). Ulrike Baureithel und Anna Bergmann stellten Vorbehalte von Ärzten zum Hirntodkonzept vor (1999).

che Kategorien gedacht, auch wenn die naturwissenschaftlich fundierte Medizin eine andere Körper-Konzeption anbietet.

Die Vermittlung der gebenden und der empfangenden Seite der Organtransplantation erfolgt im System der postmortalen Organtransplantation auf Ebene des medizinischen Körperkonzepts. Die mit der Übertragung noch lebendiger Körperteile entstehende Verbindung auf der Ebene des Leibes wird aus der medizinischen Perspektive auf den Körper nicht wahrgenommen. Die nach der Logik der Gabe zwingende Frage nach Reziprozität und damit nach dem Erwidern der Gabe ist innerhalb der medizinischen Logik irrational. In der Praxis resultiert dies jedoch in einem unvollständigen Gabentausch: Die Patientinnen und Patienten befinden sich in dem Dilemma, ein unbezahlbares Geschenk erhalten zu haben und der Verpflichtung zur Gegengabe nicht nachkommen zu können. Dies kann als psychisch belastend empfunden werden und sich zum Beispiel in Schuldgefühlen äußern.

Unvollendet ist der Gabentausch auch für die spendende Seite. Während in der Lebendorganspende der Spender mit dem Empfänger in Kontakt sein und den Erfolg seiner Spende miterleben kann, gestaltet sich die Situation für die Angehörigen eines von ihnen zur Explantation freigegeben Hirntoten als schwieriger: Nach der Explantation reißt der „Gabentausch“ ab. Sie erfahren weder etwas über den Verbleib der Organe, noch erfahren sie ein „Dankesritual“ (vgl. Kalitzkus 2003: 247f.). Vera Kalitzkus fordert aus diesem Grund eine Änderung: Die Dimension der Gabe, die bei vielen Angehörigen mitschwingt, müsste sich in einer „institutionalisierten Gegengabe von gesellschaftlicher bzw. transplantationsmedizinischer Seite niederschlagen“ (Kalitzkus 2002: 50).

Geschlechterunterschiede in der Entscheidung für die Gabe

Die von mir skizzierten Befunde zeigen, dass Marcel Mauss Beobachtungen zum Gabentausch auch in der Organtransplantation Bestand haben. Die Gabe wird oft als moralische Kategorie überhöht und als bessere Ökonomie als Gesellschaftsutopie formuliert (vgl. Godbout 2001). Dagegen hat Mauss gerade Aspekte des Zwangs akzentuiert.

Der Blick auf das Geschlechterverhältnis in der Lebendorganspende zeigt ein festes Muster, mit dem sich die Ambivalenz der Kategorie der Gabe veranschaulichen lässt: Frauen spenden Or-

gane, Männer empfangen sie. In Deutschland lag die Geschlechter-Verteilung bei Lebendspenden im Jahr 1998 bei 63% Frauen und 37% Männer (Smit 1999). Biller-Andorno referiert Daten von *Eurotransplantat*, die belegen, dass die Gruppe der Mütter in Deutschland mit 27% am häufigsten spenden, während die Gruppe der Väter an dritter Stelle, weniger als halb so oft wie die Mütter spenden. An zweiter Position stehen die Ehefrauen, während die Ehemänner ihnen erst an fünfter Stelle folgen. Umgekehrt verhält es sich mit der Empfängerseite: Hier sind es zu zwei Dritteln Männer, die Organe empfangen und zu einem Drittel Frauen (Biller-Andorno 2004).

Nierenlebendspenden in Deutschland im Jahr 1999

N=380	Männer (Prozent)	Frauen (Prozent)
	Spender	
Sohn-Tochter/ Tochter-Sohn	1	1
Bruder-Schwester/ Schwester-Bruder	8	12
Vater-Mutter/ Mutter-Vater	13	27
Ehemann-Ehefrau/ Ehefrau-Ehemann	11	19
Andere Familienmitglieder	2	2,5
Nicht verwandt	1	2,5
Insgesamt	36	64
<i>Empfänger (Prozent)</i>	62	38

