

Oliver Decker
Der Warenkörper
Zur Sozialpsychologie
der Medizin

Oliver Decker

Der Warenkörper

Zur Sozialpsychologie
der Medizin

zu **Klampen!**



© 2011 zu Klampen Verlag · Springe
www.zuklampen.de · info@zuklampen.de
Umschlag: Groothuis, Lohfert, Consorten · Hamburg
Satz: Anja Fengler, Buchgestaltung & Typografie · Potsdam
Gesamtherstellung: Bookfactory - Der Verlagspartner GmbH · Bad Münde

ISBN 978-3-86674-149-2

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

*In Erinnerung an
Dr. med. Hans-Joachim Koraus*

Inhalt

Vorwort	9
Kapitel I: Zur Sozialpsychologie der Medizin	13
Kommodifikation – Der menschliche Körper als Rohstoff und Handelsware	16
Das Zeitalter der Organtransplantation	22
Knappe Ressourcen	27
Das Geschenk des Lebens	32
Psychische Reaktion auf eine soziale Praxis	38
Mangel und Ersatz	39
Vom Geben und Nehmen	45
Das Gesetz des Marktes	52
Für und Wider einer Marktlösung	52
Praxis des Organhandels	60
Sozialpsychologie und Medizin	64
»Sociology in Medicine« oder »Sociology of Medicine«	66
Die »Wurzelgründe« der modernen Medizin	75
Kapitel II: Beinverpflanzungswunder und Reliquienverehrung	92
Die Heiligen Cosmas und Damian – Ihre Überlieferungs- und Wirkungsgeschichte	97
Vom göttlichen Zwilling zum heiligen Bruderpaar	98
Die wundersame Beinverpflanzung	103
Vom Wunder zum Mitwirkungswunder	106
Verehrte Körper	107
Gehandelte Körper	113
Ausnahmemensch und Fremdkörper	122

Erwähltheit und Akkumulation	130
Eucharistiefeier und der Leib des Herrn	131
Gnadenversicherung und Erwähltheit	135
Der »Glutkern«	140
Kapitel III: Fetischismus – Heilgut, Ware, Körper	144
Fremde Körper – Gegen Unvernunft, Mohren und Katholiken	148
Boßmanns Reise nach Guinea	148
De Brosses' Abhandlung über die Religion Nigritiens	156
Göttliche Körper – Entfremdung und Idolatrie	163
Facticius – Handelsware und bearbeitete Natur	163
Fetischismus – Fremdes und verdrängtes Eigenes	172
Fetischdienste und Reliquiare	175
Handelskörper – Entfremdung und Fetischismus	186
Der Warenfetisch	187
Die Substanz der Ware – corpus facticium:	
Vergötzung des Körpers und Bearbeitung der Natur	194
Schatzbildung und Priesterbetrug	204
Traum und Rausch	212
Mangelhafte Körper – Entfremdung und Perversion	221
Narzisstische Plombe	228
Illusion	248
Opfer und Körper, Tausch und Versöhnung	253
Kapitel IV: Der Warenkörper	266
Anmerkungen	276
Literatur	293
Dank	320

*O father Abram, what these Christians are
[...]
So do I answer you:
The pound of flesh which I demand of him
Is dearly bought; 'tis mine, and I will have it.
Shylock
William Shakespeare, The Merchant of Venice*

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist der Versuch, mit der Evidenz einer Erzählung etwas zu zeigen: die Verwurzelung der modernen Medizin und der auf Tausch und Warenproduktion basierenden Gesellschaft in ein und demselben Grund. Eine Verwurzelung, die dazu führt, dass mit dem Ergebnis beider Bemühen unterlaufen wird, was sie anstreben. Und das liegt am Wurzelgrund selbst: im sakralen Opfer. Nicht nur der Anforderung an eine wissenschaftliche Arbeit ist es geschuldet, wenn es trotzdem Wechsel in die Metatheorie gibt, mit der das erklärt wird, was eben noch erschlossen wurde. Mit dem Versuch eines erzählenden Anschmiegens an den Gegenstand verbindet sich seine Interpretation.

Die Arbeit ist als historische Rekonstruktion angelegt. Im Zentrum steht aber weniger die ideengeschichtliche Erfassung, als die Gegenwart der solcherart beschriebenen Vergangenheit. Dabei werden Widersprüche oder Bruchlinien in den zu Rate gezogenen Texten als eine aus der Sache selbst kommende Bewegung aufgefasst. Als Maßstab für die Interpretation gilt, ob es gelingt, eine spezifische Logik in der Praxis der modernen Medizin nachzuzeichnen.

