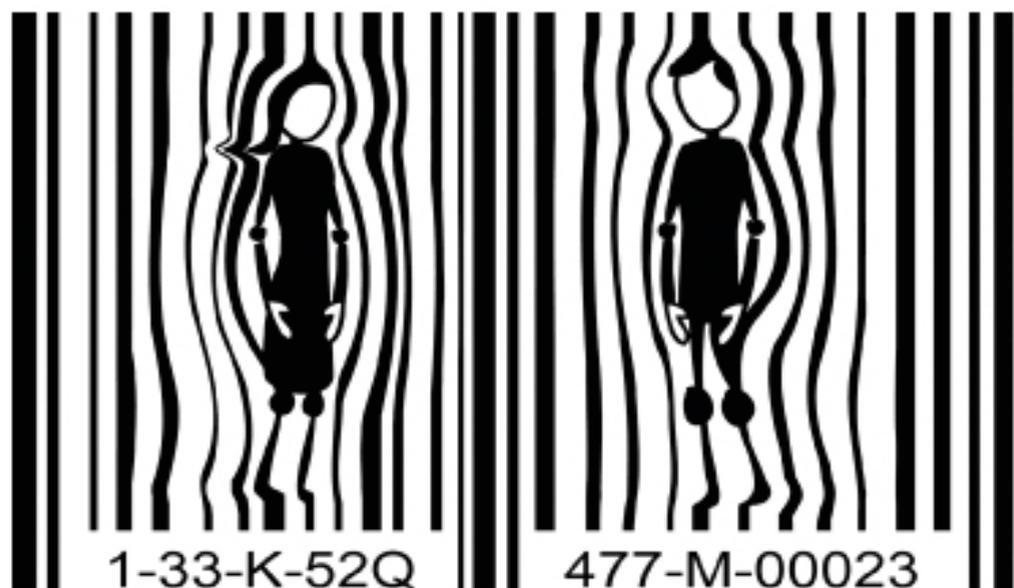


Andreas Exenberger, Josef Nussbaumer (Hg.)



VON KÖRPERMÄRKTEN

innsbruck university press

Inhaltsverzeichnis

- 7 Vorwort (*Andreas Exenberger*)
- 15 Körperliche Verstümmelung zur „Wertsteigerung“ – Eunuchen als Sklaven (*Kordula Schnegg*)
- 27 Mit Haut und Haar. Der menschliche Körper als Ware im Europa der Frühen Neuzeit (*Valentin Gröbner*)
- 39 Der Körper in der Psychiatrie: Psychiatrische Praxis in Tirol in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (*Maria Heidegger*)
- 59 Zur Geschichte der Organtransplantation (*Marlene Hopfgartner*)
- 79 Menschliche Körperteile – Ein Monetarisierungsversuch mittels Schmerzengeldentscheidungen (*Andrea Leiter, Magdalena Thöni, Hannes Winner*)
- 99 Menschliche Eizellen – ein kostbares Gut (*Gabriele Werner-Felmayer*)

- 119 Organknappheit? Wie lösen? Eine Zusammenfassung der Podiumsdiskussion am 15. Mai 2008 in Innsbruck (*Matthias Stöckl*)
- 133 ANHANG: Verwandlungen. Eine kleine statistische Auswahl, wie Menschen und Körperteile zu Geld werden (*Josef Nussbaumer*)
- 151 Die Autorinnen und Autoren

Vorwort

Einleitende Anmerkungen zum vorliegenden Band

Andreas Exenberger

Am 15. und 16. Mai 2008 fand in Innsbruck das 2. Wirtschaftshistorische Symposium zum Thema *Von Körpermärkten* statt. Diese Tagung schloss an die Vorjahresveranstaltung an, die das Thema *Von Menschenhandel und Menschenpreisen* behandelt hat.¹ Während damals der Mensch als Ganzes in seiner Rolle als Sklave/Slavin, Gefangene(r), potentielles Unfallopfer oder Patient(in) im Mittelpunkt stand, ging es diesmal gezielt um den Körper oder Teile desselben. Solche Körperteile waren immer schon begehrt, heute vielleicht am stärksten in der Medizin, wenn Organe oder Gewebe längst ganz real und teils sogar offen gehandelt werden, oder in der Versicherungswirtschaft, wo ganz natürlich und je nach Bedarf und Bewertung auch Teile von Menschen gegen Schäden versichert werden, wie z.B. die Stimmbänder von Opernsänger(inne)n, die Nasen von Weinkenner(inne)n, die Beine von Fußballern oder der Busen von Popsängerinnen.

Solche Themen interessieren Zeitungen und sie interessieren Menschen, die sehr wohl darum wissen, wie schnell sie von einer solchen „Ökonomisierung“ des Körpers betroffen sein können. Die Stadt Innsbruck ist dabei ein symbolischer Ort von durchaus internationaler Bedeutung, und daher ein guter Platz für eine solche Tagung. Schließlich gilt die Universitätsklinik Innsbruck als Transplantationszentrum von Rang, wobei die Zahlen für sich sprechen: bislang wurden unter anderem 307 Herztransplantationen, 151 Lungentransplantationen, 2.995 Nierentransplantationen und 930 Lebertransplantationen sowie 28 Multiviszeraltransplantationen (mehrere Organe gleichzeitig) und sechs Handtransplantationen durchgeführt.² An der Innsbrucker Klinik findet trotzdem natürlich kein „Handel“ mit Organen statt, aber Entscheidungen über deren Verteilung sind auch dort kaum je nur medizinischer Natur, sondern immer auch ökonomischer. Die lokale Tageszeitung meldete dazu kürzlich: „Für viele Experten ist mittlerweile nicht mehr die Operation das größte Problem bei Transplantationen, sondern

¹ Für eine Nachlese vgl. Exenberger, Andreas/Nussbaumer, Josef (Hrsg.): *Von Menschenhandel und Menschenpreisen. Wert und Bewertung von Menschen im Spiegel der Zeit*. Innsbruck: innsbruck university press, 2007.

