

**Aus:**

MONA MOTAKEF

## **Körper Gabe**

### **Ambivalente Ökonomien der Organspende**

Juni 2011, 268 Seiten, kart., 29,80 €, ISBN 978-3-8376-1631-6

Obwohl bei einer Organspende dem Körper Teile entnommen werden, gilt sie nicht als Tabu, sondern als Inbegriff einer guten Tat. Medizin und Bioethik diagnostizieren, dass es von diesen guten Taten zu wenige gibt und diskutieren, wie der Mangel an Organspenden überwunden werden kann.

Mona Motakef entreißt der Perspektive, die nur nach Optimierung fragt, ihre Selbstverständlichkeit. Im Rückgriff auf das soziologische Instrumentarium aus Gouvernamentalitäts-, Körper- und Gabenforschung rekonstruiert sie, wie die Verfügbarkeit von Körpern und die Veräußerbarkeit von Subjekten im biopolitischen Diskurs der Organspende verhandelt wird.

**Mona Motakef** (Dr. phil.) arbeitet als Sozialwissenschaftlerin mit den Schwerpunkten Körper, Gabe, Geschlecht, soziale Ungleichheit und qualitative Methoden am Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen.

Weitere Informationen und Bestellung unter:

[www.transcript-verlag.de/ts1631/ts1631.php](http://www.transcript-verlag.de/ts1631/ts1631.php)

# Inhalt

---

## **I Vom Imperativ der Spende zum biopolitischen Wandel in der Organspende. Eine Einführung | 11**

- 1 Der Mangel an Organspenden | 13**
- 2 Kein alter Menschheitstraum: Die Erfindung der Organspende | 20**
- 3 Die Gabe als »cultural suppressant« (Joralemon) | 25**
- 4 Bioethik versus Biopolitik? | 28**
- 5 (Biopolitische) Kritik der Organspende | 32**

## **II Körper, Gabe, Regierung. Überlegungen zu einer Soziologie der Organspende | 39**

- 1 Verfügbare Körper und Körper in Teilen | 39**
  - 1.1 Körper in der Soziologie | 41
  - 1.2 Körperteile als veräußerbare Materialität | 45
  - 1.3 Konstruierte Körper | 52
  - 1.4 Gespürte Körper | 61
  - 1.5 »Grenzen der Verfügbarkeit« (List) | 65
- 2 Ökonomien der Gabe | 66**
  - 2.1 Die Gabe bei Mauss und in der sozial- und kulturwissenschaftlichen Theoriebildung | 70
  - 2.2 Die Vorgegebenheit des Menschen: Judeo-christliche Perspektiven | 82
  - 2.3 Geschlechterkonstruktionen des Gabentauschs | 85
  - 2.4 Die Gabe und die Ware | 87
  - 2.5 Die Gabe in der Organspende und der Organtransplantation | 91
  - 2.6 Ambivalente Ökonomien der Gabe | 95

### **3 Biopolitisches Regieren | 96**

- 3.1 Das Leben als Problem von Macht – Biopolitik und Regierung bei Foucault | 97
- 3.2 Anrufungen der Organspende | 103
- 3.3 Regieren in der Ökonomisierung des Sozialen | 108
- 3.4 Der Organmangel als Ort biopolitischen Regierens | 119

## **III Verfügbare Körper – veräußerbare Subjekte. Der Diskurs des Organmangels | 123**

### **1 Das methodische Vorgehen: Der Diskurs des Organmangels als Ort des Regierens | 123**

### **2 Der Diskurs des Organmangels | 134**

- 2.1 Die Erweiterte Zustimmungslösung | 134
- 2.2 Die anonyme Spende | 141
- 2.3 Die Überkreuzspende | 144
- 2.4 Die Aufhebung der Subsidiarität der Lebendorganspende | 147
- 2.5 Die Widerspruchsregel | 149
- 2.6 Solidar-, Motivations- oder Vorsorgeregeln | 154
- 2.7 Der Organclub | 159
- 2.8 Entschädigung und Kompensation | 165
- 2.9 Der legale Organhandel | 168
- 2.10 Der Diskurs des Organmangels: Von der Fürsorge zur Vorsorge? | 178

## **IV Wer gibt? Geschlecht und Ethnizität in der Organspendebereitschaft | 187**

### **1 Wer hat einen Organspendeausweis?**

›Postmortale Organspenden‹ | 190

### **2 ›Giving the Gift of Life‹:**

Die Lebendorganspende | 196

### **3 Freie Entscheidungen autonomer Subjekte? | 208**

### **4 Organspendebereitschaft revisited | 215**

## **V Ambivalente Ökonomien der Organspende | 217**

- 1 Der Diskurs des Organmangels  
und seine Regierungsprogramme | 220**
- 2 Organe geben | 222**
- 3 Wer gibt? | 223**
- 4 Soziologie der Biopolitik | 225**

## **VI Literaturverzeichnis | 229**

# I Vom Imperativ der Spende zum biopolitischen Wandel in der Organspende. Eine Einführung

---

Der Ruf nach Organspenden ist laut geworden. Organspende geht alle an. Jeder und jede sollte sich mit ihr auseinandersetzen und einen Spenderausweis mit sich führen. Dabei sind es unterschiedliche Akteurinnen und Akteure, die sich für die Organspende einsetzen.

Auf riesigen Comicstrips, die Plakatwände und Busse zieren, retten an *Superman* und *Wonderwomen* angelehnte Figuren das Leben von gefährdeten Menschen. »Du kannst das auch!«, so eine Superheldin in dieser vom *Deutschen Herzzentrum*<sup>1</sup> initiierten Kampagne. Denn durch Organspende kann jeder und jede Leben retten. In einer weiteren Kampagne des Herzzentrums fragen die Schauspieler Till Schweiger und Matthias Schweighöfer auf einem Plakat: »Du bekommst alles von mir. Ich auch von dir?«<sup>2</sup> Aber nicht nur Schauspieler und Superheldinnen appellieren an die Spendebereitschaft, auch in Apotheken, Arztpraxen oder Krankenhäusern wird an die »Gemeinschaftsaufgabe Organspende« erinnert, indem Organspenderausweise ausgelegt werden, die wiederum von der *Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung* verteilt wurden. Und wer in Niedersachsen seinen Reise- oder Personalausweis verlängern möchte, wird mit Informationsmaterial über die Organspende versorgt und aufgefordert, am besten

---

1 Homepage der Initiative »Ich bin Pro – und Du?«: <http://proorganspende.de> vom 01.10.2010, vgl. Motakef 2010b.

2 Vgl. ebd., Kampagnenfotos.

umgehend einen Spenderausweis auszufüllen (vgl. Tolmein 2010). Selbst der Brief zur Gehaltsabrechnung von Angestellten im Bremischen Öffentlichen Dienst (Januar 2010) dient als Medium und fordert auf, sich mit Organspende in der Familie, im Kollegium und im Kreise der Freundinnen und Freunde auseinanderzusetzen. Absender waren die *Deutsche Stiftung Organtransplantation* und die *Bremer Senatorin für Gesundheit*.

Der Organspende sind zudem eigene Tage gewidmet: Jeden ersten Samstag im Juni findet der *Tag der Organspende* statt. Auf öffentlichen und viel frequentierten Plätzen werben Politikerinnen und Politiker für Organspende und lassen Ausweise verteilen. Erstmals fand am 4. Oktober 2009 gleichzeitig der *Welttag* und der *Europäische Tag der Organspende* am Brandenburger Tor statt. Wo sonst der jüngsten deutschen Geschichte und der Teilung Berlins gedacht wird, sollte das Publikum durch begehbbare Organe und an Informationsständen zum Mitmachen, das heißt zum Ausfüllen von Spenderausweisen, angeregt werden (vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2010a). Und um die Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende gerade bei Jüngeren anzuregen, veranstaltete eine Krankenkasse zusammen mit der *Deutschen Stiftung Organtransplantation* und weiteren Partnern einen *Song-Contest*, in dem sich junge Künstlerinnen und Künstler aus allen deutschen Bundesländern musikalisch mit der Organspende auseinandersetzen sollten. Bundessiegerin des *Song-Contests* 2009 wurde die 16-jährige bayrische Schülerin Anna mit ihrer Band *Josanna*. Ihr Song, aber auch die Siegertitel jedes Bundeslandes sind auf der CD *Von Mensch zu Mensch* kompiliert.<sup>3</sup> Namensgeber der CD ist ein Song von *Bo Flower*, der darin über den Segen der Organspende rappt. Er unterstützt den Verein *Music for Life*, in dem Befürworterinnen und Befürworter aus der Musikbranche für Organspenden werben.<sup>4</sup>

Bei aller Unterschiedlichkeit der Akteurinnen und Akteure, die sich für die Organspende einsetzen, wird in der Regel Folgendes deutlich: Individuen werden, um mit Louis Althusser zu sprechen, verstärkt als Organspenderinnen und Organspender *angerufen*. Durch die Aufklärung über die Organspende soll eine Ausweitung von Transplantationen erreicht werden.

---

3 Homepage der Aktion ›OrganSpende‹ <http://www.organspende2009.de> vom 01.06.2010.

4 Homepage der Aktion ›music for life. Musiker für Organspende‹ <http://www.music-for-life.de> vom 01.10.2010.

Als Aufklärung deklariert wird hierbei die moralische Erhöhung einer Organspende. Über die Organspende aufzuklären heißt demnach sie mit einer guten und an Gemeinschaft orientierten Tat gleichzusetzen. Zudem wird der Entschluss für oder gegen eine Organspende individualisiert. All jene, die sich für die Organspende einsetzen, verweisen in der Regel darauf, dass jede und jeder sich selbst eine Meinung über das Thema bilden sollte. Von daher muss den Akteurinnen und Akteuren auch zugestanden werden, dass man sich, wenn man um das Ausfüllen von Spenderausweisen gebeten wird, auch gegen die Entnahme entscheiden kann. Allerdings wird in den genannten Werbeevents und den Informationen über die Organspende eine deutliche Sprache gesprochen: Wer sich mit der Organspende *richtig* auseinandersetzt und sich darüber aufklären lässt, der wird sie befürworten (vgl. Görlitzer 2010; Petersen 2009).