Im ersten Kapitel wird die Ökonomisierung der Gesundheit und des Gesundheitssystems mit ihrem Bezug zum menschlichen Körper beschrieben. Der menschliche Körper nimmt in diesem Prozess eine doppelte Position ein, er ist Rohstoff und Handelsgut. Die Ökonomisierung der Gesundheit gerät dadurch als »Kommo-

difizierung des menschlichen Körpers« in den Blick. In der Transplantationsmedizin kann am Beispiel des Organhandels diese Kommodifizierung und die damit verbundene Kontroverse *par pro toto* für die moderne Medizin untersucht und zum Anlass genommen werden, die »Wurzelgründe der Medizin« (Tönnemann) zu analysieren. Dieses Vorgehen ist nicht ohne Beispiel. Die Versuche, Soziologie und Medizin entweder als »Sociology of Medicine« oder als »Sociology in Medicine« zu verbinden, werden dargestellt und dienen der Entwicklung eines eigenen, um die Psychoanalyse ergänzten Zugangs. Die moderne Medizin wird als gesellschaftliche Praxis zum genuinen Untersuchungsgegenstand einer Sozialpsychologie der Medizin. Wenn dann mit Talcott Parsons' Analyse die Wurzelgründe der modernen Medizin in der Religion ausgemacht werden, dann zeigt sich die in der Kontroverse um eine Kommodifizierung des Körpers präsenste Gegenüberstellung von religiösen und ökonomischen Motiven medizinischen Handelns als irreführend.

Im zweiten Kapitel kommt die Transplantationsmedizin selbst zur Sprache. Sie gibt mit einem häufigen Verweis auf das Heilige Brüderpaar Cosmas und Damian selbst Auskunft über ihre Wurzelgründe. In der *Legenda Aurea*, der mittelalterlichen Sammlung von Wundern und Martyrien, wird dem Brüderpaar die erste wundersame Beinverpflanzung zugeschrieben. Mit dem Verweis auf diese Beinverpflanzung wird von der gegenwärtigen Medizin die zeitliche Tiefe des Wunsches zu transplantieren illustriert. In den Zeugenstand ruft man Cosmas und Damian tatsächlich zu Recht, allerdings zeigt sich erst bei der Rekonstruktion alle Hypothek ihrer Bedeutung. Sie standen an der Wiege der modernen Medizin, weil sie bereits im Mittelalter hoch verehrte Heilige waren. Ihr Verbreitungsgrad ist heute kaum mehr vorstellbar, ihre Reliquien wurden europaweit verehrt. Diese Reliquien waren als menschliche Körperteile nicht nur Heilgut, sondern das wertvollste Handelsgut, welches im ausgehenden Mittelalter im Umlauf war. Diese doppelte Erscheinung des menschlichen Körpers als Heils- und Handelsgut liefert den Kontext, in dem das Verpflanzungswunder

in der Bildsprache des Mittelalters zu verstehen ist. Das Wunder wird damit gleichzeitig zu einem Scharnier oder mit den Worten Walter Benjamins zu einem Kristall, in dem Vergangenheit und Zukunft für einen Augenblick zusammentreten. Entlang der bildlichen Darstellung des Verpflanzungswunders wird die Entwicklung vom Wunder zum Mitwirkungswunder und dann zur ärztlichen Handlung skizziert. Damit zeigt sich die moderne Medizin in einer Tradition des christlichen Heilsversprechens als eine Erneuerung der »Wegzehrung auf dem langen Marsch« (Türcke) nachdem der Gläubige »von der Hand im Mund« (Weber) nicht mehr leben konnte.

Diese Reliquienverehrung hat aber einen weiteren historischen Rahmen, der im dritten Kapitel aufgespannt und untersucht wird. Die Regelung des Verhältnisses zum menschlichen Körper ist nicht erst seit dem Christentum eine zentrale Aufgabe der Religion. Dabei ist die Reliquie mit einem andren Begriff aufs engste verbunden: dem des Fetischismus. Er ist der Schlüsselbegriff zum Verständnis des Verhältnisses von Ökonomie, Sakralem und menschlichem Körper in der europäischen Kulturgeschichte. Mit ihm wird die »Untergründige Geschichte des Körpers in Europa« (Horkheimer & Adorno) rekonstruierbar. Dieser historisch-anthropologische Zugang zum kommodifizierten Körper als Heils- und Handelsgut führt über die Rekonstruktion des Fetisch-Begriffs. Vom römischen Autor Plinius und dem Kirchenvater Tertullian führen seine Spuren in die Kolonien, um dort die verfemte Praxis der »Wilden« zu beschreiben und schlussendlich nach Europa zurück. Der außereuropäische Fetisch diente als Projektionsfläche für verdrängtes Eigenes in der europäischen Aufklärung. Die Rückkehr nach Europa mit der ökonomischen Theorie von Karl Marx und der Theorie des Psychischen von Sigmund Freud macht den Fetisch zu einer Schlüsselkategorie der modernen Gesellschaft. In diesen Theorien wird nicht nur die enge Verbindung von Ware, Körper und Sakralem sichtbar und die Transformation des Opfers in die moderne Medizin nachvollziehbar. Sondern es wird auch die Wirkung der medizinischen Intervention als gesellschaftliche

Handlung verständlich. Diese Selbsterhaltung auf Kosten des Selbst lässt sich als Dialektik aus Versöhnungswunsch und Beschädigung des Individuums beschreiben.