² Angaben nach „Ersatz-Organen wie am laufenden Band“, in: *Tiroler Tageszeitung*, 19. August 2008, S. 3.

vielmehr wird es immer schwieriger, dass schwer kranke Patienten rechtzeitig ein Ersatzorgan bekommen. Pro Jahr sterben alleine in Österreich 150 Menschen, die auf einer Organwarteliste stehen.³ Dieser „Tod auf der Warteliste“ ist ein beliebtes Motiv, mit dem diese ebenso sehr ökonomische wie medizinische Dilemmasituation moralisiert wird. Die dazugehörige Debatte prägte denn auch die Podiumsdiskussion im Rahmen des Symposiums, deren Zusammenfassung sich in diesem Band findet.

Nichtsdestoweniger aber finden Themen wie diese weit weniger Widerhall in den Wissenschaften, insbesondere – und seltsamerweise – in den Wirtschaftswissenschaften. Dort werden Fragen mit einem allzu großen Naheverhältnis zum Leben oder zum Tod eher gemieden.⁴ Daher war es uns vom Forschungsfeld „Wirtschafts- und Sozialgeschichte“ der Fakultät für Volkswirtschaft und Statistik an der Universität Innsbruck (also Josef Nussbaumer und mir) immer ein Anliegen, den Finger in diese Wunde zu legen. So ging es uns bei dieser Tagung und beim Tagungsband vor allem darum, drei Punkte zu verdeutlichen: wie wichtig die behandelten Themen sind, wie aktuell auch die historische Auseinandersetzung damit ist und wie sinnvoll die wissenschaftliche Debatte, insbesondere aus interdisziplinärer Perspektive. Zu diesem Zweck haben wir im Rahmen der Tagung versucht, verschiedene Wissenschaftsdisziplinen und deren verschiedene Logiken zur Sprache zu bringen, und wir geben ihnen in diesem Band nun die Möglichkeit, das noch nachhaltiger zu tun. Wir versammeln Beiträge aus den Geschichtswissenschaften, den Wirtschaftswissenschaften, der Medizin und der Ethik, die alle die Aufgabe erhalten haben, sich aus ihrer jeweiligen Sichtweise mit „Körpermärkten“ zu beschäftigen. Das haben sie alle in höchst origineller Weise getan. Alle – manche mehr, manche weniger – thematisieren zudem richtigerweise (und unaufgefordert) die Opferperspektive, die Sicht derjenigen, deren Körper zu Märkte getragen wurden. Das gilt sowohl für Eunuchen in der Antike, wie auch für psychisch Kranke im 19. Jahrhundert, für die Spender(innen) und Empfänger(innen) von Organen im 20. Jahrhundert oder die Geberinnen von Einzelnen im 21. Jahrhundert. In der Regel und der Tendenz nach – Ausnahmen, wie etwa die Körper von Söldnern in der Frühneuzeit, bestätigen diese Grundregel – stehen dabei reiche, alte Männer auf seiten der Begünstigten, und arme, junge Frauen auf der anderen Seite. Dieses Muster gilt heute insbesondere für den globalen Organhandel und natürlich für das Prostitutionsgeschäft.

Den Anfang im Reigen der Beiträge macht die Althistorikerin Kordula Schnegg von der Universität Innsbruck mit ihrer Arbeit *Körperliche Verstümmelung zur „Wertsteigerung“ – Eunuchen als Sklaven*. Sie beleuchtet die selten analysierte Welt der Eunuchen, die in der Antike für Spezialaufgaben eingesetzt wurden. Die Kastration erfolgte in der Regel unter Zwang und massiver Gewaltanwendung, meist bereits im Knabenalter. Der Grund war meist die Steigerung des Marktwertes von Sklaven. Das erinnert wohl bereits auf den ersten Blick an heutige Beschneidungspraktiken von Mädchen, deren „Wert“ als potentielle Ehefrau in manchen Weltregionen erst durch die Beschneidung überhaupt geschaffen wird. Es erinnert aber auch

³ „Ersatz-Organen wie am laufenden Band“, in: *Tiroler Tageszeitung*, 19. August 2008, S. 3.

⁴ Ausnahmen bestätigen bestenfalls die Regel: vgl. etwa Bowmaker, Simon W. (Hrsg.): *Economics Uncut. A Complete Guide to Life, Death and Misadventure*. Cheltenham: Elgar, 2005.

spätestens auf den zweiten Blick stark an die Leiden, die Menschen heute im Rahmen von Schönheitschirurgie auf sich nehmen, mehr aber noch an die dahinterliegenden Motive. Denn auch dabei geht es vor allem darum, den „Marktwert“ durch Manipulationen am menschlichen Körper zu steigern. Dass die Entscheidung in diesem Fall selbst- und nicht fremdbestimmt ist, ist angesichts des jedenfalls über den Markt vermittelten Drucks ein gar nicht so großer Unterschied. Gerade dieser Beitrag über das „dritte Geschlecht“ öffnet zudem bereits den Blick auf die Genderperspektive, die im Zusammenhang mit der „Verwertung“ menschlicher Körper sehr wichtig ist. Dass dies eine „Gender“-Perspektive ist, zeigt sich besonders deutlich, weil es in diesem Fall um die Verweiblichung des jugendlichen männlichen Körpers geht und der Zugriff auf diesen Körper nicht zuletzt Frauen erlaubt wird.