Die gesellschaftliche Vermittlung des Themas Organspende kann verwundern: Bildet die Praxis der Organspende ein Refugium altruistischen Handelns in einer sonst durch und durch egoistisch-kapitalistischen Welt? Und ist die Herausforderung, der sich die Praxis der Organspende in Zukunft zu stellen hat, nur noch ein Problem des Nichtwissens? Stellt sich nur noch die Frage, wie die Nichtwissenden aufgeklärt und damit die Häufigkeit von Organtransplantationen erhöht werden können? Ist es folglich falsch, sich nicht mit dem Thema Organspende zu beschäftigen? Gibt es, wenn auch keinen juristisch geregelten Zwang, so doch eine »biologische Bürgerpflicht« (Lemke/Wehling 2009) zur Hergabe von Organen an eine in der Regel nicht näher bestimmte Gemeinschaft?

## 1 DER MANGEL AN ORGANSPENDEN

In den letzten zehn Jahren ist der Organmangel zum Dreh- und Angelpunkt nahezu aller Diskussionen um Organspende geworden und hat den Hirntod<sup>5</sup> als Schlüsselthema in der Auseinandersetzung um Organspende abgelöst.

---

5 Um Organe postmortal zu entnehmen, muss von zwei Mediziner\*innen der Hirntod diagnostiziert werden. Wie der Hirntod definiert wird, variiert in den Transplantationsgesetzen der jeweiligen Länder. In den deutschsprachigen Ländern und in den USA wird vom Kriterium des Ganzhirntodes ausgegangen. Das bedeutet, dass Organe nur dann entnommen werden dürfen, wenn keine Hirnfunktion

Ein zentrales Diskursereignis für diese Entwicklung bildete das Inkrafttreten des *Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben*, kurz Transplantationsgesetz genannt. Der Verabschiedung des Gesetzes im Jahr 1997 ging eine lange und kontroverse öffentliche Auseinandersetzung voraus. Den Referenzpunkt für die vielfältigen Positionen bildet die Definition des Hirntodes und damit verbunden die Kritik an einer medizinischen Hegemonie in der Definition des menschlichen Todes. Mit Werner Schneiders (1999) Diskursanalyse der politischen Debatte zur Hirntoddefinition, Gesa Lindemanns (2002) Rekonstruktion der Entstehung des Hirntodkonzeptes in den USA und in Deutschland sowie ihrer Ethnographie über die Konstruktion von Leben und Tod in einer intensivmedizinischen Abteilung (2003) liegen theoretisch-methodisch sehr fundierte soziologische Systematiken zu den Kontroversen und Praktiken in Deutschland vor.

Doch bereits ein Jahr nach Verabschiedung des Gesetzes resümierte Ulrike Baureithel, die zusammen mit Anna Bergmann Autorin des hirntodkritischen Buches *Herzloser Tod* (2001) ist: »Die Diskussion über Diagnosesicherheit oder Verteilungsgerechtigkeit hat [...] die grundsätzliche Kritik am System der Organtransplantation verdrängt« (1998: 14). Tatsächlich sind die Kontroversen um das Hirntodkonzept seitdem weitgehend verebbt. Auch mehr als ein Jahrzehnt nach Verabschiedung des Gesetzes gibt es nur wenige Initiativen, in denen das Hirntodkonzept weiterhin problematisiert

---

nachgewiesen werden kann. Die Begründung des Hirntodkonzeptes basiert auf der Annahme, dass mit dem Ausfall des Gehirns als zentralem Steuerungsorgan die Integrationsfunktion des Körpers unwiederbringlich erloschen ist. Das Hirntodkonzept wird seit mehr als vier Jahrzehnten intensiv debattiert. Mit den neuen Erkenntnissen der Neurowissenschaften zur Plastizität des Gehirns sind wieder Zweifel an der Legitimation des Hirntodes laut geworden (vgl. Müller 2010). Kultur- und sozialwissenschaftliche Perspektiven zum Hirntod bieten zum Beispiel Agamben 2002; Baureithel/Bergmann 1999; Bergmann 2004; Lindemann 2002, 2003; Lock 2002; Manzei 2003; Münk 2002; Körtner 2003; Schneider 1999; Spirigatis 1997 sowie die Beiträge in Youngner/Fox/O'Connell 1996; Ach/Quante 1999; Schlich/Wiesemann 2001 und Manzei/Schneider 2006.



wird. Zudem werden diese sehr heterogenen Stimmen in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommen.<sup>6</sup>

Dass es seit mehr als einem Jahrzehnt still um das Hirntodkonzept geworden ist, ist alles andere als selbsterklärend, und die Suche nach Gründen wäre eine eigene Forschungsanstrengung wert.<sup>7</sup> In den USA wurden jüngst naturwissenschaftliche Ergebnisse publiziert, in denen die Gründe, die das Hirntodkonzept bislang legitimierten, als unhaltbar bezeichnet werden. Auch die *President's Council on Bioethics*, das US-amerikanische Pendant zum *Deutschen Ethikrat*, hält das Hirntodkonzept für empirisch widerlegt. Mithilfe bildgebender Verfahren lässt sich zeigen, dass die Annahme eines engen und kausalen Zusammenhangs zwischen dem Hirntod und der Desintegration körperlicher Funktionen falsch ist (vgl. President's Council on Bioethics 2008).<sup>8</sup> Bemerkenswert ist hierbei, dass von den Forscherinnen und Forschern nicht das Hirntodkonzept an sich oder gar die Transplantationsmedizin als solche auf den Prüfstand gestellt wird, sondern dass nach neuen und ergänzenden und nicht falsifizierbaren naturphilosophischen Legitimationen für das Hirntodkonzept gesucht wird (vgl. Müller

---

6 Hierzu zählt etwa der Verein *Kritische Aufklärung zur Organtransplantation*, der von Eltern begründet wurde, die ihre verunglückten Kinder zur Organspende freigaben, sich falsch informiert fühlen und die Organentnahme bereuen. Renate Greinert, die sich ebenfalls in diesem Verein engagiert, schildert in ihrem Buch (2008) eindringlich ihre Erfahrungen. Zu erwähnen gilt des Weiteren die Interessengemeinschaft *Kritische Bioethik Deutschland*, die ebenfalls ihre Aufgabe in der umfassenden und auch kritischen Aufklärung über Organspende sehen. Kritische Positionen zum Hirntodkonzept und zur Praxis der Organspende werden zudem regelmäßig in den Zeitschriften *BioSkop* sowie dem *Gen-ethischen Informationsdienst* entwickelt. Schließlich ist die *Informationsstelle Transplantation und Organspende* zu erwähnen, in deren Internetauftritt Roberto Rotondo kritische Materialien und Zeitungsartikel zur Verfügung stellt (vgl. <http://www.transplantation-information.de> vom 01.10.2010).

7 Hier ließe sich argumentieren, dass der Organmangel das Schweigen über den Hirntod supplementiert (vgl. Derrida 1983). Das heißt, die mit dem Organmangel in Verbindung stehende These, dass Menschen nicht an ihrer Krankheit, sondern am Organmangel sterben, kompensiert das Unbehagen über das weiterhin prekäre Hirntodkonzept.

8 Diesen Hinweis verdanke ich Alexandra Manzei und Werner Schneider.

2010; Keller 2010). Aufgrund dieser Entwicklungen wird das Hirntodkonzept in den USA wieder öffentlich verhandelt. Diese Debatte bleibt in Deutschland noch aus. Dagegen wird hierzulande der Mangel an Organspenden, der Organmangel, skandalisiert.

Hinter dem Organmangel verbirgt sich die Beobachtung, dass in Deutschland, wie in allen Industrieländern, in denen Organtransplantationen durchgeführt werden, mehr Menschen auf eine Organspende warten, als Organe für eine Transplantation zur Verfügung stehen. Gesundheitsökonomisch gesprochen übersteigt die Nachfrage nach Organen ihr Angebot. Die *Deutsche Stiftung Organtransplantation* legt regelmäßig Zahlen vor, mit denen sie den Organmangel veranschaulicht: Im Jahr 2009 standen etwa 12.000 Menschen auf der Warteliste für eine Organspende, transplantiert werden konnten 4709 Organe. Von diesen Organen ist die Niere das am häufigsten transplantierte Organ. Im Berichtsjahr wurden allein 2772 Nieren, aber nur 1179 Lebern und 363 Herzen transplantiert (vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2010: 28). Prinzipiell können Organe wie Niere, Lunge oder Herz in einen organinsuffizienten Menschen transplantiert werden, wenn sie vorher einem sogenannten Hirntoten explantiert wurden. Zudem können Nieren auch von lebenden Menschen entnommen werden, da jeder Mensch in der Regel zwei Nieren hat und nur eine Niere benötigt.<sup>9</sup>

Der eingeführte Begriff des Organmangels suggeriert eine scheinbar neutrale Feststellung eines zahlenmäßig begründbaren Mangels. Er setzt jedoch voraus, dass eine bestimmte Anzahl von Organen einen Mangel darstellt, und enthält damit eine normative Festlegung: Die Nachfrage nach Organen soll bestimmen, wie weit die Transplantationsmedizin ausgedehnt wird. Der Begriff des Mangels suggeriert zudem eine gewisse Dringlichkeit. Es scheint geboten, Menschen, die ein Ersatzorgan brauchen, eines zur Verfügung zu stellen.