Im vierten und letzten Kapitel wird das solcherart gewonnene Verständnis der fetischisierenden Praxis auf den menschlichen Warenkörper zurückgeführt. Am Beispiel der Transplantationsmedizin wird der »Glutkern« der modernen Medizin sichtbar, die die sakrale Opferpraxis am menschlichen Körper wiederholt. Sie ist der Versuch der Versöhnung, der doch im Moment der Verleugnung des körperlichen Mangels unterlaufen wird.

Kapitel I: Zur Sozialpsychologie der Medizin

Seit mehr als 20 Jahren ist die öffentliche und wissenschaftliche Debatte von einer Kontroverse um die Finanzierung des Sozialsystems geprägt. Was für die Altersvorsorge und die Unterstützung im Falle der Erwerbslosigkeit gilt, kann erst recht für das Gesundheitssystem beobachtet werden. Es gerät zunehmend mehr unter Druck. Hier wie dort werden zunächst ökonomische Gründe ins Feld geführt, denn das gesamte Sozialsystem basiert einerseits auf einer prosperierenden Wirtschaft, andererseits auf der Lohnquote, also auf den in das Gesundheitssystem abgeführten Lohnnebenkosten.¹ Sinkt die Zahl der sozialversichert Beschäftigten, sinkt die Nettoeinzahlung in das Solidarsystem (Kaufmann 1997; Amelang, Glied & Topan 2001).

Daher werden selbst bei gleich bleibender und erst recht bei steigender Belastung für das Solidarsystem Strukturveränderungen auch in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung als unvermeidlich angesehen. Dabei ist diese Debatte nicht neu. Mit dem Verweis auf eine steigende Belastung der Erwerbstätigen hat früh eine Kontroverse um die Legitimität des Sicherungssystems begonnen (Moran 1988) und sie hält bis heute mit ähnlichen Argumenten an. Für die Kontroverse sorgte von Anfang eine Gegenposition, die mit der Gesundheitsversorgung wie überhaupt mit dem Solidarsystem die Voraussetzung einer demokratisch verfassten Gesellschaft bedroht sah und mit einer Kritik des Marktes und der auf ihm basierenden Gesellschaft reagierte (Habermas 1973, 106 ff; Mishra 1984).

Bis heute stellt sich die Frage, wodurch das Gesundheitssystem unter Druck geraten ist. Ist es die primär immer wieder angeführte

Kostendeckungslücke oder gibt es noch andere Motive? Die Rahmendaten des Gesundheitswesens zeigen einen Anstieg der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt von 10,1 % im Jahr 1995 auf 10,6 % im Jahr 2006 (Preusker 2008, 433), weisen damit aber keine so deutliche Steigerungsrate aus, wie die anschwellende politische Auseinandersetzung um die Kosten im Gesundheitswesen es hätten vermuten lassen. Dabei bestimmt die Diskussionen um eine Reform des Gesundheitssystems im selben Zeitraum und damit seit mehreren Legislaturperioden die Politik mit.

Die angestrebten Veränderungen betreffen allerdings eine gesellschaftspolitische Institution, deren Bedeutung für den Einzelnen über die finanzielle Belastung hinausgeht. In einem weit höheren Maße als es im ersten Moment sichtbar wird, ist sowohl das Selbstverständnis der Gesellschaft, wie auch das Verhältnis vom Allgemeinen zum Besonderen, das Verhältnis der Gesellschaft zu ihren Mitgliedern betroffen.

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist seit mehr als 120 Jahren, seit den Bismarckschen Sozialistengesetzen, durch ein fast die gesamte Bevölkerung einbeziehendes Versicherungssystem auf gesetzlicher Basis charakterisiert. Zugleich wird die Ausgestaltung der Versorgungsleistungen in die Selbstorganisation von Krankenkassen und Ärzteschaft gegeben. Rosenbrock differenziert drei international verbreitete Grundkonzepte der Krankenversicherung und -versorgung, die sich vor allem in der Art der versicherten Risiken, der Einbeziehung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und der Form der Leistungsgewährung unterscheiden (Rosenbrock 2003): Wirtschaftsliberales Modell (USA, Neuseeland, Australien), Sozialstaatliches Modell (skandinavische Länder), Korporatistisches Modell (Frankreich, Österreich). Auch für Deutschland sieht er bisher eine »korporatistische« Variante der Organisation des Gesundheitssystems gegeben. Neue Dynamik in die alte Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitswesens ist gerade durch diese unterschiedlichen Modelle gekommen, denn

im Zuge des so genannten Lissabon-Prozesses in der Europäischen Union sind nun seit dem Jahr 2000 die Weichen für ein gemeinsames Gesundheitssystem in der EU gestellt worden. Politisches Ziel ist es, die Gesundheitssysteme anzugleichen – und zwar unter gleichzeitiger Vereinheitlichung des Vorzeichens. Denn mit dieser Europäisierung ist auch eine Ökonomisierung des Gesundheitssystems verbunden (Gerlinger & Urban 2006). »Vielfach sind die Anstrengungen der Brüsseler Kommission mit harmlos klingenden Bezeichnungen überschrieben. In der ›Sozialpolitischen Agenda‹ im Rahmen der so genannten ›Lissabon-Strategie‹, mit der die EU die USA als dynamischen Wirtschaftsraum überholen will, bekannten sich die EU-Regierungschefs im Jahr 2000 mit Formulierungshilfe Brüssels zu einer ›Modernisierung des Sozialstaates‹, wobei das Gesundheitssystem ausdrücklich einbezogen wurde.« (Klusen 2006, 19)