Valentin Gröbner von der Universität Luzern setzt mit seinem Essay *Mit Haut und Haar. Der menschliche Körper als Ware im Europa der Frühen Neuzeit* fort. Er liefert damit ein Musterbeispiel für aktuelles historisches Schreiben und spannt den Bogen der Körperverwertung vom Reliquienhandel des Mittelalters über das Schweizer Söldnerwesen (Parallelen zu heutigen *military contractors* sind offensichtlich) und den medizinischen Gebrauch von *mumia* (also ägyptischen Mumien) und Haut und Haar von Menschen noch im 19. und 20. Jahrhundert, bis zum Organhandel unserer Tage. Er zeigt, wie sehr sich eigentlich über die Jahrhunderte die Erzählmotive ähneln, mit denen diese Inwertsetzung begründet wird, und wie sehr magische Praktiken in diesem Diskurs auch heute noch präsent sind und er lenkt damit den Blick in die Sphäre des Symbolischen. Dazu Gröbner selbst: „Das Reden über verkaufte Körperteile findet weiterhin in einem historischen Echoraum statt und ist mit Erzählmotiven angereichert, die zum Teil sehr alt sind. Und die alten wie die neuen Erzählungen von den gestohlenen Körperteilen der Jungen und der Armen, die von brutalen Zwischenhändlern verkauft werden, damit mit diesen die müden alten Körper der Reichen wieder geheilt, verjüngt und verschönt werden, spiegelt die ungleichen Lebensbedingungen der Körper.“ Dabei entsteht der Wert oft ebenso sehr durch die Anonymisierung des Körpers (wie heute im Organhandel) wie durch seine Benennung (wie etwa im Reliquienkult).

Nach diesen beiden ersten Beiträgen leitet dann Maria Heidegger von der Universität Innsbruck über in einen Teil mit zwei medizinhistorischen Texten und bringt mit ihrem Beitrag *Über Körper in der historischen Anstaltspsychiatrie. Das Beispiel der „Irrenanstalt“ Hall in Tirol 1830-1855* zudem eine lokalgeschichtliche Perspektive ein. Der Zugriff auf reichhaltiges Archivmaterial erlaubt ihr tiefe Einblicke in die Krankheitsgeschichten und damit auch in die konkreten Behandlungspraktiken, den Umgang mit „Seele“ und „Körper“ der Erkrankten, die Organisation der Haller Heilanstalt und die Beziehungen innerhalb derselben. „Behandlung“ beinhaltete im 19. Jahrhundert oft Belohnung und Bestrafung, die meist einen sehr „körperlichen“ Charakter hatten. All das stand auch in einem sozialen Kontext, schließlich gab es unterschiedliche Versorgungsklassen und die Frage, inwieweit Patient(inn)en und Ärzte demselben Millieu angehörten, spielte natürlich eine Rolle für die Behandlung. Gerade die betrachtete Frühphase der Anstalt (sie wurde 1830 gegründet) spiegelt im Kleinen zudem einen fundamentalen Wandel in der Medizin. Die beiden Leiter repräsentieren völlig unterschiedliche Zugänge zur Therapie und damit den Umbruch von der einführenden individuellen Behandlung hin zur objektivierten, wissenschaftlichen Erforschung von Krankheitsbildern. Gerade in diesem Kontext gewannen die Insass(inn)en auch als „Patientengut“ Bedeu-

tung, bildeten sie doch aufgrund des „Monopols“ der Anstalt für psychisch Kranke in einem lokal begrenzten Raum eine aussagekräftige Stichprobe.⁵

Der zweite medizinhistorische Beitrag weitet den Blick wieder auf globale Geschichte, wenn Marlene Hopfgartner von der Wirtschaftskammer Tirol in ihrem Beitrag *Zur Geschichte der Organtransplantation* dieselbe Revue passieren lässt. Sie legt dabei ihren Fokus auf die Zeit bis zu den ersten Erfolgen, die sich in den 1950er- und 1960er-Jahren einstellten, und weniger auf die Folgezeit, als Verbesserungen der Immunsuppressiva (Medikamente, die die Abstoßung der implantierten Organe verhindern sollen) die Tür zu heutigen Transplantationsroutine mit Tausenden Operationen pro Jahr öffneten. Diese „Frühgeschichte“ hat es freilich in sich und sie strotzt vor Episoden, die uns heute absonderlich erscheinen, hatte doch das gesamte Gebiet lange experimentellen Charakter. Sie mündete, speziell in der Geschichte um die erste erfolgreiche Herztransplantation, die sich kürzlich zum vierzigsten Mal jährte, in die Spiegelung des Rüstungswettlaufs auf medizinischem Gebiet: umrahmt von medizinischer „Industriespionage“ wetteiferten vier Chirurgenteams um den Erfolg, der schließlich eher zufällig und jedenfalls unerwartet einem Südafrikaner zufiel.⁶ Doch Hopfgartner erzählt nicht nur von diesem „Herzstück“ der Transplantation, symbolisch dem Geben von Leben für Leben, sondern auch vom medizinisch und ökonomisch wichtigsten Organ, der Niere (sie dominiert quantitativ, wobei die Lebendspende verbreitet ist) und schließlich auch von der Basis für all diese Operationen, dem Blut. Gerade letzteres ist am offendsten kommerzialisiert, agieren doch viele Blutbanken (ein vielsagender Begriff) streng geschäftsorientiert. Dass dies nicht ohne Folgen für die Sicherheit bleiben kann, zeigt nicht zuletzt der AIDS-Skandal in den 1980er-Jahren, der diesen besonderen Körperteil, den menschlichen „Lebenssaft“, stark in Diskussion gebracht hat.

Stark in Diskussion⁷ geriet auch der folgende Beitrag von drei Ökonom(inn)en, Andrea Leiter und Hannes Winner von der Universität Innsbruck und Magdalena Thöni von der UMIT⁸ in Hall in Tirol. In Ihrem *Menschliche Körperteile – Ein Monetarisierungsversuch mittels Schmerzensgeldentscheidungen* versuchen sie, mittels ökonomischer Methodik aus den im Vergleich mit bloßen Selbsteinschätzungen relativ objektiven Entscheidungen von deutschen und österreichischen Gerichten eine Art gesellschaftlicher Geldbewertung von Körperteilen abzuleiten und auf der Basis der Ergebnisse dann den Gesamtwert des menschlichen Körpers zu bestimmen. Das Ergebnis – mit durchschnittlich ca. 1,8 Millionen Euro – befindet sich im Bereich dessen, was mittels anderer ökonomischer Methoden zu dieser Frage herausgefunden worden ist.⁹ Dass dabei die Schwankungsbreite der Bewertung sehr groß ist, gibt freilich

⁵ Freilich wurde der Großteil der Kranken, sofern nicht gefährlich, zuhause gepflegt und nicht eingewiesen.