Häufig wird mit Blick auf den Organmangel auch vom ›Tod auf der Warteliste‹ gesprochen. Die geringe Spendebereitschaft wird hier in direk-

---

9 Da ich davon ausgehe, dass sich Organe wie Herz oder Niere in ihrer soziokulturellen Einbettung unterscheiden, fokussiere ich mich in dieser Untersuchung weitgehend auf Arbeiten, die über Nierentransplantationen und Nierenspenden vorliegen.

ter Relation zum Bedarf potentieller Spenderinnen und Spender gesetzt. Die Unterlassung der Organspende wird zwar nicht bestraft, dafür werden Menschen, die ihre Organe nicht spenden wollen, in dieser Logik bezichtigt, den Tod anderer potentiell in Kauf genommen zu haben. Es wird suggeriert, dass Patientinnen und Patienten sterben, weil kein Organ für sie gespendet wurde (vgl. Feyerabend 2007; Petersen 2009). Wie auch folgende Aussage aus der später vorgenommenen Diskursanalyse verdeutlicht, wird der Organmangel und nicht mehr die Erkrankung als Todesursache bezeichnet: »Noch immer sterben jährlich in Deutschland etwa 1000 Menschen, denen eine Transplantation helfen könnte, nur deswegen, weil kein geeignetes Organ verfügbar war« (Breyer et al. 2006: VII). Pointiert gesprochen sterben Menschen in dieser Logik nicht an einem Organversagen, sondern an einem sozialen Problem: der mangelnden Bereitschaft der Mehrheit, Bedürftigen ihre Organe zu geben (vgl. Keller 2008; Schneider 1999).

Der Mangel an Spendeorganen ist allerdings erklärbar, da Organe bisher noch nicht industriell hergestellt werden können.<sup>10</sup> Bevor sie in den Körper eines Menschen transplantiert werden, müssen sie erst einem anderen Menschen entnommen werden. Seit Einführung der Organtransplantation als Therapieoption gab es zu keinem Zeitpunkt keinen Mangel an Organen. Damit ist das Problem des Organmangels so alt wie die Transplantationsmedizin selbst. Anders als bei anderen medizinischen Therapieoptionen ist die Transplantationsmedizin damit maßgeblich von der Bereitschaft der Öffentlichkeit abhängig, Organe spenden zu wollen. Die gesellschaftliche Akzeptanz der Organspende spielt eine zentrale Rolle. Tatsächlich gibt es immer weniger Hindernisse für Transplantationen, die

---

10 Vermutlich ist es allerdings nur eine Frage der Zeit, bis die ersten synthetischen Organe transplantiert werden. In den USA wurden bereits Überlegungen zur Konstruktion einer Kunstniere vorgestellt, die bereits 2017 in klinischen Studien getestet werden sollen (<http://news.ucsf.edu/releases/ucsf-unveils-model-for-implantable-artificial-kidney-to-replace-dialysis> vom 18.10.2010). Zur Transplantation von Herzen werden mittlerweile auch Kunstherzen eingesetzt. Sie sind technisch allerdings noch nicht so ausgereift, dass sie Transplantationen ersetzen. Mit dem Science-Fiction-Film *Repo Men* (Miguel Sapochnik, 2010) wurde im Hollywoodkino bereits die Vorstellung verhandelt, dass wir uns in Zukunft künstliche Organe ähnlich wie Autoersatzteile kaufen könnten.

medizinisch begründet sind. Die Ausweitung der Organtransplantation scheitert an sozialen Aspekten.

Öffentliche Meinungsumfragen legen nahe, dass die meisten Befragten der Organspende positiv gegenüberstehen, allerdings die wenigsten einen Spenderausweis mit sich tragen. Bei einem näheren Blick auf eine Befragung der *Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung* (2010), mit der Einstellungen zur Organspende abgefragt wurden, fällt allerdings auf, dass die Fragen unbestimmt gestellt sind und nicht als eindeutiges Bekenntnis zur Organspende gelesen werden können: »Wären Sie grundsätzlich damit einverstanden, dass man Ihnen nach Ihrem Tod Organe und Gewebe entnimmt, oder wären Sie damit nicht einverstanden?« Damit grundsätzlich einverstanden zeigen sich 74 Prozent aller Befragten, 18 Prozent sind es nicht und 8 Prozent sind unentschieden (ebd.). Es wäre aufschlussreich zu erfahren, welche Bedingungen die Befragten, die mit einer Organspende grundsätzlich einverstanden sind, an eine Organspende knüpfen. Wie viel Prozent von ihnen wären immer noch einverstanden, würde ›grundsätzlich‹ gestrichen (ebd.)?<sup>11</sup>

Ob die Befragten mögliche Widerstände und Einschränkungen in ihr grundsätzliches Einverständnis integrieren, die Frage folglich weiter differenziert werden müsste, oder ob sie nicht die ganze Wahrheit über ihre Position zur Organspende bekundeten, sondern eher antworten, was ihnen als sozial erwünscht erscheint, oder einfach zu bequem sind, einen Ausweis auszufüllen – wie in der Regel angenommen wird, lässt sich an dieser Stelle jedoch nicht klären. Das häufig, auch in den Werbekampagnen zu hörende Argument, Organspende sei ein Tabu, da es Fragen der eigenen Sterblichkeit berührt, ist meines Erachtens nicht haltbar. Organspende ist im öffentlichen Raum durchaus präsent. Diese Präsenz gründet sich nicht nur auf die eingangs skizzierten Kampagnen für Organspende. Auch in der Populärkultur, in TV-Serien, Kinofilmen und Romanen, bilden Organspenden häufig den Stoff für Geschichten über Liebe, Betrug und Versöhnung oder Zukunftsphantasien über medizinische Möglichkeiten.<sup>12</sup> Und auch in der Tha-

---

11 Diesen Einwand formulierte die Bioethikerin Weyma Lübke auf der Veranstaltung des *Nationalen Ethikrates* ›Äußerungspflicht zur Organspende: Sollte der Staat verlangen, dass sich jeder erklärt?‹ am 27.10.2010 in Berlin.

12 Beispiele für die sehr unterschiedlichen Arten und Weisen, Geschichten über das Leben über eine Organspende zu erzählen, bilden Romane wie *Alles was wir*

natosoziologie, dem mit dem Tod befassten Teilgebiet der Soziologie, wird die These einer allgemeinen Todesverdrängung bezweifelt (vgl. Nassehi 2003; Saake 2008a, 2008c): »Der Tod und das Sterben sind [...] alles andere als *anathema*: aktive und passive Sterbehilfe, Hospizbewegung, Embryonal- und Stammzellenforschung, Debatten über Klonen, medizinische Machbarkeiten und vieles mehr zeugen in der Moderne von einer *Geschwätzigkeit des Todes*« (Nassehi 2003: 301).

Der Mangel an Organspenden ist, wie erwähnt, zwar so alt wie die Transplantationsmedizin selbst, allerdings hat er sich in den letzten Jahren verschärft. Diese Entwicklung lässt sich nicht nur auf ein mangelndes Angebot zurückführen, das heißt auf die fehlende Spendebereitschaft, sondern basiert insbesondere auf einem Anstieg der Nachfrage nach Organen. Denn durch die medizinische Weiterentwicklung der Organtransplantation, die im nächsten Abschnitt ausgeführt wird, konnten immer mehr Menschen transplantiert werden. Jede Weiterentwicklung, wie etwa die Einführung des Medikaments *Cyclosporin* als Immunsuppressivum in den 1980er Jahren, führte zu einem immer größer werdenden Bedarf nach Organen. Die Wartelisten sind umso länger geworden, je mehr Transplantationen durchgeführt wurden (vgl. Schlich 1998b). Darüber hinaus lassen sich Faktoren eruieren, die einer Steigerung des Angebots an transplantierbaren Organen entgegenwirken: Mit der Einführung der Helm- und Gurtpflicht verringerte sich die Zahl der hirntödlichen Verkehrsunfälle. Zudem ist eine stetige Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von Unfallopfern in Kliniken zu verzeichnen, sodass auch aus Gründen des Erfolges medizinischer Therapien immer weniger Menschen einen Hirntod erleiden. Auf der anderen Seite steigt mit der Lebenserwartung und dem damit verbundenen wachsenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung auch der Anteil derer, die eine Niereninsuffizienz erleiden und damit auf ein Spenderorgan angewiesen sind. Weiterhin ist auch der Anteil an jungen Menschen gewachsen,

---

*geben mussten* von Kazuro Ishiguro (2006) und Jodi Picaults *Beim Leben meiner Schwester* (2007), Kinofilme wie Stephen Frears *Schmutzige kleine Tricks* (2002), Alejandro González Iñárritus *21 Gramm* (2004), Pedro Almodovars Arbeiten *Mein blühendes Geheimnis* (1995) und *Alles über meine Mutter* (1999), der Dokumentarfilm *Ein Herz für Jenin* von Lior Geller (2009) oder Serien wie *Sturm der Liebe* (ARD) und *Lost* (Touchstone). Die vielfältigen Deutungen zu rekonstruieren, wäre eine eigene Forschungsanstrengung wert.

die an Diabetes und Hepatitis C erkranken und als Folge dieser Grunderkrankungen nierenkrank werden. Des Weiteren beschränken die Krankenhäuser kaum noch die Zulassung zur Transplantation. Das Alter oder die Begleiterkrankungen spielen eine immer geringere Rolle. Auch in hohem Alter wird transplantiert (vgl. Lock 2002; Lock/Crowley-Makota 2008). Außerdem stehen zunehmend die Kliniken in der Kritik, die im hektischen Arbeitsalltag häufig versäumen, potentielle Organspenderinnen und Organspender zur Transplantation zu melden. Aus diesem Grund und nach spanischem Modell wurden sogenannte *In-house-Koordinatoren*, das heißt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken ausgebildet, die die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten intensivieren sollen (vgl. Klinkhammer/Sigmund-Schultze 2009). Für den Mangel an Organspenden werden jedoch in der Regel die fehlende faktische Organspendebereitschaft sowie das Transplantationsgesetz verantwortlich gemacht. Am Transplantationsgesetz wird insbesondere die in ihm verankerte »Kultur der Gabe« (van den Daele 2007: 127) kritisiert. Um diesen Gedanken auszuführen, wird im Folgenden zunächst die Entwicklung der Organspende nachgezeichnet.