Quelle: Biller-Andorno 2004: 226

In der Literatur finden sich eine Reihe von Vermutungen über die höhere Spendenbereitschaft von Frauen. Eine systematische Untersuchung von Gründen für die Spende in Bezug auf Geschlecht sowie weiteren Variablen steht jedoch noch aus. Susan Klein Marine, Roberta Simmons und Richard Simmons vermuteten, dass Organspenden von Frauen als Ausweitung ihrer familiären Pflichten gelesen werden können. In ihrer Untersuchung stellen sie fest, dass Frauen eher altruistische Motive für ihre Organspende aufführen, während Männer sie als einen heroischen Akt beschreiben (1987). Auch Judith Lorber und Lisa Jean Moore schlagen vor, die hohe Nierenspendebereitschaft von Frauen als eine Ausweitung ihrer weiblichen Pflichten zu lesen. Die Rollen-

erwartung an Mütter oder Ehefrauen geht mit einem hohen Maß an Aufopferung für die Familie einher. Die geringe Spendenbereitschaft von Männern leiten die Autorinnen aus einem Konzept von Männlichkeit ab, zu dem körperliche Unversehrtheit und Unverletzbarkeit gehört. Sie ziehen Parallelen zu dem Bild des verletzten Soldaten, das als gescheiterte Männlichkeit gelesen werden kann. Die Verletzung, der Eingriff in den Körper symbolisiert Schwäche (Lorber/Moore 2002). Hier schließen sich Fragen an, inwieweit die Explantation bei Männern eine geringere Position im Geschlechterverhältnis bedeuten kann, während hingegen Frauen offenbar durch die Organspende eine Bestätigung von Weiblichkeit erfahren.

Sakrale und profane Körper – ein kurzer Blick in die Körpergeschichte der Organtransplantation

In der Diskussion, ob Organe im Modus der Gabe oder besser im Modus der Ware veräußert werden sollten, finden sich bestimmte Konzepte über den humanen Körper und seine Teile. Wenn Körperteile verschenkt werden, bleibt der Körper ein sakrales Objekt. Er wird zwar veräußert, jedoch nicht als unbeseeltes Eigentum wie etwa ein Auto. Könnten Teile des Körpers verkauft werden, wird er veräußerbarem Eigentum gleichgesetzt und damit profanisiert. Auch wenn die Frage nach der Konstruktion von Körpern in der Regel in diesen Debatten kaum gestellt wird, ist sie meines Erachtens für eine politische Entscheidung zentral.

Dass die Entscheidung für oder gegen die Entnahme von Organen auf Freiwilligkeit beruht – Organe hierbei als Gaben konzipiert werden – ist in der Geschichte der Chirurgie und der Anatomie ein Novum. Die beiden medizinischen Disziplinen gelten als Vorläufer der Transplantationsmedizin. Die britische Medizinhistorikerin Ruth Richardson berichtet, dass menschliche Körper und seine Teile in England zwischen 1675 und 1725 zu medizinischen Zwecken auf einem Schwarzmarkt gehandelt wurden. Grabraub war eine gängige Praxis von Medizinern, um tote Menschenkörper zur Sektion zu gewinnen. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden entweder Körper von Gefangenen und später Körper von zu Lebzeiten armen Menschen, die ihre Beerdigung nicht selbst zahlen könnten, zu Zwecken der Anatomie oder Chirurgie verwendet (1996: 66-99).

Erst seit der breiteren Einführung der Organtransplantation in den 1960er Jahren hat sich das Konzept des Organspenders durchgesetzt, der freiwillig seine Organe spendet. In ihrer Untersuchung aus dem Jahr 1978 gehen die Autorinnen Fox und Swazey davon aus, dass die Praxis der Organtransplantation bislang noch nicht an einem Punkt angekommen ist, an dem das Spenden von Organen verpflichtend ist oder etwas Gewöhnliches darstellt. Aufgrund medizinischer Innovationen ist die Zahl der Organtransplantationen nach dem Erscheinen des Buches enorm gestiegen. Mit den Entwicklungen in der Immunsuppression, der medikamentösen Unterdrückung von Immunreaktionen auf das neue Organ, konnten Transplantationen stark ausgebaut werden. Für eine Organspende kamen damit nicht nur genetische, sondern auch „emotional verwandte“ Menschen in Frage. Mit den medizinischen Fortschritten konnten immer mehr Menschen transplantiert werden, so dass Angebot und Nachfrage nach Transplantaten immer stärker auseinanderklafften.