Mit der »Ökonomisierung der Gesundheit« als Gebot der Stunde ist mehr beabsichtigt als nur der effiziente Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel. Es geht um die Einführung von wirtschaftsliberalen Grundsätzen in das Gesundheitssystem: Gesundheit soll zur Ware werden, die Gesundheitsversorgung zu einer Dienstleistung wie andere Dienstleistungen auch (Mosebach 2003). Nicht mehr Wirtschaftlichkeit und Kostendämpfung, sondern die Wettbewerbsorientierung steht im Vordergrund der Gesundheitspolitik. Beschleunigt hat der Lissabon-Prozess, die Integration auch des Gesundheitssystems in einen europäischen Markt (Gerlinger & Urban 2006), also jene Strukturreformen, die bisher am Veto der nationalen Interessengruppen wenn nicht gescheitert, so doch verlangsamt worden sind. Es stellt sich nun mit Dringlichkeit die Frage neu, wie berechtigt die Kritik am Markt ist und wie eng Markt und Gesundheitsversorgung schon zusammenhängen – und wie schließlich eine fortschreitende Ökonomisierung der Gesundheit dann verstanden werden muss.

Kommodifikation – Der menschliche Körper als Rohstoff und Handelsware

Das häufig verwendete »Begriffspaar der Ökonomisierung« der Gesundheit ist zwar nicht grundsätzlich falsch, verstellt aber den Blick auf das Wesentliche dieses Prozesses. Der erste Bestandteil, der Begriff der Ökonomisierung, vermittelt den Eindruck, als wäre der Gesundheitsbereich bisher aus der Ökonomie herausgelöst gewesen.² Genau das war er aber nie. Insofern ist Deppes Definition des Vorgangs zwar inhaltlich zutreffend – »Eine Ökonomisierung tritt in der Regel dann ein, wenn das Gewinnkalkül oder der Tauschwert das Übergewicht über seinen Träger, den Gebrauchswert gewinnt« (Deppe 2008, 133/134) – die Begriffswahl bleibt aber trotzdem irreführend. Der Wechsel besteht darin, dass das Gesundheitssystem nun selbst zum Ort der Wertschöpfung gerät. Und das Gut, welches dabei zum Gegenstand der Wertschöpfung gemacht wird, scheint die Gesundheit selbst zu sein. Es ist also weit eher eine Kommerzialisierung der Gesundheit, die zu beobachten ist. Im englischen Sprachgebrauch hat sich der Begriff der »Commodification« eingebürgert, abgeleitet von »Commodity«, einem Handelsgut oder einem Rohstoff. Commodification beschreibt den Vorgang hinsichtlich des in Frage stehenden Guts, hier der Gesundheit, durchaus treffend. »The *Oxford English Dictionary* gives a wide range of meanings to the word ›commodity‹. The definition most relevant to this discussion is the way the word is used in commerce, i.e. a thing produced for sale valued for its usefulness to the consumer or its satisfaction of his preferences.« (Pellegrino 1999, 247) Der Begriff der Commodification ist nur äußerst sperrig entweder als »Verhandelsgüterung« oder als »Verrohstoffung« ins Deutsche zu übersetzen – und zudem nicht ohne Verlust. Es würde immer eine der beiden Bedeutungen verloren gehen. So wird im Folgenden der Begriff »Kommodifizierung« Verwendung finden. Denn beide Aspekte sind in dieser Entwicklung enthalten, scheinbar wird Gesundheit zum Handelsgut, aber es geht auch um einen Rohstoff. Und das weist im Übrigen über

die Bezeichnung einer bloßen Ökonomisierung der Gesundheit hinaus.

Diese doppelte Wirkung der Kommodifizierung wird noch deutlicher, wenn der Prozess insgesamt näher betrachtet wird. Zunächst aber zur Verhandelsgüterung. Das Erstaunliche an dem Prozess ist, dass es entgegen der öffentlichen Wahrnehmung tatsächlich weniger um die Kosten des Gesundheitssystems geht, so dass die oben implizit aufgeworfene Frage – ob der Anstoß für die Entwicklung bei den »knappen Mitteln« oder bei der Politik liegt – beantwortet werden kann. Nicht die Kostendämpfung ist das Ziel, sondern diesen Bereich nach marktwirtschaftlichen Kriterien umzufunktionieren und das bedeutet, dass die dort verfügbaren Mittel gewinnbringend eingesetzt werden können und der Kapitalbildung dienen (Henke 2002). Begriffe wie »Wachstumsmotor«, »Wachstumsimpulse« oder »Wachstumsbranche Gesundheit« fallen in diesen Zusammenhang (Klusen 2006; Oberender, Hebborn & Zerth 2006; Sawicki 2008). Trotzdem kommt kaum ein Beitrag zur Entwicklung im Gesundheitswesen ohne Verweis auf die »knappen Ressourcen« aus, die eine Umgestaltung, ein Gegensteuern, einen Systemwechsel notwendig machen sollen. Für diese knappen Ressourcen werden die demographische Entwicklung und der medizin-technische Fortschritt verantwortlich gemacht. Interessanterweise sind damit auch die wesentlichen Motive der politischen Umgestaltung benannt, wenn auch mit einer gänzlich anderen Stoßrichtung. Die demographische Entwicklung lässt den Anteil derjenigen wachsen, die medizinische Leistungen nachfragen; der medizinisch-technische Fortschritt wird die Produktvielfalt vermehren und die Globalisierung wird die Konkurrenz auf den nationalen Märkten auch im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen anheizen. Insofern ist das Ziel klar erkennbar: Nicht die Kosten im Gesundheitssektor sollen reduziert werden, sondern im Gegenteil soll die Wachstumsbremse der öffentlichen Regulierung wegfallen. Ist doch der »Ausgabenzuwachs« durchaus ambivalent zu betrachten. [...] Während der »GKV-Markt«, der gegenwärtig über 50% des Gesamtmarktes ausmacht,