## **2 KEIN ALTER MENSCHHEITSTRAUM: DIE ERFINDUNG DER ORGANSPENDE**

Die Organtransplantation gilt heute als ein typisches Beispiel der hoch entwickelten Hightech-Medizin. Da sie Leben verlängern und den Tod des Menschen hinauszögern kann, wird sie als »Zeichen des Sieges und des Fortschritts« (Broelsch 2009: 46), als »Symbol für die Macht der modernen Medizin« (Schlich 1998a: 9) und als Triumph der Wissenschaft über die menschliche »Natur« bezeichnet. Die Transplantationsmedizin ist prestigeträchtig, in ihrem Umfeld wurden allein vier Nobelpreise vergeben (ebd.).

Organtransplantationen und damit verbunden auch Organspenden erscheinen uns heute als Selbstverständlichkeit. Für die Transplantationsmedizin sind sie alte Menschheitsträume, die endlich Wirklichkeit geworden sind (vgl. Bergmann 2004; Schlich 1998a). Es wird eine anthropologische Konstante konstruiert, die sich als Wunsch, Organe zu transplantieren, beschreiben lässt und in der Vorstellung mündet, dass Organe verschenkbar sind. Diese Selbstverständlichkeiten der Transplantationsmedizin bleiben

nicht unhinterfragt: Der Medizinhistoriker Thomas Schlich stellt fest, dass zwar seit Jahrhunderten beschädigte Teile der Körperoberfläche transplantiert wurden, sich diese der plastischen Chirurgie zugehörigen Praktiken jedoch maßgeblich vom Organersatzkonzept unterscheiden. Die Organtransplantation lässt sich vielmehr als eine Erfindung beschreiben, die das Vorgehen der plastischen Chirurgie auf das Körperinnere und die Behandlung innerer Organe überträgt. Dies setzte einen grundlegenden Wandel in der medizinischen Diagnostik voraus. Denn während Krankheiten bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts auf eine Vielzahl von Ursachen zurückgeführt wurden, setzte sich erst ab den 1880er Jahren die Vorstellung durch, dass eine Krankheit eine Hauptursache, wie ein krankes Organ, haben kann.<sup>13</sup> Zuvor wurde nicht danach gestrebt, innere Krankheiten durch die Transplantation von Ersatzorganen zu behandeln. Die Organtransplantation kam zusammen mit den ihr zugrunde liegenden Vorstellungen erst in der Zeit von 1880 bis 1930 auf. Auch in der Therapeutik kann man erst seit 1951 von der Organtransplantation als ›erfolgreicher Therapieform‹ sprechen. Von 1880 bis in die 1950er Jahre fanden zwar zahlreiche Transplantationen statt, sie waren allerdings alle erfolglos, das heißt, alle Patientinnen und Patienten mit Transplantat starben umgehend. Bis zum Ende des Zwei-

---

13 Am Beispiel der Krankheit des Kretinismus, aus heutiger Sicht ein Mangel an Schilddrüsenhormonen, lässt sich diese Entwicklung aufzeigen: Bevor man den Kretinismus mit dem Organversagen der Schilddrüse in Verbindung brachte, gingen die Ärzte davon aus, dass die Krankheit durch das gleichzeitige Zusammentreffen vieler Ursachen hervorgerufen wurde, wie das Klima, die Bodenverhältnisse, die Veranlagung, die Lebensverhältnisse etc. Die Ärzte wollten den Kretinismus vor 1880 vor allem mit Reformen, wie zum Beispiel der Trockenlegung von Sümpfen, bekämpfen. Die Durchführung von Reformen wie der Trockenlegung zahlreicher Sümpfe brachte aus Sicht der Ärzte allerdings keinen Erfolg. So wurde der Strategie, nach vielen Ursachen zu suchen, eine andere Strategie entgegengesetzt, die eine Krankheit mit nur einer Ursache in Verbindung brachte. Für die damals entstehende Bakteriologie etwa war die Ursache für eine Krankheit ein bakterieller Erreger. Wenn im Tierversuch nach der Organentnahme bestimmte Krankheiten eintraten, war das entnommene Organ der Beleg für die Ursache der Krankheit. Im Jahr 1883 wurde erstmals von Theodor Kocher in Bern eine Schilddrüse mit dem Ziel verpflanzt, eine innere Krankheit zu behandeln (vgl. Schlich 1998b).

ten Weltkrieges bildete das Organersatzkonzept damit eine »ideale, aber leider utopische Therapieoption« (Schlich 1998b: 15). Die Chirurgen erkannten bereits, dass das Organ abgestoßen wird, wussten jedoch noch nicht, wie sie die Abstoßungsreaktion unterbinden können.

Am *Peter-Bent-Brigham*-Krankenhaus im US-amerikanischen Boston wurde 1951 erstmals eine menschliche Niere transplantiert. Der Patient lebte nach der Transplantation noch fünf Wochen. Obwohl die Aussicht der Therapie nicht Erfolg versprechend war, wurden in der Folge zahlreiche weiteren Transplantationen durchgeführt. Drei Jahre später erhielt ein nierenkranker Patient die Niere seines eineiigen Zwillingsbruders. Der Empfänger lebte mit der Niere seines Bruders noch acht Jahre, und der Chirurg Joseph E. Murray erhielt dafür einen Nobelpreis. Diese Transplantation gilt als erste erfolgreiche Nierentransplantation.

Erst in den 1960er Jahren wurden Medikamente eingesetzt, die die Abwehrreaktion des Körpers auf das Organ dämpfen konnten. Diese Medikamente werden als Immunsuppressiva bezeichnet. Ebenfalls in Boston wurde 1962 die erste Niere eines nichtverwandten Spenders transplantiert, der mit Immunsuppressiva behandelt wurde, sodass das Organ nicht abgestoßen wurde. Aber erst mit der Entwicklung des Medikaments *Cyclosporin* im Jahr 1982, das wesentlich effektiver die Immunabwehr unterdrückt als die Medikamente der 1960er Jahre, wurde die Transplantationsmedizin in allen Industrieländern in großem Maße ausgebaut (vgl. Schlich 1998a, 1998b; Bergmann 2004). Denn fortan war es möglich, nicht nur Transplantationen zwischen lebenden Menschen vorzunehmen, die genetisch verwandt waren. Mit der Einführung des Immunsuppressivums *Cyclosporins* kamen auch sogenannte emotional verwandte Angehörige, also Ehefrauen und Ehemänner und Freundinnen und Freunde für eine Lebendorganspende infrage. Durch die Immunsuppression konnten folglich immer mehr Organe transplantiert werden. Übereinstimmungen zwischen der spendenden und der empfangenden Seite wurden immer unbedeutender: »Difference is actively suppressed, allowing specific subpopulations to become ›same enough‹ for their members to be surgically disaggregated and their parts reincorporated« (Cohen 2002: 12).

Seit der rechtlichen Akzeptanz des Hirntodkonzepts in zahlreichen Verfassungen seit den 1980er Jahren werden Organe auch von Menschen entnommen, bei denen der Eintritt des Hirntods diagnostiziert wurde und die für die Erhaltung der zu explantierenden Organe noch künstlich beatmet



werden (vgl. Lindemann 2002, 2003; Schneider 1999). Damit wurde auch die Entnahme von Leichenorganen, das heißt die sogenannte postmortale Spende ausgebaut.

Mit der breiten Einführung der Organtransplantation seit den 1980er Jahren hat sich das Konzept der *Organspenderin* oder des *Organspenders* durchgesetzt. In der Organspende wird damit ein veräußerbares Subjekt konstruiert, das freiwillig seine Organe verschenkt. Die altruistische Motivation, also der Rekurs auf die Geschenksemantik und soziologisch gesprochen auf die Gabe, bildet seitdem eine Grundannahme der Organtransplantation: »Transplantation has been defined by the medical profession and society as large as a ›gift of life‹ since the first human organ graft were performed« (Fox/Swazey 1992: 32).