⁶ Gemeint ist natürlich Christiaan Barnard, dessen eigener Beitrag nach Hopfgartner seine Bekanntheit nicht rechtfertigt. Das Herz wanderte schon damals übrigens von einer jungen, afrikanischen Frau zu einem älteren, weißen Mann.

⁷ Er war Aufhänger eines Radiobeitrags zur Tagung (im „Dimensionen-Magazin“, Ö1, 16. Mai 2008, 19.05 Uhr) und des prominent platzierten Vorberichts der lokalen Tageszeitung: „Vom Preis einer Kniescheibe zum Geldwert des Menschen“, in: *Tiroler Tageszeitung*, 15. Mai 2008, S. 2.

⁸ UMIT = Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik.

⁹ Siehe zu solchen anderen Methoden etwa auch einen Beitrag in unserem letztjährigen Tagungsband: Leiter, Andrea/Pruckner, Gerald: „Ökonomie und der Wert des Lebens“, in: Exenberger, Andreas/Nussbaumer, Josef (Hrsg.): *Von Menschenhandel und Menschenpreisen. Wert und Bewertung von Menschen im Spiegel der Zeit*. Innsbruck: innsbruck university press, 2007, S. 109-130.

schon einen Hinweis, dass davor zu warnen ist, diese Zahl für eine absolute oder auch nur absolutierbare Größe zu halten. Auf der anderen Seite werden aber täglich Entscheidungen getroffen, insbesondere in der Medizin (aber auch in der Politik oder beim Katastrophenschutz), in die solche Bewertungen bewusst oder unbewusst einfließen. Dazu fehlen aber – ohne entsprechende Analysen – die notwendigen Grundlagen. Man beachte die Alternativen: mit der Lösung etwa, Entscheidungen über lebensnotwendige Maßnahmen auf der Basis des zu erwartenden Restlebensinkommens von Patient(inn)en zu fällen, wird kaum jemand einverstanden sein, insbesondere nicht z.B. die Bewohner(innen) von Entwicklungsländern oder Pensionist(inn)en. Dabei landet man allzu schnell bei Kategorien wie jener des „unwerten Lebens“, die wir bereits in der letztjährigen Tagung zur Diskussion gestellt haben.¹⁰ Genau hier liegt für Leiter, Thöni und Winner auch die Motivation für ihren Beitrag, nämlich im Bewusstmachen dieser Entscheidungssituation, vor allem aber in der stimmigen Bewertung der durch Behandlung möglichen Verbesserungen in der Lebensqualität. Diese fällt bei einer bloß kostenorientierten Betrachtung des Gesundheitswesens oft unter den Tisch, was die Abwägung zwischen Kosten und Nutzen unmöglich macht und dazu führen würde, dass nicht mehr die besten, sondern nur noch die billigsten Behandlungen zur Anwendung kommen.

Insgesamt aber vermeiden Leiter, Thöni und Winner eine Diskussion der ethischen Dimension dieser Bewertungsfrage. Gerade hier schließt dann Gabriele Werner-Felmayer von der Medizinischen Universität Innsbruck mit ihrem Beitrag *Menschliche Eizellen – ein kostbares Gut* an. Darin diskutiert sie insbesondere ethische Fragestellungen im Zusammenhang mit der Verwertung von menschlichen Eizellen, die vor allem in der Reproduktionsmedizin und in der Stammzellenforschung stattfindet. Das umfasst bioethische Debatten, wenn es etwa um die unzureichende medizinische Begleitung bei der manchmal fast schon industriellen „Gewinnung“ von Eizellen geht, aber auch wissenschaftsethische, wie sie etwa im Fall des koreanischen Stammzellforschers Woo Suk Hwang deutlich wird, dessen aufsehenerregende Ergebnisse 2006 als Fälschungen entlarvt wurden. Vor allem aber geht es um die ethische Dimension der politischen Ökonomie des in diesem Falle vor allem weiblichen Körpers, steht doch im Mittelpunkt des Beitrags der mehr oder weniger legale „Weltmarkt“ für Eizellen. Hier werden die ökonomischen Ungleichgewichte und der Einfluss politischer Regelungen besonders deutlich, wenn z.B. im einen Land die „Spende“ von Eizellen „freiwillig“ und unentgeltlich sein muss, im anderen überhaupt verboten ist und im dritten Entschädigungen in vierstelliger Höhe bezahlt werden, oder wenn sich die Qualität der medizinischen Versorgung stark unterscheidet, was beides schließlich große Unterschiede zwischen Kauf- und Verkaufspreisen und damit hohe potentielle Gewinnspannen zur Folge hat. Diese Gewinnspannen und auch die mit diesem „Handel“ verbundenen Schmuggelrouten weisen oft große Ähnlichkeiten mit jenen auf, die für Drogen oder Prostitution verwendet werden. Wie in jenen Geschäftsfeldern dreht es sich beim Handel mit Eizellen ja auch um ein Geschäft mit Hoffnungen – auf ein gesundes Kind, auf Heilung, auf ein besseres Leben –, Hoffnungen, die freilich viel öfter als es die Werbung verspricht auch enttäuscht werden.

¹⁰ Vgl. Schreiber, Horst: „Der Wert des Menschen im Nationalsozialismus“, in: Exenberger, Andreas/Nussbaumer, Josef (Hrsg.): *Von Menschenhandel und Menschenpreisen. Wert und Bewertung von Menschen im Spiegel der Zeit*. Innsbruck: innsbruck university press, 2007, S. 83-107.