mit einem de facto Nullwachstum auskommen muss, lassen sich für den Markt der Zuwahlleistungen oder im freien Gesundheitsmarkt, bei entsprechend weiter Interpretation des Gesundheitsbegriffes, deutliche Steigerungsraten konstatieren. Insbesondere an dieser Stelle wird die Bedeutung des demographischen Prozesses in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt deutlich. Dieser sorgt für ein Nachfragepotenzial, das in den nächsten Jahren deutlich ansteigen wird.« (Oberender, Hebborn & Zerth 2006, 173) Unisono wird daher die Forderung erhoben, dass es zu mehr Kapitalbildung und mehr Wettbewerb (Henke 2002) kommen muss, um einerseits die knappen Ressourcen der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zu schonen, indem diese Leistungen zurückgenommen werden, um damit andererseits den Wachstumsmarkt »Gesundheit« seinem freien Lauf zu überlassen. Würden die Gesundheitsausgaben einfach nur gedeckelt, würde der Wachstumsmotor abgewürgt (Klusen 2006, 16). Während in den wissenschaftlichen Publikationen zur Gesundheitsökonomie der »Wachstumsmotor« noch prognostiziert wird, läuft er eigentlich schon auf Hochtouren. Allerdings erscheint er als »zweiter Gesundheitsmarkt«. Auch bei dieser Bezeichnung steckt übrigens die Tücke im Detail, denn es wird ein erster Markt behauptet, den es noch gar nicht gibt, aber geben soll und der demnach noch geschaffen werden muss – unter anderem durch die Behauptung eines zweiten. Nichtsdestoweniger sind die Zahlen eindrucksvoll, denn die Anzahl der Beschäftigten wie auch die Umsätze der Gesundheitsversorgung überflügeln die anderen Wirtschaftsbranchen bei Weitem (Oberender, Hebborn & Zerth 2006). Die Unternehmensberatung Roland Berger legt als Handreichung bereits »Konsumentenprofile« vor, die es den Anbietern auf dem zweiten Gesundheitsmarkt gestatten sollen, einen Platz für ihr Produkt zu finden (Karte & Neumann 2008).³

Zwar wird in dieser kurzen Darstellung langsam deutlich, dass mit »Ökonomisierung der Gesundheit« tatsächlich eine Kommodifizierung gemeint ist, aber nicht nur der erste Begriff des Paares »Ökonomisierung der Gesundheit«, auch der zweite verstellt den

Blick auf das Geschehen. Wenn von Gesundheit die Rede ist, ist der menschliche Körper gemeint. Wenn der Ökonom Händler einen neuen »Kondratieff-Zyklus« ausmacht und jenes Handelsgut bestimmt, dass den nächsten wirtschaftlichen Innovationszyklus für 40 bis 60 Jahre auslösend wird, schreibt er vom »Knappen Gut Gesundheit« (Händler 2008, 38) und illustriert dies am Beispiel der Behandlung eines dialysepflichtigen Patienten, dem die eine neue Behandlungsoption einen »gesunden Körper« verschafft. Der Blick ist auf den »gesunden Körper« als knappes Gut gerichtet. Unter der Hand wird bei der Verwendung des Begriffs Gesundheit der menschliche Körper wenn noch nicht zum Handelsgut, so doch in einen Wirtschaftsprozess eingebunden, der die Körpergrenze überschreitet.⁴ Es ist, präzise gesagt, eine Kommodifizierung des Körpers, die diesen sowohl als Handelsgut und eben auch als Rohstoff kennt.