Die Vorstellung, dass die Entscheidung für oder gegen die Entnahme von Organen auf Freiwilligkeit beruht und Organe als Gaben konzipiert werden, bildet in der Geschichte der Medizin allerdings ein Novum. Die britische Medizinhistorikerin Ruth Richardson schildert, dass menschliche Organe 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 bezahlen konnten, zu Zwecken der Anatomie oder Chirurgie verwendet (vgl. Richardson 1996; Bergmann 2004). Bis heute gibt es diese Praktiken in einigen Ländern.<sup>14</sup>

In den USA wurde im Jahr 1984 der *National Transplantation Act* verabschiedet, mit dem sichergestellt werden soll, dass mit Organen kein Handel getrieben wird. Organe sollen in keinem Fall verkauft, sondern nur als Spenden verschenkt werden. In zahlreichen Industrieländern traten in der Folgezeit Gesetze in Kraft, die die Transplantation von Organen regeln und den Modus der Gabe in der Organtransplantation gesetzlich verankern (vgl. Joralemon 2001). In Deutschland ist vergleichsweise spät, erst im Jahr 1997, das Transplantationsgesetz in Kraft getreten. Die im Gesetz verankerte Erweiterte Zustimmungsregelung sieht vor, dass die Entscheidung für

---

14 Zum Beispiel meldete das chinesische Gesundheitsministerium, dass zwei von drei Organen, die in China transplantiert werden, von Hingerichteten stammen (vgl. N.N. 2009).

oder gegen die Entnahme von Organen auf Freiwilligkeit beruht.<sup>15</sup> Es dürfen nur demjenigen Organe im Falle seines Hirntodes entnommen werden, der einen Organspenderausweis bei sich trägt oder dessen Angehörige die Organe zur Explantation freigeben.<sup>16</sup> Auch die Lebendorganspende soll frei von moralischen oder familiären Zwängen erfolgen. Ob die Entscheidung für eine Lebendorganspende tatsächlich auf Freiwilligkeit beruht, wird zudem durch eine Kommission geprüft (vgl. Fateh-Moghadam 2003; Wagner/Fateh-Moghadam 2005). Diese interdisziplinär zusammengesetzte Kommission beurteilt in einem Gutachten, ob die Lebendorganspende wirklich für beide Seiten vertretbar und freiwillig ist (vgl. Fateh-Moghadam et al. 2004a, 2004b). Tatsächlich muss auch die Empfängerin oder der Empfänger bereit sein, das Organ implantiert zu bekommen (vgl. Schneewind 2003). Ein Elternteil darf sein niereninsuffizientes Kind zum Beispiel nicht dazu zwingen, von ihm ein Organ anzunehmen. Auch das Nehmen basiert auf Freiwilligkeit. Die Praxis der Organtransplantation wird damit auch in Deutschland von einer »Kultur der Gabe« (van den Daele 2007: 127) gerahmt, wie sie zum Beispiel auch in den Bezeichnungen *Organspender* und *Organempfänger* anklingt.

---

15 Die Erweiterte Zustimmungsregel wird auch in Dänemark, der Schweiz, Großbritannien, Griechenland, den Niederlanden und in den USA praktiziert (vgl. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2009).

16 In der DDR und ab 1989 in den neuen Bundesländern galt bis zur Verabschiedung des Transplantationsgesetzes 1997 die Widerspruchsregelung. Diese sieht vor, dass allen Menschen Organe entnommen werden, wenn sie einen Hirntod erfahren haben, es sei denn, sie haben zu Lebzeiten Widerspruch dagegen eingelegt. Seit 1997 gilt im ganzen Bundesgebiet die Erweiterte Zustimmungslösung (vgl. Großkopf 1998). Die Widerspruchslösung wird derzeit als vielversprechende Option betrachtet, den Organmangel zu reduzieren. Sie ist derzeit in Italien, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Portugal, Österreich und Luxemburg gültig. Ein Einspruchsrecht der Angehörigen im Rahmen der Widerspruchsregelung ist zudem in Belgien, Finnland und Norwegen gesetzlich verankert (vgl. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2009).

### 3 DIE GABE ALS »CULTURAL SUPPRESSANT« (JORALEMON)

Der Rekurs auf die Gabe in der Organtransplantation wird allerdings auch als Verschleierungstaktik kritisiert, die werbestrategisch eingesetzt wird, um der Organgewinnung zu dienen. Dieses Argument vertritt zum Beispiel Werner Schneider, der die Semantik der Gabe in Bezug auf postmortale Spenden als unangebracht bewertet (vgl. Schneider 1999). Ein Mensch kann zwar zu Lebzeiten bekunden, dass er oder sie bereit ist, Organe zu verschenken. Die reale Umsetzung erfolgt jedoch erst im Falle des Hirntodes der oder des Gebenden. Die Gabe kann also nur eine virtuelle sein.<sup>17</sup> Die Semantik der Gabe verschleiert, so auch die US-amerikanische Anthropologin Emiko Ohnuki-Tierney (1994), 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. 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 Organspenderausweis. Die Person, die einen Organspenderausweis ausfüllt, ist auf einer moralisch höheren Position als die Person, die sich gegen den Ausweis entscheidet. Der Rekurs auf die Gabe erscheint als Strategie, Organtransplantationen »möglichst konfliktfrei kulturell einzupassen«, so ein Einwand von Imme Petersen (2009: 296). Die Gabe und mit ihr die altruistische Fundierung der Organspende schafft eine Möglichkeit der Identifikation für zukünftige Organspender und Spenderinnen. Widersprüchlicherweise wird aber gleichzeitig in einem ökonomischen Diskurs der Mangel ausgedrückt, der den Bedarf der Patientinnen und Patienten zum Ausdruck bringt (ebd., 2002). Ähnlich wie die Immunsuppression beim transplantierten Körper, so der US-amerikanische Anthropologe Donald Joralemon, unterdrückt der Rekurs auf die Gabe als »cultural suppressant« das Unbehagen über den funktionalistischen Blick der naturwissenschaftlichen Medizin auf den Körper (1995: 336). Diese Untersuchung verfolgt allerdings nicht das Ziel, den ideologischen Gehalt der Gabe in der Organspende zu entlarven. Vielmehr werden die Rede vom

---

17 Mit der Begründung, dass der Begriff Organspende den Begriff der Spende pervertiert und damit ein verzerrtes Bild von Solidarität schafft, wurde der Begriff 1997 sogar als Unwort des Jahres nominiert (vgl. Schlosser 1998).

Organmangel und seine Bezüge zur Gabe als *Wahrheitsprogramm* ernst genommen und sollen entziffert werden.

Im Zusammenhang mit den eben skizzierten Einwänden wird des Weiteren kritisiert, dass in der Organspende eine Gemeinschaftlichkeit konstruiert wird, etwa wenn argumentiert wird, dass eine Gemeinschaft über eine zu geringe Anzahl an Organen verfügt. Wie Schneider ausführt, ist hierbei eine widersprüchliche »Solidaritätsverpflichtung« entstanden:

»Der Effekt dieser semantischen Kontextualisierung der Organspende läuft also darauf hinaus, daß sich der als potentieller Organspender Angesprochene in einer diskursiv erzeugten Solidaritätsverpflichtung gegenüber der Gemeinschaft (der Gesunden und Kranken) wiederfindet, ohne dass das ›Versprechen auf Gemeinschaft‹ realiter eingelöst werden kann« (Schneider 1999: 273).

Tatsächlich erfolgt die postmortale Spende anonym, und die Gemeinschaft taucht im Spendeakt für den Spendenden nicht auf. Dies wird auch von Angehörigen von Hirntoten beklagt, die Organe spenden ließen (vgl. Kalitzkus 2003). Im Anschluss an Benedict Anderson (1998) lässt sich eine Organspende jedoch als eine Praktik bezeichnen, die eine vorgestellte Gemeinschaft mitkonstituiert. Anderson definierte Nationen als vorgestellte und begrenzte politische Gemeinschaften, womit er das Phänomen benannte, dass jeder Mensch in der Regel eine Vorstellung von der nationalen Gemeinschaft hat, der er zugehört, auch wenn er nur sehr wenige Angehörige dieser Gemeinschaft kennt oder jemals kennen lernen wird. Im Anschluss an Anderson beschreiben Catherine Waldby und Robert Mitchell die Blutspende als ein »exemplary act of imagined community [...], a gift of health to an unknown other with whom one has nothing in common other than the shared space of the nation« (2006: 4). Wenn Menschen sich dafür entscheiden, Teile oder Substanzen ihres Körpers zu spenden, so tun sie das, weil sie sich mit einer Gemeinschaft identifizieren: »people donate because they identify themselves as included in the common fate of the nation« (ebd.: 21). Mit dem Aufkommen und der Verdichtung von globalen Märkten lässt sich jedoch nicht mehr nur von Nationalstaaten ausgehen (vgl. Urry 2000). Mit der Struktur des *Eurotransplant*-Verbundes, der sich nicht nur über Deutschland, sondern auch über Belgien, die Niederlande, Luxemburg, Österreich, Slowenien und Kroatien erstreckt, wird auch vielmehr eine »Gemeinschaft der Nachbarländer« vorgestellt.

## Wer verhandelt den Organmangel?

In den USA wird seit den 1980er Jahren eine intensive Debatte darüber geführt, wie Organtransplantationen ausgeweitet werden können (vgl. Motakef 2010c). Diese Debatte findet seit Mitte der 1990er Jahre auch in Deutschland statt. Spätestens seit Verabschiedung des Transplantationsgesetzes hat sie in der Fachöffentlichkeit ihren festen Ort. Dort wird intensiv darüber debattiert, wie der Mangel an Organspenden behoben werden kann. Seit weniger als drei Jahren wird der Organmangel darüber hinaus auch in einer breiten Öffentlichkeit diskutiert.<sup>18</sup>

Diese fachöffentliche Debatte wird nicht nur innerhalb der Medizin oder der Nephrologie, der Nierenheilkunde, geführt. In die Auseinandersetzung um die Organspende sind zudem Vertreterinnen und Vertreter zahlreicher Wissenschaftskulturen getreten: Sie stammen insbesondere aus der Bioethik, aber auch aus der Theologie, der Medizinanthropologie sowie aus den Wirtschafts- und den Gesundheitswissenschaften. In dieser fachöffentlichen Debatte wird hauptsächlich die Regelung der Organspende für den Mangel an Organen verantwortlich gemacht. In der Kritik steht insbesondere der Modus der Gabe, der als ineffizient bezeichnet wird. Denn charakteristisch für ein Geschenk ist, dass es sich nicht einfordern lässt. Eine Organspende wird Patientinnen und Patienten jedoch als etwas vermittelt, was sie benötigen. Es werden alternative Modelle zur Behebung dieses Mangels gefordert, wie insbesondere die Einführung der Widerspruchslösung, darüber hinaus jedoch auch die Ausweitung der Lebendorganspende,

---

18 Darum bemüht sich vor allem der *Deutsche Ethikrat*, der bis Februar 2007 noch *Nationaler Ethikrat* hieß. Viel Kritik erhielt er zunächst für eine Stellungnahme (2007), in der er ein alternatives Modell zum Transplantationsgesetz vorstellte, in dem er Elemente einer Erklärungsregelung mit Elementen einer Widerspruchsregelung verband. Ins Zentrum der politischen Öffentlichkeit gelangte der Organmangel durch den SPD-Politiker Frank-Walter Steinmeier im August 2010. Er erklärte, dass er aufgrund des Mangels an Alternativen seiner Frau eine Niere spenden wird. Seitdem werden parteiübergreifend neue Regelungen wie eine Äußerungspflicht oder ein Eintrag in den Führerschein debattiert, auch die erst abgelehnte Regelung des *Ethikrates* wird wieder erwogen.

die Legalisierung von Organclubs nach US-amerikanischem Vorbild oder sogar ein staatlich regulierter Organhandel.