Das gilt natürlich auch für das Feld der Organtransplantation, das Gegenstand der im Rahmen der Tagung veranstalteten Podiumsdiskussion *Organhandel? Wie lösen?* war, deren Zusammenfassung in den Schlussteil dieses Bandes überleitet. Dabei debattierten Erika Feyerabend aus Essen, Thomas Rudolf aus Bayreuth und Raimund Margreiter und Józef Niewiadomski aus Innsbruck aus verschiedensten Perspektiven, wie man die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage nach Organen schließen kann. Die Ansätze reichten letztlich von Versicherungslösungen über Verbesserungen in der Organisation der „Beschaffung“ und Bewusstseinsbildung für das Spenden bis zur Neubewertung der Frage von Leben und Tod. Wenig überraschend konnten sich die Sozialwissenschaftlerin, der Ökonom, der Transplantationschirurg und der Theologe nicht auf konkrete Antworten einigen, sie zeigten aber viele Facetten des Problems auf. Die „Lücke“ ist vermutlich ja auch nicht zu schließen, weil eine Einschränkung der Nachfrage nicht akzeptiert würde und jede Ausweitung des Angebots auch die Grenze verschiebt, ab der ein Organersatz zulässige Therapie wird. Schließlich ist das menschliche Begehren, wie Niewiadomski ausführte, grundsätzlich „grenzenlos“ und in unserer modernen Gesellschaft zudem „entfesselt“. Insofern sind die Begriffe der „Knappheit“ und des „Todes auf der Warteliste“, wie vor allem Erika Feyerabend ausführte, als soziale Konstruktionen (und weil sie Zwänge schaffen) hochgradig diskussionswürdig. Die Debatte eröffnete außerdem Einblicke in die organisatorische Praxis der Organverteilung in Europa, in die institutionellen Rahmenbedingungen, die sich etwa schon in Deutschland und Österreich stark unterscheiden, und in den weltweiten Schwarzmarkt mit Organen. Auch dies ist ein Markt der Hoffnungen, die oft enttäuscht werden, was noch öfter auf seiten der Geber(innen) geschieht, als auf seiten der Empfänger(innen). Nicht nur sind die Entschädigungen für die Entnahme von z.B. Nieren in der Regel im Vergleich zu den Kaufpreisen sehr gering, sie erlauben den betroffenen Menschen zudem nur in den seltensten Fällen, eine nachhaltige Verbesserung ihres materiellen Lebensstandards und der Eingriff führt infolge von unzureichender medizinischer Nachsorge in aller Regel zu einer deutlichen Verschlechterung der Lebensqualität.¹¹ Den Schlusspunkt des Bandes bildet zu hoffentlich guter Letzt ein Beitrag, den man auf Neudeutsch „Bonusmaterial“ nennen kann. Darin liefert Josef Nussbaumer eine Zusammenstellung von vielen verschiedenen historischen wie aktuellen Beispielen, wie viel Körperteile und Körper in verschiedenen Kontexten Wert waren und sind bzw. monetär bewertet wurden und werden. Es finden sich Angaben über die Preise von Babies,¹² Bräuten oder Fußballern, über Versicherungssummen und Scheidungskosten, über Kopfgelder und den Wert von Toten, bis hin zur Antwort auf die Frage, wer der bestverdienendste Tote ist. Dieser Beitrag ist damit auch ein schönes Nachschlagewerk, um sich über die Größenordnung verschiedener Körpermärkte in Geschichte und Gegenwart klarer zu werden und liefert damit zusätzliches Material, das die Befunde der vorangegangenen Beiträge weiter untermauert und noch stärker verdeutlicht.

¹¹ Für eines der wenigen Beispiele einer empirischen Untersuchung zu dieser Frage vgl. etwa Goyal, Madhav/Mehta, Ravindra L./Schneiderman, Lawrence J./Sehgal, Ashwini R.: „Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India“, in: *Journal of the American Medical Association* 288(13), 2002, S. 1589-1593.

¹² Dazu nur ein Vorgriff: Anlässlich der Geburt eines potentiellen „Million-Dollar-Babys“ von Anna Netrebko meldete die Presse wieder einmal, dass Gagen in Millionenhöhe für Aufnahmen der Neugeborenen von Prominenten längst üblich sind. Der Rekord steht bei 14 Millionen US-Dollar. Vgl. z.B. *Kurier* online, 14. September 2008. ???

Mit dieser Zahlensammlung schließt sich der Reigen. Der Band spannt ein Bogen von der Antike bis in die unmittelbare Gegenwart und rückt ein Thema in den Mittelpunkt, das zwar ebenso aktuell wie historisch relevant ist, in den Wissenschaften aber trotzdem eher am Rand steht. Freilich ist das auch nachvollziehbar, letztlich verschließen vielen Menschen nur allzu gerne die Augen vor diesen vielleicht allzu persönlichen und existentiellen Fragen. Meist beschäftigen wir uns ja z.B. erst dann mit dem Problem der Organspende, wenn es uns selbst betrifft, also wenn ein(e) enge(r) Angehörige(r) oder wir selbst ein Organ benötigen. Oder wenn sich im Krankenhaus die Frage stellt, ob lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden oder nicht, was heutzutage oft eine Entscheidung sein kann, die auch eine zwischen Leben und Tod für andere Menschen ist. Auch mit der Frage, inwieweit wir unseren Körper für unser persönliches Fortkommen einsetzen, beschäftigen sich die wenigsten von uns täglich, auch wenn uns wohl bewusst ist, wie hoch unsere Gesellschaft eine bestimmte Art von Schönheit und Jugend bewertet. Die Erfahrung, für einen Job „zu alt“ oder sonst wie „äußerlich zu unvorteilhaft“ zu sein, machen aber viele und stellen sich spätestens dann die Frage, ob sie auf diesen sehr persönlichen Angriff durch Resignation oder in extremeren Fällen auch durch einen chirurgischen Eingriff reagieren sollen. Immer stärker werden Menschen auch damit konfrontiert, dass der praktische Verkauf ihres Körpers oder seiner Teile zur realistischen Option wird, um das eigene Leben zu finanzieren. Der nächste Schritt, dass daraus nämlich eine Pflicht abgeleitet wird, ist dann nicht mehr fern. Wenn die Zuerkennung von Sozialleistungen schon heute (und in sich verstärkendem Maße) davon abhängig ist, dass man bestimmten Melde- oder Arbeitspflichten nachkommt, warum sollte in Zukunft nicht auch der Verkauf einer Niere in diesen Pflichtenkatalog aufgenommen werden? Eine politische Mehrheit derer, die dies angesichts ihrer sozialen Situation als bereits gefährlich genug einschätzen, um sich noch einmal davon zu distanzieren, ließe sich vielleicht sogar finden.