Und die Kommodifizierung des Körpers ist in vollem Gange. Jener Wechsel, den der Medizinsoziologe Talcott Parsons und seine Mitautoren Fox und Lidz in einem Aufsatz von 1972 ausgemacht haben, scheint nun Wirklichkeit zu werden. Anstelle der von ihnen vorgestellten »religion patterns« medizinischen Handelns forderten sie eine Rationalisierung sensu Max Weber, also einen größeren Einfluss nicht-medizinischer Kriterien in der medizinischen Entscheidung, um die von ihnen analysierten religiösen Bezugssysteme im Hintergrund der medizinischen Behandlung als medizinisch-ethisches Handlungskriterium abzulösen. Die Verteilung von medizinischer Leistung, so forderten sie, muss in der Gesellschaft so rationalisiert werden, dass »Gesundheitsrechte« der Bürger eine größere Ausdehnung erfahren: »projection of medical responsibilities into the realm of public discourse« (Parsons, Fox & Lidz 1972, 404). Die religiösen werden den rationalen Motiven entgegengesetzt. Der Prozess der Rationalisierung, wie Max Weber und Parsons ihn am Werke sehen, wird als grundlegender und notwendiger Wechsel der Bezugssysteme beschrieben. Die Religion wird zum Gegensatz des Marktes.

Diese Kontrastierung ist in der aktuellen Debatte um die Kommodifizierung des menschlichen Körpers weit verbreitet. Denn

diese Entwicklung blieb nicht ohne Widerspruch. Kann denn Gesundheit und damit der Körper Objekt eines Marktgeschehens werden? Kann für die Gesundheit des menschlichen Körpers gelten, was für andere Handelsgüter gilt, etwa, um im selben Bereich zu bleiben, für Operationsbesteck, Instrumente, Medikamente und Ähnliches? Diese können besessen, gekauft, gehandelt, verbraucht, verschenkt werden und was mit einem beliebigen Gut sonst noch im Handelsgeschehen möglich ist. Geht dies mit dem menschlichen Körper? Dabei wird häufig die christliche Wurzel der Heilbehandlung der wirtschaftlichen Tauschhandlung entgegengesetzt, die »Institutionalisierung des Gewinnimpulses« mit einem »ursprünglich vom Christentum entwickelten Krankenhaus« kontrastiert (Maio 2008). Der Freiburger Medizinethiker Maio bringt diesen Widerspruch gegen eine Ökonomisierung exemplarisch auf den Punkt: »Gerade weil der Wert dieses Dienstes im besten Fall im Sinne der Caritas zu verstehen ist, gerade deswegen kann dieser Dienst nicht im Konzept einer marktfähigen Ware aufgehen.« (ebenda, 456) Diese Unvereinbarkeit sei nicht nur eine der Handlung, sondern auch der zugrunde liegenden Motive und Werte: »Das Grundproblem einer marktorientierten Medizin ist die grundsätzliche Unvereinbarkeit der Ziele der Medizin mit den Zielen des Marktes.« (ebenda, 458) Und die sind, glaubt man den Kritikern, kaum gegensätzlicher zu finden: »The business ethos puts its emphasis on the bottom line, on profit, on an excess of revenue over expenses. The aim of business is to maximize returns to the investor. [...] Professional ethics on the other hand, sees health care not as a commodity but as a necessary human good its primary principle in beneficence, and it is patient-orientated. It requires a certain degree of altruism and even effacement of self-interest.« (Pellegrino 1999, 253/254)

So wenig die Autoren, die für einen Gesundheitsmarkt argumentieren, die Rationalität des Wachstums oder die Motive der Kapitalbildung reflektieren, so wenig wird diese Arbeit von den Kritikern geleistet. Die ökonomische Rationalität wird genauso vorausgesetzt, wie ihre Unvereinbarkeit mit der Heilbehandlung

und den religiösen Motiven unbegründet bleibt. Das ist eine Lücke, die auffällt. Ob dabei das Gewinnmotiv, welches das Handelsgut braucht, dem Heilmotiv, welches als eben christliches Heilsguts zu verstehen ist, tatsächlich gegenüber, gilt es erst noch zu untersuchen.

Und diese Untersuchung kann an einem exemplarischen Ort beginnen. Dieser eine Aspekt der Kommodifizierung des menschlichen Körpers, der Körper als Verbrauchs- und Investitionsgut, überschneidet sich mit dem anderen, dem Körper als Rohstoff: »The sale of body parts, kidneys, or blood is another instance of commodification of health.« (ebenda, 247) Wenn die Möglichkeiten und Grenzen eines Marktes im Gesundheitswesen diskutiert werden, dann ist die Forderung auch nach einem Markt für Organe nicht weit (Breyer 2002). Die Diskussion um die Möglichkeiten und Grenzen des Handels mit menschlichen Organen und Gewebe wird derzeit ebenfalls aktiv geführt. Die inhaltlichen Überschneidungen sind vielschichtig. Zunächst ist aber festzustellen, dass die Kommodifizierung des menschlichen Körpers nicht bei seiner Integrität haltmacht. Der kommodifizierte Körper ist eben auch ein Rohstoff. Am Beispiel des Organhandels spitzt sich die Diskussion um die Kommodifizierung des menschlichen Körpers tatsächlich zu, so dass diese Seite seiner Kommodifizierung hier klar zu Tage tritt. Die Ökonomisierung der Gesundheit, ihre Konfliktlinien und Kontroversen, erfuhren eingangs kursorisch Aufmerksamkeit, weil sie den Rahmen für die Frage des Organhandels öffnen. Dabei rückte sukzessive ein Umstand in den Mittelpunkt des Interesses, der zunächst bei bloß oberflächlicher Betrachtung nur eine Randnotiz der Gesundheitsökonomie ist. Wie das Beispiel von Händler schlagend vor Augen führte, kommt der Gesundheitsbegriff ohne Bezug zum menschlichen Körper gar nicht aus. Um diese Entwicklung besser zu verstehen, kann die Kommodifizierung des menschlichen Körpers in der Organtransplantation sogar *pars pro toto* untersucht werden. Die »Commodification of the Body and its Parts« ist dabei nicht nur der Sonderfall, sondern im sozialwissenschaftlichen Sinne der Idealfall, um die