Seit den 1980er Jahren hat sich der Diskurs der Organtransplantation verändert. Auch wenn die Organspende weiterhin als „gift of life“ bezeichnet und der Begriff „encouraged altruisms“ verwendet wird, um Personen dazu zu motivieren, Organe zu spenden, wird der Dynamik der Gabe nach Marcel Mauss immer weniger Gewicht zugemessen. Fox und Swazey kommentieren:

„In part this was due to a latent assumption that gained ground (an erroneous assumption, in our opinion): that because transplantation had become more commonplace and routinized in some respect, it was no longer evoking the powerful positive and negative gift-associated reactions in donors, recipients, and their families that it had in the past“ (ebd. 44).

In ihrer Folgestudie von 1992 beobachten die Autorinnen eine schrittweise Vermarktung des Körpers und seiner Teile. Mit der zunehmenden Objektivierung des Körpers werden transplantierte Organe immer weniger als lebende Teile der Person angesehen. Durch die routinemäßige Durchführung von Organtransplantationen kam es zu einer weiteren Vernachlässigung der Bedürfnisse von Angehörigen der gebenden Seite der Transplantationsmedizin.

Die Autorinnen fassen zusammen: In den 1950er Jahren wurde eine Organverpflanzung als besonderes Ereignis begangen. Mit dem Ausbau und dem damit entstandenem permanenten Mangel an Organen hat die Transplantationsmedizin den humanen Kör-

per zu einem Ersatzteillager umgedeutet und damit profanisiert (Fox 1996: 261f.). Margaret Lock regt dagegen an, die Profanisierung von Körpern und seiner Teile nicht nur zu dämonisieren. Wenn Patientinnen und Patienten eine Transplantation erlebt haben, kann die medizinische Sicht auf Organe als dumpfe Ersatzteile auch hilfreich sein. Würden Dimensionen der Gabe ritualisiert, könnten sie auch gerade psychische Belastungen wie Schuldgefühle bei den Empfängern von Transplantaten verstärken oder sogar erst hervorrufen (Lock 2001: 72).

Neue Körper?

Die Transplantationsmedizin ist ein Beispiel für die tief greifenden Veränderungen, die mit neuen Medizintechnologien in unseren Körperverhältnissen und in unserem Menschenbild hervorgehoben werden. Denn die Reichweite der Frage nach der Bedeutung von Körpern in der Debatte zum Transplantationsgesetz geht weit über die Belange der auf der Warteliste zur Transplantation stehenden Patienten und Patientinnen hinaus.

Ich habe in meinem Beitrag den Fokus auch aus dem Grund auf die Gabe gelegt, da mit diesem Begriff oft als Schlagwort für eine „bessere Strategie“ geworben wird. Die Ausführung haben jedoch deutlich gemacht, dass der Modus der Gabe in der Organtransplantation widersprüchlicher ist, als er zunächst erscheint. In der Debatte zur Änderung des Transplantationsgesetzes ist oft zu hören, dass die Einführung von ökonomischen Anreizen Zwänge zur Folge hat, da arme Menschen genötigt würden, aus Existenzsicherungsgründen ihre Organe zu verkaufen. Wenn man den Blick auf das Geschlechterverhältnis in der Lebendorganspende richtet, wird man jedoch feststellen, dass Zwänge auch im Rahmen des Gabentausches wirksam werden. Denn von Freiwilligkeit in der Entscheidung zur Spende kann nicht immer die Rede sein, auch wenn das Transplantationsgesetz den Modus der Gabe vorsieht und die Freiwilligkeit des Spenders durch Prüfung eines Expertenteams sogar kontrolliert. Der Blick auf das Geschlechterverhältnis zeigt, dass Spendeverhalten an bestimmte gesellschaftliche Geschlechter-Rollen geknüpft ist. Außerdem wird in der Praxis der Modus der Gabe behauptet, ohne dass er in der postmortalen Spende eingehalten wird: Der Gabentausch bleibt

durch die Trennung der gebenden und empfangenden Seite unvollendet.

Deutlich wurde auch, dass die Vorstellung von Körperteilen als Gaben oder Waren keine anthropologischen Konstanten darstellen, sondern Ausdruck eines spezifischen dominant gewordenen medizinischen Körperwissens ist. Dieses Körperwissen, das auf der Vorstellung von Organen als von allen Leibaspekten gereinigten dumpfen Ersatzteilen basiert, wird nicht von allen Menschen in gleichem Maße geteilt. Ihre Vorbehalte sollten nicht als irrational abgetan werden. Forschungsbefunde haben immer wieder auch auf Vorbehalte von Medizinerinnen und Medizinern hingewiesen, von denen man annehmen könnte, dass sie aufgrund ihrer Berufspraxis medizinische Konzepte des Körpers verinnerlicht haben.