Die Grenze der tatsächlichen „Vermarktung“ des eigenen Körpers ist dabei natürlich fließend und die meisten können sie in Westeuropa – vorerst noch zumindest – für sich selbst bestimmen. Das ist aber, was gerade den um Entwicklungsprozesse wissenden Historiker(inn)en sehr bewusst ist, keine Selbstverständlichkeit. Denn der Wandel ist immerwährend und was man hat, muss man verteidigen, um es nicht zu verlieren. Dabei helfen aber auch Ökonom(inn)en, denn sie machen oft besonders ungeschminkt die zur Wahl stehenden Entwicklungsoptionen deutlich, indem sie die unvermeidlichen Interessenskonflikte in unserer Welt auf ihren Wesenskern reduzieren. Und gerade im Feld der Körpermärkte ist dies der Konflikt zwischen Menschen, die einen gesunden Körper haben, und jenen, die einen solchen wollen. Beschränkt werden sie in diesem Konflikt letztlich durch die Technologie (etwa der Transplantationsmedizin) und ethische Normen (im christlichen Kontext etwa das fünfte Gebot und damit verknüpfte Sanktionen) und damit durch das Machbare und das Zulässige. Dass hier Gesellschaft und Politik aufgerufen sind, das Machbare zu kontrollieren, indem sie klare Normen für das Zulässige entwickeln, um damit das praktisch Mögliche zu bestimmen, versteht sich wohl von selbst. Dass dies in demokratischen Marktwirtschaften in letzter Konsequenz bedeutet, dass jede und jeder von uns Mitverantwortung für diese Gestaltung trägt, sei am Schluss freilich nochmals betont.

Zuletzt ist hier aber auch noch zu danken. Zuerst Mitherausgeber Josef Nussbaumer, ohne dessen monatelange Bemühungen die Tagung nicht möglich gewesen wäre. Als nächstes einer Reihe von Helfer(inne)n, vor allem den Sekretärinnen Rosemarie Eisl und Martina Alfreider, die einen großen Teil der konkreten Organisation übernommen haben. Des weiteren Ulrike Finkenstedt (ORF Tirol), Reinhold Bichler, Helmut Alexander und Engelbert Theurl (alle Universität Innsbruck), die für die Moderation der einzelnen Tagungsteile verantwortlich zeichneten. Und da eine solche Tagung immer auch Kosten verursacht, ist zudem den Sponsoren zu danken: dem Institut für Wirtschaftstheorie, -politik und -geschichte, der Fakultät für Volkswirtschaft und Statistik und der Universität Innsbruck sowie einigen privaten Geldgebern (Studia, Tiland, M-Preis). Schließlich ist Marlena-Valerie Koppendorfer für ihr sorgfältiges Lektorat zu danken und der *innsbruck university press*, namentlich vor allem Carmen Drolshagen, die auch diese Publikation wieder umsichtig begleitet hat.

Innsbruck, im Sommer 2008



Bild: Rektor Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Töchterle eröffnet das 2. Wirtschaftshistorische Symposium



Bild: Das zahlreich erschienene Publikum im historischen „Saal Claudia“ der Universität Innsbruck

1 Körperliche Verstümmelung zur „Wertsteigerung“ – Eunuchen als Sklaven

*Kordula Schnegg**

1.1 Einleitung

Der Begriff „Körpermarkt“, der in seiner pluralen Verwendung das Rahmenthema der Tagung bildete, wird in den folgenden Ausführungen zunächst wörtlich verstanden. Der Terminus „Körpermarkt“ steht für den konkreten Ort, an dem Körper verkauft und eingekauft werden. Darüber hinaus werden mit dem Begriff aber auch weiterführende Aktionen im Zusammenhang mit dem Ein- und Verkauf von Menschen umfasst, z.B. die Interaktionen zwischen den Händlern und



den Käufern oder auch die Bewertung der gehandelten, menschlichen „Ware“. Dass die antiken Sklaven- und Sklavinnenmärkte als Körpermärkte bezeichnet werden können, ergibt sich aus der Tatsache, dass zwar Menschen dort veräußert, diese aber nicht als solche wahrgenommen

* Ich möchte mich an dieser Stelle bei Josef Nussbaumer und Andreas Exenberger für die Einladung zur Tagung und für die Möglichkeit zur Publikation meines Beitrags bedanken. Ebenso möchte ich den Teilnehmer(inne)n der Tagung danken, die meine Überlegungen durch ihre Diskussionsbeiträge bereichert haben. Birgit Gufler danke ich für Quellen- und Literaturhinweise.

nommen wurden.¹ Es waren ihre körperlichen Eigenschaften, die am Markt zur Schau gestellt wurden. Die körperliche Verfassung der jeweiligen Person entschied über den Verkauf und den finanziellen Wert. Vor diesem Hintergrund ist es wenig verwunderlich, dass mit dem griechischen Begriff für „Körper“ – *sōma* – auch Sklav(inn)en bezeichnet wurden.² Die rechtliche „Entmenschlichung“ von Sklav(inn)en ist auch in der Tatsache auszumachen, dass sie unter der vollständigen Verfügungsgewalt ihres Besitzers standen.³