Dass diese Debatte nicht ausschließlich innerhalb der Medizin geführt wird, ist typisch für die gegenwärtige Entwicklung der naturwissenschaftlich fundierten Medizin insgesamt. Medizinisches Handeln galt jahrhundertlang als darauf gerichtet, Heilungsprozesse in Gang zu setzen – *natura sanat, medicus curat*. Mit den Fortschritten der Transplantationsmedizin lassen sich dagegen heute menschliche Körper nicht mehr nur heilen. Die Transplantationsmedizin stellt vielmehr den Körper des Menschen neu her. Sie wechselt ein dysfunktionales Organ aus (vgl. Rabinow 2004; Rheinberger 1996). Die Eingriffsmöglichkeiten der Medizin und damit verbunden die wachsenden Möglichkeiten der Verfügbarkeit über den menschlichen Körper werfen Fragen auf, die nicht nur das medizinische Handeln betreffen. Wie Irmhild Saake und Armin Nassehi ausführen, ist es der Fortschritt der Medizin und der Biowissenschaften selbst, der für »Entscheidungslagen gesorgt hat, die sich ihren eigenen Wissensroutinen entziehen« (Saake/Nassehi 2004: 123). Vor diesem Hintergrund halten andere Wissensformen Einzug, wie etwa die Bioethik, um die dominanteste Wissensform im medizinischen Feld zu nennen (vgl. Saake/Nassehi 2004; Nassehi 2008).

## 4 BIOETHIK VERSUS BIOPOLITIK?

Die Bioethik zieht ihre Legitimation aus der Annahme, dass das moralische Nachdenken und Urteilen keine Kompetenz ist, die jedem zukommt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die Fragen, mit denen sich die Bioethik auseinandersetzt, das »moralische Alltagsbewusstsein« überfordern (Düwell/Steigleder 2003: 29). Die Bioethik will dabei in der Regel weder kritisch über die Medizin reflektieren noch korrigierend auf sie einwirken. Sie tritt auch nicht in Distanz zur Medizin, vielmehr teilt sie ihren wissenschaftlichen Hintergrund (vgl. Manzei 2007). Die Bioethik wird u.a. auch aus diesem Grund stark kritisiert. Zum einen werden bereits seit den 1980er Jahren Einwände aus der Soziologie erhoben. Renée Fox (1989) machte etwa darauf aufmerksam, dass in der Bioethik suggeriert wird, Entscheidungen für oder gegen medizinische Eingriffe seien Verträge zwischen autonomen Individuen. Hierbei werden jedoch die sozialen Kontexte der Patientinnen und Patienten, aber auch des medizinischen Personals ver-

nachlässigt. Aus feministisch-soziologischer Perspektive wurde problematisiert, dass in der Ethik ein autonomer, gesunder, finanziell unabhängiger, weißer und männlicher Bürger imaginiert und als Ausgangspunkt moralphilosophischer Überlegungen gesetzt wird (vgl. O'Neill 1996). Robert Zussman (1992) kritisierte des Weiteren, dass die Medizinethik die Frage fokussiert, wie Entscheidungen gefällt werden sollen. Wie Entscheidungen jedoch faktisch getroffen werden, bleibt in der Regel unberücksichtigt.

Doch nicht nur von außen, von der Soziologie, sondern auch innerhalb der Ethik, das heißt vor allem insbesondere der Medizinethik, wurde und wird Unbehagen an der Praxis (bio-)ethischen Forschens zum Ausdruck gebracht. Zu häufig würden theoretische Prinzipien der Praxis übergestülpt. Die Bioethik sei zu abstrakt, nicht durchführbar und würde konkreten Situationen nicht gerecht (vgl. Musschenga 2009). Mit dem neuen Forschungsprogramm der Empirischen Ethik reagieren Autorinnen und Autoren auf diese externen und internen Einwände und begründen eine praxisorientierte Wende (vgl. ebd.; Schicktanz/Schildmann 2009). In der Empirischen Ethik wird intensiv debattiert, wie empirische Ergebnisse als Begründungen für moralische Prinzipien angeführt werden sollten (vgl. Schicktanz 2009) und mehr Kontextsensitivität erreicht werden kann (vgl. Krones 2008). Zudem werden Überlegungen angestellt, wie ›gute Bio- und Medizinethik‹ angeleitet werden könnte (vgl. Krones 2009). Die Soziologinnen Sigrid Graumann und Gesa Lindemann resümieren, dass es mittlerweile unstrittig sein dürfte, dass im »akademischen Elfenbeinturm« keine ethischen Lösungen für klinische Fälle erarbeitet werden können, die einfach auf die Praxis übertragen werden (2009: 236).

Da in dieser Arbeit eine biopolitische Perspektive eingenommen wird, soll im Folgenden und trotz der erfreulichen Entwicklungen innerhalb der Bio- und Medizinethik der Fokus auf jene spezifischen Kritiken gelegt werden, die an Foucault anschließen. Worin besteht folglich die spezifisch biopolitische Kritik an der Bioethik und worin besteht ihr Potential? Ein zentraler Kritikpunkt lautet, dass Fragen der sozialen Genese von Krankheiten und Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten ausgeblendet werden. Dadurch wird auch kein Raum für alternative Deutungen eröffnet (vgl. Manzei 2007). Problematisch scheint des Weiteren ihre häufig »technikdeterministische Ausgangsposition« (Lettow 2009: 90): Demzufolge verursacht die Apparatedizin politische und ethische Probleme, für die herkömmliche Moralvorstellungen nicht mehr ausreichend sind (ebd.). Damit

klammert sie sich allerdings selbst als Akteurin und Produzentin von Wissen aus und formuliert eine scheinbar objektiv-philosophisch fundierte Position. Aus dem Blick geraten jedoch die Herrschafts- und Machtverhältnisse, die auch die Produktion von medizinischem und bioethischem Wissen konstituiert (ebd.; Gehring 2006; Lemke 2007b; Wehling 2008). Der skandalisierte Organmangel wird zum Beispiel nicht als Deutungsmuster problematisiert, vielmehr wird der zahlenmäßige Ist-Zustand als Problem formuliert, das gelöst werden muss. Die »analytische Beschreibungsarbeit« fehlt (Gehring 2006: 8). Statt »Vorüberlegungen zum Problem« (ebd.) zu entwickeln, verengt der bioethische Fokus das Gegebene in der Regel auf die Frage: Was sollen wir im besten Sinne des Patienten und der Patientin tun? In Petra Gehrings Worten: »Nicht die neue Wirklichkeit wird reflektiert, etwa die historische Wünschbarkeit oder Gewolltheit einer Technologie, sondern der richtige Umgang mit den Möglichkeiten, die die Technologie freisetzt« (ebd.: 112).

Des Weiteren folgen bioethische Debatten häufig einer Logik der Kontroverse (ebd.). So wird, um im Beispiel der Organspende zu bleiben, gefragt, ob Patientinnen und Patienten Organe kaufen dürfen sollten oder nicht, ob die Lebendorganspende ausgeweitet oder die Widerspruchsregelung eingeführt werden sollte. Entweder wird eine Position befürwortet oder sie wird verworfen. Mit der »Monopolstellung der Ethik« (ebd.: 8) in medizinischen Fragen verfestigt sich damit eine bestimmte Perspektive auf die Technologie: Es ist die zentrale Differenzierung zwischen »verboten« und »erlaubt« zur Bewertung eines Ist-Zustandes (ebd.).

Die soziologisch-empirische und damit auch die medizinanthropologische Perspektive auf Organspende setzen dagegen zentrale Impulse. Denn mit dieser Perspektive lassen sich körperlich-leibliche Erfahrungsdimensionen von Individuen erforschen (vgl. van den Daele 2005). Im Kontext der Organtransplantation verfolgten dies in jüngster Zeit und wie im Folgenden noch deutlich wird vor allem Autorinnen und Autoren der Medizinanthropologie. Darüber hinaus wird es auch möglich, die Problemwahrnehmungen, das heißt die Deutungsmuster im Umgang mit dem menschlichen Körper zu untersuchen, die im Zuge der bioethischen Perspektive und ihrem Fokus auf den Ist-Zustand aus dem Blick geraten (vgl. Wehling 2008). Eine Perspektive, die die Deutungsmuster und Problemwahrnehmungen im Umgang mit dem menschlichen Körper ins Zentrum der Analyse stellt, hat zum Beispiel Michel Foucault unter dem Stichwort der Biopolitik formuliert.