gesellschaftlichen und kulturellen Bezüge der Medizin zu untersuchen und auch etwas über die angestrebte Kapitalbildung im Gesundheitsmarkt zu erfahren.

Das Zeitalter der Organtransplantation

Die gesellschaftliche Transformation, welche die Organtransplantation zunächst ermöglichte, später begleitete und ihr inzwischen aufliegt, hält ungemindert an. Sie hat eine Rückwirkung sowohl auf gesellschaftliche Institutionen wie auch auf das Individuum. Ob Organe, Teile eines Gesichts oder Extremitäten transplantiert werden erfährt genauso viel Aufmerksamkeit, wie die Fragen der Umsetzung, etwa die Regelungen zur Organspende. Dabei sind die gesellschaftlichen Veränderungen, die die Organtransplantation ermöglichen und sie begleiten einschneidend, auch für die Mitglieder der Gesellschaft, welche nicht selbst unter das Messer sollen (Feuerstein 1997). Für die von einem Organversagen Betroffenen sind sie überlebensnotwendig. Aber sie sind auch »Operationen am offenen Herzen« unserer kulturellen Vorstellung von Subjektivität.

Die Organtransplantation ist eine »Erfindung« der Moderne (Canguilhem 1989, 52) und als solche »das Ergebnis einer bestimmten menschlichen Aktivität zu einer bestimmten Zeit, gebunden an bestimmte technische, gesellschaftliche und kulturelle Bedingungen.« (Schlich 1998, 8) So trivial diese Feststellung ist, so wichtig ist sie als Voraussetzung dafür, den kulturellen Rahmen und die medizinische Technik als gesellschaftliche Praxis untersuchen zu können. Andeutungsweise sind Motive sichtbar geworden, die nun den Einstieg bieten, sich den gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen dieser Praxis zu nähern.

Als 1954 einen Tag vor Heiligabend in Chicago durch das Team um den Chirurgen Joseph E. Murray am Peter-Bent-Brigham-Hospital eine Niere transplantiert wurde, war die Resonanz zunächst nicht groß. Im Kontrast zur ersten Herztransplantation

dreizehn Jahre darauf, durch Christiaan Barnard in Südafrika blieb die öffentliche Wahrnehmung zunächst gering. Es war nach der Operation noch nicht absehbar, ob die Transplantatüberlebenszeit länger als ein paar Wochen betragen würde. Sie dauerte acht Jahre. Die bis dahin durchgeführten Versuche der Organtransplantation hatten immer nur einen sehr begrenzten Erfolg. Es kam innerhalb kürzester Zeit zu Abstoßungsreaktionen, das gespendete Organ wurde vom Körper des Organempfängers als Fremdkörper erkannt und in einer Kaskade von Immunantworten so schwer geschädigt, dass es seine Funktion verlor. Dieses Wissen um die Immunantwort lag zum damaligen Zeitpunkt allerdings eingeschränkt vor. Gelingen konnte die Transplantation durch Murray trotzdem, da es sich um eine Lebendorganspende handelte und zwar vom eineiigen Zwillingbruder des Empfängers, der die linke Niere seines genetisch identischen Bruders erhielt (Merrill et al. 1956). Damit war die heftige Immunreaktion, die zur Abstoßungsreaktion des fremden Gewebes und damit auch zum endgültigen Ausfall der Organfunktion führte, ausgeschlossen. Die Oberfläche des Gewebes, das humane Leukozytenantigen-System, war faktisch identisch, so dass es vom Körper des Empfängers toleriert worden ist. Damit gelang nicht nur die Transplantation, es konnte auch Wissen um die Bedeutung dieser genetischen Identität für die Organtoleranz gewonnen werden. Joseph E. Murray wurde für seine Verdienste um die Organtransplantation 1990 mit dem Medizinnobelpreis ausgezeichnet.