Wie sehr der Körper der Sklaven und Sklavinnen im Zentrum des Handels standen, lässt sich aus vereinzelt Hinweisen in den literarischen Quellen erschließen. Folgende zwei Textbeispiele lassen erahnen, mit welchen Tricks Händler körperliche Gebrechen von Sklaven und Sklavinnen zu verbergen suchten. Der kaiserzeitliche Schriftsteller Seneca (1. Jahrhundert n. Chr.) gibt in einem seiner Briefe allgemeine Ratschläge darüber, welchen Trugbildern man im Alltag begegnet. In diesem Zusammenhang erläutert er, was beim Kauf eines Sklaven/einer Sklavin zu beachten sei: „Sklaven, die zum Verkauf stehen, ziehst du die Kleider weg, damit körperliche Fehler nicht unentdeckt bleiben; und den in allerlei Gewänder gehüllten Menschen willst du richtig einschätzen? Sklavenhändler verbergen alles, was mißfallen könnte, durch Verschönerungsmittel; daher sind alle Schmuckmittel den Käufern verdächtig. Entdeckst du ein Bein im Verband oder einen Arm, läßt du ihn freimachen und dir den bloßen Körper zeigen.“⁴

Auch Aulus Gellius (2. Jahrhundert n. Chr.) berichtet in seiner Schrift über unmögliche Verkaufsstrategien bestimmter Händler, sodass sich ein Aedil genötigt sah, dagegen vorzugehen.⁵ Demzufolge muss über jeden einzelnen Sklaven/jede einzelne Sklavin genau Schrift geführt werden, welche Krankheit er/sie hat, oder an welchem Gebrechen er/sie leidet. Auch besondere Gewohnheiten oder Eigenschaften müssen genau dokumentiert werden. Ob ein Sklave/eine Sklavin zur Flucht neigt oder sonst auf irgendeine Art mit dem Gesetz im Konflikt geraten ist, sollte dem Käufer mitgeteilt werden. Gellius behandelt in diesem Zusammenhang aus rechtshistorischer Perspektive die Frage, was ein(e) kranke(r) oder gebrechliche(r) Sklave/Sklavin wohl sei. Dabei werden von „Blindheit“, über „Unfruchtbarkeit“ und „Dummheit“ alle möglichen Aspekte thematisiert. Auch Eunuchen finden in diesem Zusammenhang Erwähnung. Wenn nämlich ein Käufer – ohne sein Wissen – einen kastrierten Sklaven kauft, dann kann er diesen wieder zurückgeben. Der Verkäufer muss nämlich deutlich machen, ob der Sklave kastriert ist oder nicht. Dass ein Eunuche aber in diesem Fall als „kranke Sklave“ rechtlich gesehen gehandhabt wird, das verwundert auch Gellius.⁶

¹ Neben den geläufigen Begriffen wie *dúlos* oder *therápon* für Sklaven im Griechischen sind uns auch Bezeichnungen wie *andrápodon*, wörtlich „auf Menschenfüßen gehend“, bekannt. Vgl. dazu Gehrke (2001), 624. Für das Lateinische findet sich *servus/serva* für „Sklave/Sklavin“. Gehrke (2001), 627. Eine detaillierte Begriffsaufklärung bietet z.B. Weiler (2007), 17.

² Gehrke (2001), 624 und Heinrichs (2001), 628-629.

³ Vgl. dazu Weber (1988), 202-215, Schumacher (2001), 292-302, Cartledge (2001), 624 und 628-629.

⁴ Seneca, *Epistulae morales ad Lucilium* 80,10.

⁵ Gellius, *Noctes Atticae* 4,2,1-15. Ein Aedil ist ein römischer Beamter. Er hatte die Aufsicht über den Markt, über die öffentlichen Straßen und Plätze. Daneben richtete er große Feste für die Götter aus. Vgl. dazu Bleicken (1975), 85.

⁶ Gellius, *Noctes Atticae* 4,2,15.

Die Textstellen informieren darüber, wie Händler beim Verkauf ihrer „Ware“ vorgehen und welche Aspekte die Käufer zu beachten haben, damit sie das erhalten, wofür sie bezahlen. Die Darstellungen von Seneca und Gellius konzentrieren sich auf die Interaktion zwischen Käufer und Verkäufer, die bestimmten Regeln bei der Geschäftsdurchführung zu folgen haben. Die Situation der Sklav(inn)en – der gefeilschten „Ware“ – findet in diesen Überlegungen keinen Platz, sondern nur ihr Körper, der als gesund oder krank definiert wird und den der Käufer, laut Seneca, unbekleidet begutachten sollte. Der Sklave/Die Sklavin als Mensch wird dabei nicht wahrgenommen. Das Unbehagen, das bei ihrer Vermarktung aufgetreten sein muss, bleibt unerwähnt. Eine kurz ausgeführte Assoziation mit dem Bild „Sklavenmarkt in Rom“ des französischen Malers Jean-Léon Gérôme (1824-1904) bietet sich an. Auf dem Gemälde sind nackte Frauen und Kinder zu sehen, die am Sklav(inn)enmarkt in Rom angeboten werden. Bei den Figuren, die als „Ware“ auszumachen sind, ist Scham zu erkennen. Sie versuchen irgendwie ihren entblößten, offen zur Schau gestellten Körper zu bedecken, während ein älterer Händler sie zum Verkauf darbietet. Im Hintergrund dieser Szene reihen sich Sklaven, die darauf warten müssen, verkauft zu werden. Ihre Gesichter sind kaum auszumachen. All das spielt sich auf einem Podium ab. Im Vordergrund des Bildes, unterhalb des Podiums, sind die Käufer sichtbar, die, der Marktszene zugewandt sich wild ereifernd, ihre Hände zum Kauf in die Höhe reißen. Der(Die) Betrachter(in) des Bildes nimmt genau diese Perspektive der Käufer ein. Unweigerlich gleitet der Blick über deren Köpfe hinweg und macht bei der dargestellten Sklavin halt, die nackt im Mittelpunkt des Bildes abgebildet ist. Der/Die Betrachter(in) des Bildes wird durch die Anordnung des Bildes in eine voyeuristische Position gelenkt, der er/sie sich kaum entziehen kann.