Biopolitik bezeichnet für Foucault eine Form der Machtausübung, die sich mit dem Leben und dem Lebendigen befasst. Biopolitik markiert für ihn den »Eintritt der Phänomene, die dem Leben der menschlichen Gattung eigen sind, in die Ordnung des Wissens und der Macht, in das Feld der politischen Techniken« (Foucault 1983: 169). Sie unterscheidet sich von anderen Machtformen darin, dass sie nicht auf Unterdrückung und Vernichtung abzielt, sondern auf die Optimierung und Funktionssteigerung der Körper der Subjekte. Hierin besteht die anhaltende Aktualität des Foucault'schen Modells. Wenn ich Organspende unter dem Stichwort der Biopolitik untersuche, bedeutet dies zunächst, dass auch mit Organspenden Lebensprozesse optimiert werden sollen: Es soll Leben verlängert und damit der Tod hinausgeschoben werden.

Der Begriff der Biopolitik verweist auf eine hundertjährige Geschichte, und trotz der Konjunktur, die er gegenwärtig erfährt, ist er weiterhin wenig konturiert (vgl. Lemke 2007a). Auch Foucault hat ihn in seinem Werk uneindeutig verwendet, u.a. auch, da er kein konsistentes Konzept vom Leben bzw. dem Lebendigen vorgelegt hat (vgl. Muhle 2008). Die soziologische Analyse von biopolitischen Fragen ist zudem nicht institutionell verankert. Im Gegenteil muss konstatiert werden, dass sich die Sozialwissenschaften aus biopolitischen Debatten in jüngster Zeit eher herausgehalten haben. Der Soziologe Wolfgang van den Daele, der auch langjähriges Mitglied des früheren *Nationalen Ethikrates* war, erörtert den spezifisch soziologischen Beitrag zu biopolitischen Fragen: »Soziologische Aufklärung zur Biopolitik bestünde [...] darin, sich durch empirische Beobachtung der Wirklichkeit der Gesellschaft in den Konflikt über biopolitische Regulierungen einzumischen« (2005: 8f.).

Der soziologische Beitrag liegt für van den Daele damit insbesondere in der auf empirischen Daten gestützten Infragestellung von Folgeszenarien (ebd.: 9). Peter Wehling würdigt zunächst den »eigenständigen soziologischen Beitrag« zur Biopolitik, den van den Daele formuliert (Wehling 2008: 250). In van den Daeles Entwurf verkommt die Soziologie jedoch zu einer »empirischen Hilfswissenschaft der Bioethik«, so Wehling (ebd.: 255). Die Regulierungsperspektive, das heißt die Frage nach der Machbarkeit der Technologie, die van den Daele betont, suggeriert, dass mit objektiven Kategorien gearbeitet wird. Zudem ignoriert sie gesellschaftliche Definitionsprozesse (ebd.). Van den Daele entgegnet u.a., dass die »Arenen der institutionellen Bioethik [...] keineswegs so eng« sind, wie es die Sozio-

logen fälschlicherweise unterstellen (2009: 54). Auch aus der Bioethik und vor allem der Empirischen Medizinethik werden kritische Einsprüche erhoben, die nicht einzig die Behebung des Organmangels im Blick haben und auf eine Perspektivenerweiterung drängen. Zudem ist vor allem mit Blick auf englischsprachige Arbeitszusammenhänge zu biopolitischen Fragen, wie etwa das von Nikolas Rose und Sara Franklin geführte *Centre for the Study of Bioscience, Biomedicine, Biotechnology and Society* (BIOS) der *London School of Economics* auffällig, dass die Trennung einer an der Regulierungsperspektive orientierten Bioethik und einer an Empirie orientierten kritischen Sozialforschung zu biopolitischen Fragen faktisch nicht aufrechtzuerhalten ist.

## 5 (BIOPOLITISCHE) KRITIK DER ORGANSPENDE

Anlass zu Verwunderung gibt allerdings nicht nur die Trennung in ein einerseits unkritisches bioethisches und andererseits kritisches biopolitisches Forschungsprogramm. Eine biopolitische Perspektive scheint, wenn man den bereits genannten Autorinnen und Autoren folgt, eine kritische Haltung geradezu automatisch einzuschließen. Auch dies irritiert, da die Benennung von Maßstäben für Kritik ausbleibt. Die Frage nach der Kritikfähigkeit von biopolitischen Perspektiven ist kaum zum Gegenstand elaborierter Forschungen geworden (vgl. Wehling 2008; van den Daele 2009). Worin können folglich Ansätze einer kritischen Forschungspraxis zu biopolitischen Fragen bestehen?

In seinem viel zitierten Vortrag *Was ist Kritik?* schlägt Foucault vor, Kritik als eine Praxis zu verstehen, »nicht dermaßen regiert zu werden« (1992: 12). Mit dem Begriff der Regierung stellte sich Foucault die Frage, wie es der Macht gelingt, Teil des Handelns der Subjekte zu werden. Regieren heißt vor diesem Hintergrund, »das mögliche Handlungsfeld anderer zu strukturieren« (ebd.). Wie kann folglich vom Regierungsbegriff ausgehend Kritik entfaltet werden? Für Foucault besteht die Aufgabe der Kritik nicht darin, eine Bewertung vorzunehmen, wie es der Bioethik vorgeworfen wird, vielmehr soll Kritik das »System der Bewertung« selbst herausarbeiten (ebd.). Wenn Foucault davon spricht, nicht derart regiert zu werden, impliziert er damit nicht die Möglichkeit einer radikalen Anarchie (vgl. Butler 2001). Denn wie auch Judith Butler darlegt, geht es ihm nicht dar-

um, wie man radikal unregierbar wird. Vielmehr geht es um eine Beziehung zu einer Form des Regierens. Er fragt: »Wie ist es möglich, daß man nicht derartig, im Namen dieser Prinzipien da, zu solchen Zwecken und mit solchen Verfahren regiert wird – dass man nicht so und nicht dafür und nicht von denen da regiert wird?« (1992: 11f.). Damit differenziert Foucault zwischen Regierung und Regierungsintensivierung. Die durch die Regierung bezeichneten Apparate dringen in die Praktiken der Regierten, ihre Wissensweisen und Seinsweisen ein. Regiert werden heißt damit, dass Individuen nicht eine Existenz aufgezwungen wird, sondern dass Bedingungen vorstrukturieren, welche Existenzen möglich sind und welche nicht. Kritik lässt sich dann als jene Praxis fassen, in der Subjekte die Bedingungen für ihre Existenz infrage stellen. In Foucaults Worten:

»Wenn es sich bei der Regierungsintensivierung darum handelt, in einer sozialen Praxis die Individuen zu unterwerfen – und zwar durch Machtmechanismen, die sich auf Wahrheit berufen, dann würde ich sagen, ist die Kritik die Bewegung, in welcher das Subjekt sich das Recht herausnimmt, die Wahrheit auf ihre Machteffekte hin zu befragen und die Macht auf diese Wahrheitsdiskurse hin« (ebd.: 15).

Vermutlich ist es ein Verdienst Foucaults, dass sein Vortrag viel mehr Fragen aufwirft, als er zu beantworten scheint. An dieser Stelle soll jedoch keine fundierte Diskussion zu den Möglichkeiten der Kritik im Anschluss an Foucault folgen. Es soll jedoch deutlich gemacht werden, dass mit der Perspektive des Regierens Prozesse der Subjektivierung in den Blick genommen werden können. Damit lassen sich biopolitische Phänomene nicht einfach nur auf unseren Umgang mit unserem Körper beschränken. Vielmehr wird problematisiert, welche Moralvorstellungen und Normen, die unser Handeln anleiten, mit den Technologien wirkmächtig werden und wie Subjektivierung sich somatisch verändert. Am Beispiel der Organspende lässt sich dies aufzeigen: Im Diskurs des Organmangels ist der Vorschlag zu finden, es sollte ein Organclub legalisiert werden. In diesen Aussagen werden Individuen als Clubmitglieder konstruiert, die ihre Organe als Clubgüter veräußern. Während bisher bei der Organspende davon ausgegangen wurde, dass Individuen als *Gutmenschen* ihre Organe in *Akten der Nächstenliebe* aus *Fürsorge* verschenken, tritt die *Vorsorge* ins Zentrum. Jeder und jede soll durch eine Clubmitgliedschaft sich präventiv darum kümmern dürfen, ein Spenderorgan zur Verfügung zu haben. In einem wei-

teren Vorschlag wird ein Organverkäufer produziert, der autonom und rational seine Organe wie Waren veräußert. Argumente gegen den Organhandel gelten hier als paternalistisch. Wie diese wenigen Beispiele deutlich machen, verändert sich in diesem Diskurs nicht nur die Art und Weise der Regelung der Organtransplantation. Vielmehr steht die Art und Weise der Verfügbarkeit unserer Körper und der Veräußerbarkeit der Subjekte auf dem Spiel. Während die Bioethik in der Regel nach äußeren Kriterien sucht, ab wann eine Technologie gerechtfertigt ist, lässt sich mit der biopolitischen Perspektive Foucaults nachzeichnen, *wie* somatische Subjektivität transformiert wird. Anstatt der Bioethik ihre Dominanz vorzuwerfen und ihr Naivität zu bezeugen, soll hier allerdings vielmehr das Schweigen der Soziologie konstatiert werden, das auch für die denkwürdige Entpolitisierung biopolitischer Themen mitverantwortlich ist.

Das kritische Forschungsprogramm, das diese Untersuchung verfolgt, besteht damit darin, Organspende ihrer Selbstverständlichkeit zu entreißen und mit Blick auf Subjektivierungsprozesse die Ambivalenzen und Widersprüche des Feldes aufzuzeigen. Intendiert ist damit eine soziologische Aufklärung, die eine Perspektivenvielfalt präferiert und die die Gleichsetzung von einer Aufklärung über Organspende mit dem positiven Bekenntnis zu Organspende mit einem Fragezeichen versieht. Damit ist es das ausgewiesene Anliegen der Arbeit, einen Beitrag zu einer Re-Politisierung der Organspende zu leisten.