Bis zu diesem Tag im Jahre 1954 musste viel geschehen – und auch noch vieles an Veränderungen folgen; nur war eben nicht allein der medizinische Fortschritt notwendige Voraussetzung. Die Organtransplantation war von Anfang an und ist bis zum heutigen Tag gleichermaßen ein medizinisches und ein gesellschaftliches Geschehen, wie der Göttinger Ethiker Wiesemann feststellte: »Die historischen Ereignisse der letzten 50 Jahre bilden ein besonders interessantes Kapitel in der Geschichte der Modernisierung der deutschen Gesellschaft. Modernisierung und Medizin hängen eng zusammen, denn die Medizin ist ein Instrument der Modernisie-

rung, und das, was als modern verstanden wird, wird und wurde durch die Medizin mitbestimmt.« (Wiesemann 2000, 894) Diese enge Verzahnung von gesellschaftlicher Moderne und medizinischer Entwicklung rückt die Transplantationsmedizin nicht nur für Deutschland in den Fokus gesellschaftswissenschaftlicher Betrachtung. Sie lässt es aussichtsreich erscheinen, nicht nur etwas über die moderne Medizin, sondern auch über die Moderne selbst zu erfahren, qua Betrachtung der Gesellschaft, die diese medizinische Behandlungsmethode hervorbringt.

Bis aber das zu Beginn des 20. Jahrhunderts ausgerufene »Zeitalter der Transplantation« (Unterberger 1918, 903) Realität wurde, hatten sich die moderne Medizin und die gesellschaftlichen Bedingungen dieser therapeutischen Intervention bei Organversagen erst zu entwickeln, sie mussten erst geschaffen werden. Es war 1918, dem Jahr, aus dem das Zitat von Unterberger stammt, noch nicht einmal ausgemacht, ob er mit dieser Prognose Recht haben könnte – aber er behielt Recht, obwohl es bis in die sechziger Jahre des vorherigen Jahrhunderts hinein wirklich nicht danach aussah.

Zu Anfang der vom Historiker Schlich so genannten »Erfindung der Organtransplantation« stand eine Behandlung, die man heute eher als Gewebe denn als Organtransplantation bezeichnen würde. Trotzdem spricht Schlich davon, dass die im Jahre 1883 durch den Chirurgen Theodor Kocher in Bern übertragene Schilddrüse die erste Organtransplantation im heutigen Sinne war (Schlich 1998). Der Grund, die Geschichte der Organtransplantation mit dieser Übertragung von Gewebe beginnen zu lassen, ist nicht nur in der Schwierigkeit zu sehen, Organe von Gewebe abzugrenzen. Der Schritt eines Organersatzes konnte überhaupt erst unternommen werden, »weil sich mit der Erfindung der Organtransplantation die Betrachtung der Krankheitsverursachung in charakteristischer Weise verändern sollte. Neu war dabei die Konzentration auf eine *notwendige* Ursache. Eine *notwendige* Ursache ist ein bestimmter Faktor immer dann, wenn die Krankheit ohne diesen Faktor nicht auftritt.« (ebenda, 40) Und dies macht die Operation durch Kocher zur Geburtsstunde der Transplantationsmedizin.

Man muss sich vor Augen führen, dass die Krankheitstheorien noch im 19. Jahrhundert bis in die medizinischen Fakultäten hinein von aus heutiger Sicht nur als okkultistisch zu bezeichnenden Vorstellungen geprägt waren. Diese lehnten sich zwar durchaus an die im Siegeszug befindlichen Naturwissenschaften an, waren aber noch durchsetzt von animistischen oder pseudowissenschaftlichen Vorstellungen, wie etwa jener des »Mesmerismus«, einer von Franz Anton Mesmer entwickelten Behandlung von Krankheiten mit Hilfe des Magnetismus: eine Mischung aus physikalischem Interesse, psychotherapeutischer Beziehungsgestaltung, Naturbegeisterung und Remystifizierung (Lorenzer 1993). Erst mit der zunehmenden Dominanz der experimentellen Medizin konnte sich schrittweise die Erkenntnis durchsetzen, dass das Versagen bestimmter Organe die notwendige Ursache für bestimmte Krankheitsbilder ist. Aber von der richtigen Ursache zur richtigen Behandlung war es ein weiter Weg.

Auch wenn die Ergebnisse der Organtransplantation bis in die sechziger Jahre des vorigen Jahrhunderts teilweise katastrophal waren, hielt das die Mediziner nicht davon ab, ohne Kenntnis der Vorgänge im Empfängerkörper Organe zu transplantieren. In der experimentellen Organtransplantation wurde das Wissen um das Organversagen als Ursache im Hintergrund einer Reihe von unklaren Krankheitsbildern überhaupt erst erworben. Genauso wie aus den beobachteten Reaktionen und ihrem Ausbleiben etwa bei der von Murray vorgenommenen Transplantation zwischen einem Zwilling die Kenntnis von Gewebe und Immunsystem erwuchs.

Wurden beim Kretinismus bis 1883 eine Reihe von konkurrierenden Krankheitstheorien angenommen, so stellte sich schrittweise die Erkenntnis ein, dass dieses Krankheitsbild mit dem Fehlen oder Versagen der Schilddrüse zusammenhing. Und diese Erkenntnisschritte als Ergebnis experimenteller Behandlung zu bezeichnen, trifft durchaus den Nagel auf den Kopf. Denn neben Obduktionen, bei denen das Fehlen der Schilddrüse festgestellt wurde, kam es auch zu Experimenten mit der Verpflanzung von Schilddrüsengewebe am lebenden Objekt. Dabei wurden Erfah-