Die Debatte über eine Änderung des Transplantationsgesetzes hat ihren Ort in der Wissenschaft – überwiegend in der Bioethik und der Medizin. Wenn man die beiden Disziplinen nicht zu Heilslehren überhöhen möchte, die die alleinige Definitionsmacht über das leiblich-körperliche Menschsein haben, ist es zentral, die Debatte zu öffnen. Das Ausbleiben des Aushandelns über diese neue Körper-Vorstellungen läuft Gefahr, dass eine Gewöhnung an die Konzeption des als Gabe oder Ware veräußerbaren Körpers stattfindet, ohne dass ihr eine intellektuelle Verarbeitung in Form einer öffentlichen Debatte vorausgeht.

Literatur

- Adloff, Frank/Steffen, Sigmund (2005): Die gift economy moderner Gesellschaften. Zur Soziologie der Philanthropie. In: Adloff, Frank/Mau, Steffen (Hg.): Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität. Frankfurt, 211-235.
- Bergmann, Anna/Baureithel, Ulrike (1999): Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende. Stuttgart.
- Biller-Andorno, Nikola (2004): Who Gives and Who Receives? Gender Issues in Living Organ Donation. In: Gutmann, Thomas (Ed.): Ethical, Legal, and Social Issues in Organ Transplantation. Lengerich, 222-230.
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (2007): Organspende und Transplantationen in Deutschland. Neu Isenburg.

- Fox, René/Swazey, Judith ([1978] 2001): *The Courage to Fail. A Social View of Organ Transplants and Dialysis*. New Brunswick.
- Fox, Renée (1996): *Afterthoughts. Continuing reflections on Organ Transplantation*. In: Youngner, Stuart/Fox, Renée (Ed.): *Organ Transplantation. Means and Realities*. Wisconsin, 252-272.
- Godbout, Jacques T. (1998): *The World of the Gift*. Montreal.
- Jäger, Ulle (2004): *Der Körper, der Leib und die Soziologie. Entwurf einer Theorie der Inkorporierung*. Königstein.
- Kalitzkus, Vera (2003): *Leben durch den Tod*. Frankfurt.
- Klein Marine, Susan/Simmons, Roberta G./Simmons, Richard L. (1977): *Gift of life. The Effect of Organ Transplantation on Individual, Family, and Societal Dynamics*. New Brunswick.
- Lock, Margaret (2001): *The Alienation of Body Tissue and the Biopolitics of Immortalized Cell Lines*. In: *Body & Society*, 7 (2-3), 63-91.
- Lorber, Judith; Lisa/Moore, Jean (2002): *Gender and the Social Construction of Illness*. Walnut Creek.
- Mauss, Marcel ([1924] 1990): *Die Gabe. Form und Funktion des Austausches in archaischen Gesellschaften*. Frankfurt.
- Ohnuki-Tierney, Emiko (1994): *Brain Death and Organ Transplantation*. In: *Current Anthropology*, 35 (3), 233-254.
- Richardson, Ruth (1996): *Fearful Symmetrie. Corpses for Anatomy, Organs for Transplantation?* In: Youngner, Stuart/Fox, Renée (Ed.): *Organ Transplantation. Means and Realities*. Wisconsin, 66-99.
- Schlosser, Horst Dieter (1998): *Der sprachlich befangene Bundestag. Zur Debatte über das Transplantationsgesetz am 25. Juni 1997*. In: Ders. (Hg.): *Mit Hippokrates zur Organgewinnung?* Frankfurt, 265-274.
- Schneider, Werner (1999): *So tot wie nötig – so lebendig wie möglich. Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne*. Hamburg.
- Schneider, Ingrid (2007): *Die Nichtkommerzialisierung des Organtransfers als Gebot einer Public Policy*. In: Taupitz, Jochen (Hg.): *Kommerzialisierung des menschlichen Körpers*. Berlin.
- Smit, Heiner/Sasse, Ralf/Molzahn, Martin (1999): *Organspende und Transplantation in Deutschland 1998*. Neu Isenburg.