## **Thesen und Überblick über die einzelnen Schritte**

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen entfalte ich die Argumentation, dass das Sprechen über den Organmangel keine neutrale Praxis bildet. Vielmehr lassen sich die Aussagen, die über den Organmangel getroffen werden, als diskursive Praxis beschreiben. Diskurs definiere ich im Anschluss an Michel Foucault als eine machtvolle und historisch spezifische Form der Konstitution des Wissens, zu der immer auch eine Praxis und eine Materialität gehören. Der Diskurs beschränkt sich damit nicht auf die sprachliche Ebene von Aussagen. Foucault fragte vielmehr, wie es dazu kommt, dass Aussagen wahr werden, und wie sich diese Aussagen materialisieren. Damit wird im Folgenden die diskursive Produktion des Organmangels rekonstruiert.

Mit dem ebenfalls an Foucault angelehnten weiten Regierungsbegriff wird die Argumentation entfaltet, dass Individuen im Diskurs der Organspende bestimmte Handlungen an ihren Körpern nahegelegt werden. Zu diesen Handlungen werden sie nicht gezwungen, sie werden ihnen allerdings als moralisch angemessene Handlungen vermittelt. Im Anschluss an den Begriff der Regierung und Louis Althusser's Begriff der Anrufung (*Interpellation*) entfalte ich die *These*, dass die Konzeptionen von Organen im Diskurs des Organmangels, wie zum Beispiel als Gaben, Clubgüter oder Waren, auf spezifische Programme verweisen, die Individuen auf vielfältige Weise als veräußerbare Subjekte anrufen. Im Diskurs des Organmangels wird Wissen über verfügbare Körper und deren Teile hergestellt, das erstens den Individuen ein spezifisches Verhältnis zu ihren Körpern nahelegt und das zweitens mit spezifischen gesellschaftlichen Verhältnissen zu den Körpern der Individuen korrespondiert. Der Diskurs des Organmangels lässt sich damit als Ort *biopolitischen Regierens* in den Blick nehmen, in dem Individuen als veräußerbare und als gebende Subjekte angesprochen werden.

Organspende im Allgemeinen und der Organmangel im Besonderen bezeichnen Forschungsgebiete, die vor allem von der Bioethik und der Medizin vorstrukturiert wurden. Um mich in einem Forschungsgebiet zu bewegen, das mit Ausnahme des Hirntodkonzeptes weitgehend aus dem soziologischen Blickfeld geraten ist, wurde es notwendig, zunächst geeignete Kategorien für die Analyse zu finden. Diese bilden Körper, Gaben sowie der weite Regierungsbegriff Foucaults. Sie werden im zweiten Kapitel erarbeitet. Ich führe in die Soziologie der Körper, der Gabe sowie der Auseinandersetzung mit Foucaults Regierungsbegriff ein und diskutiere sie im Hinblick auf Probleme der Organspende.

Im dritten Kapitel werden zunächst das methodische Vorgehen vorgestellt und die Vorzüge und Grenzen der Methodik diskutiert. Darauf folgt die Diskursanalyse des Organmangels. Die vorgeschlagenen alternativen Regelungen der Organspende werden als Programme gefasst und die den Programmen inhärenten Konstruktionen von Körperteilen und Subjektformen offengelegt. Hierbei argumentiere ich, dass die Gabe im Diskurs des Organmangels nicht an Bedeutung verliert, sondern reformuliert wird. Damit verbunden ändert sich auch die Art und Weise, wie Individuen als veräußerbare Subjekte angerufen werden.

Während ich im dritten Kapitel gefragt habe, welche Regierungsprogramme entworfen werden und damit auch, wie sich die Anrufungen als Organspenderinnen und als Organspender verändern, wird im vierten Kapitel der Blick darauf gerichtet, wer die Anrufungen annimmt. Im Zentrum steht folglich die Frage, wer spendet. Aus dem vorliegenden Forschungsstand zur Organspendebereitschaft werden Unterschiede nach Geschlecht und Ethnizität referiert. Vor dem Hintergrund geschlechter- und gabensoziologischer Ansätze sowie einer rassismuskritischen Gesundheitsforschung werden die Befunde und die Gründe für die Unterschiede in der Spendenbereitschaft diskutiert. Abschließend werden im fünften Kapitel die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

## **Danke**

Wer die Praxis der Organspende hinterfragt, macht sich verdächtig und muss sich rechtfertigen: Wo ist der wissenschaftliche Mehrwert, den Organmangel als eine soziale Konstruktion zu beschreiben? Ist diese Perspektive nicht sogar zynisch, schließlich kann er für zahlreiche Menschen auf der Warteliste den Tod bedeuten? Kann die soziologische Befragung auch einen Schaden anrichten? Sollten Soziologinnen und Soziologen hier nicht besser der Medizin das Feld überlassen? Oder ist der Versuch einer soziologischen Aufklärung über Organspende nicht ohnehin nur ein intellektuelles Spiel?

Mein Unbehagen, das mit diesen und ähnlichen Fragen zusammenhängt, aber auch meine Faszination für das Thema sowie die »Lust des Herzens in der Erkenntnis der Dinge« (Al Ghasali) konnte ich mit vielen Menschen teilen. Mit ihnen habe ich meine Fragen, Thesen und Argumente entwickelt und geschärft. Sie haben meinen Forschungsprozess bereichert, beschleunigt und mitbestimmt, genauso wie sie ihn produktiv irritiert und entschleunigt haben. Sie haben all jenes getan, was nüchtern als Mitgestalten bezeichnet wird, was sich im Forschungsprozess jedoch als weitaus Wesentlicher, eben als essentiell, erweist.

Ich bedanke mich bei Prof. Ilse Dröge Modelmog (Oldenburg), die mein Interesse an der Gabe, am Körper und an Subjekttheorien entfachte und die uns die Möglichkeit einer gemeinsamen intensiven Lektürearbeit bot. Des Weiteren bedanke ich mich bei Prof. Wolfgang Nitsch (Oldenburg), der mich u.a. mit empirischen Problemen der Diskurs- und Gouver-

nementalitätsforschung vertraut machte. Bei Prof. Doris Janshen (Essen) bedanke ich mich dafür, dass sie mir einen Zugang zu interdisziplinären Fragen im Allgemeinen und zur Transplantationsmedizin im Besonderen verschaffte. Durch meine Beschäftigung am Essener Kolleg für Geschlechterforschung, dass sie bis zu ihrem Tod im Februar 2009 leitete, konnte ich mein Forschungsprojekt realisieren. Prof. Thomas Philipp (Essen) und sein Team gaben mir die Möglichkeit, in der Transplantationsambulanz Essen zu hospitieren. Alles was ich über Nephrologie weiß, habe ich von ihm, seinen Patientinnen und Patienten sowie von Prof. Petra Thürmann (Witten-Herdecke) gelernt. Dafür herzlichen Dank.

Zahlreiche inhaltliche und forschungspraktische Anregungen sowie Durchhaltevermögen und Motivation in Durststrecken schenken mir die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Forschungskolloquiums des Essener Kollegs für Geschlechterforschung der Universität Duisburg-Essen. Gleiches gilt für das Forschungskolloquium des Lehrstuhls von Paula-Irene Villa an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prof. Paula-Irene Villa (München) gilt hier mein besonderer Dank, nicht nur weil sie die Erstbetreuerin meiner Arbeit war. Mit ihrer herzlich-pragmatischen Art half sie mir aus der einen oder anderen theoretisch-methodischen Sackgasse. Zudem bedanke ich mich bei Prof. Armin Nassehi (München) für seine Bereitschaft, ein Zweitgutachten zu schreiben, und dafür, dass er mir spontan und unbürokratisch half, größere administrative Probleme zu lösen.

Insbesondere bei Dr. Christine Wimbauer, aber auch bei Anke Spura und Markus Gottwald (Berlin), in deren Team ich seit Abgabe der Dissertation am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung arbeite, bedanke ich mich für ihre Unterstützung für die vielen Arbeiten, die erst anfallen, wenn die Dissertationsschrift abgegeben ist. Mein Dank gilt des Weiteren Stephan Fürstenberg (Zürich), Zarah Pfeiffer (München), Esther Knoth (Witten), Ute Wicke (Bremen) und Diana Lengersdorf (Dortmund) für ihre sehr instruktiven Kommentare zu meinem Manuskript sowie PD Dr. Oliver Decker (Leipzig) und Sabine Wöhlke (Göttingen) für den Austausch über Organspende. Bei der Herausgeberinnen Prof. Gabriele Klein (Hamburg) und Prof. Martina Löw (Darmstadt) sowie dem Herausgeber Prof. Michael Meuser (Dortmund) bedanke ich mich für die Aufnahme meiner Arbeit in ihre *Materialitäten*-Reihe. Des Weiteren gilt mein Dank Michael Volkmmer, Jörg Burkhard und Kai Reinhardt vom *transcript*-Verlag. Ihnen ver-

danke ich nicht nur den endgültigen Titel meiner Arbeit. Sie haben es möglich gemacht, dass meine Arbeit zeitnah erscheint.

Unbegrenzte Unterstützung in jeder denkbaren Weise erhielt ich von meiner Familie, insbesondere von meinen Eltern Renate M. und Ali Motakef sowie von meiner Schwester Mitra und ihrer Familie. Auch meinen Freundinnen und Freunden gilt mein großer Dank. Des Weiteren danke ich Hans-Hermann und Gesine Mammen für ihr Vertrauen und ihre Unterstützung. *Last, but not least* danke ich Jörn Mammen, der nun (unfreiwillig) eine Ethnographie über die praktische Durchführung von Dissertationen erstellen könnte.

Berlin und Bremen, 18. Dezember 2010