In vorliegender Untersuchung wird das Hauptaugenmerk auf Eunuchensklaven gelenkt; auf Menschen also, die bestimmte Körpermerkmale aufgrund eines künstlichen Eingriffs in ihr anatomisches Geschlecht aufweisen und mit denen wegen dieser Merkmale gehandelt wird. Der Begriff „Eunuch“ steht in meinen Ausführungen für Männer oder auch Knaben, die kastriert wurden. Der Akt des künstlichen Eingriffs bzw. der Akt der körperlichen Verstümmelung ist von Bedeutung. Angeborene oder im Laufe des Lebens erworbene Zeugungsunfähigkeit von Menschen bleibt in diesen Ausführungen unberücksichtigt.⁷ Die Kastration in der griechischen und römischen Antike war unterschiedlich motiviert. Peter Guyot listet in seinem 1980 erschienenem Werk *Eunuchen als Sklaven und Freigelassene in der griechisch-römischen Antike* verschiedene Gründe hierfür auf. Aus der Sicht des Betroffenen ist zwischen *freiwilliger* und *unfreiwilliger* Kastration zu unterscheiden. Für die freiwillige Kastration werden in der antiken Überlieferung u.a. medizinische oder auch religiös-asketische Gründe angeführt.⁸ Der Aspekt, dass man(n) aus freiem Willen, aufgrund eigener Entscheidung

⁷ Vgl. dazu für die Antike Guyot (1980), 15, der die Zeugungsunfähigkeit von Männern aufgrund eines Defekts der Gonaden als „Eunuchismus“ definiert. Eine allgemeine Definition von Eunuchismus im medizinischen Diskurs bietet z.B. Pschyrembel (2003), 131-132.

⁸ In den antiken Quellen wird vereinzelt darauf hingewiesen, dass sich Männer aus therapeutischen Gründen kastrieren ließen bzw. kastriert wurden, um z.B. Bruchleiden oder übermäßige „Geschlechtsbegierden“ zu heilen, vgl. dazu Browe (1936), 53-62, und Guyot (1980), 25-26. Ein bekanntes Beispiel für die Kastration aus religiös-kulturellen Gründen in der Antike sind die *Galloi*, Priester, die im Dienste der Kybele standen, vgl. dazu Cumont (1910), Lane (1996); allgemeiner dazu, auch unter Berücksichtigung der Kastration im frühen Christentum, Browe (1936), 13-36.

sich kastrieren lässt, ist dabei wesentlich. Die unfreiwillige Kastration wird als (1) Strafmaßnahme durchgeführt oder (2) bei Sklaven, um ihren Wert am Sklavenmarkt zu steigern.⁹

Auf letztere Gruppe werde ich mich in meinen Ausführungen konzentrieren, wobei das Hauptaugenmerk auf der Fragestellung liegt, wie man sich methodisch der antiken Überlieferung nähern kann, um dem Thema „körperliche Verstümmelung“ – und als solche ist die unfreiwillige Kastration zu verstehen – mit der hierfür notwendigen Sensibilität zu begegnen. Eine sensible wissenschaftliche Aufarbeitung des Themas ist in Anbetracht der Tatsache, dass Männer bzw. Knaben immer noch kastriert werden – wie z.B. in Indien –, um spezielle Dienste anbieten zu können, unabdingbar.¹⁰

Für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Antike stellt sich eine besondere Herausforderung für den Historiker und die Historikerin. Diese liegt in der antiken Überlieferung, die als spärlich und perspektivisch zu charakterisieren ist. Zeitlich mitunter weit gestreut liegen schriftliche Zeugnisse vor. Dazu kommt die starke androzentrische Perspektive in den Texten, die nicht nur überwiegend von Männern verfasst wurden, sondern auch großteils nur Themen behandeln, die für Männer eines bestimmten sozialen Standes bedeutend waren. Die Quellenlage macht es also schwierig, Eunuchensklaven historisch umfassend zu behandeln. Es kann keine vollständige und zusammenhängende Dokumentation über Eunuchensklaven in der griechischen und römischen Antike geboten werden. Es kann auch keine Tabelle mit umfassenden Marktpreisen für Eunuchensklaven erstellt werden. Aber es können einzelne Beispiele angeführt, einzelne Impulse aufgegriffen und diese historisch besprochen werden. Dazu wird das Thema unter drei Blickwinkeln betrachtet: (1) Die Perspektive der Begünstigten. Darunter sind jene Menschen zu verstehen, die durch den Handel mit Eunuchensklaven in irgendeiner Form profitieren. (2) Die Perspektive des Betroffenen. Damit sind die Menschen bezeichnet, die durch die Kastration einen gewalttätigen Eingriff in ihren Körper erdulden müssen und schließlich (3) die Perspektive der Historikerin.

1.2 Die Perspektive des bzw. der Begünstigten

Es sind unterschiedliche Personengruppen auszumachen, die von einem Handel mit Eunuchensklaven profitieren. An erster Stelle sind die Händler zu nennen. Menschen also, die Verstümmelungen an Sklaven selbst vornehmen bzw. vornehmen lassen, um ein lukratives Geschäft tätigen zu können, das ertragreicher sein muss, als der Handel mit nicht kastrierten

⁹ Die Kastration als Strafmaßnahme hat verschiedene Gründe. Immer wieder ist in der antiken Überlieferung zu lesen, dass Kriegsgefangene davon betroffen waren. Z.B. ist beim kaiserzeitlichen Historiographen Appian überliefert, dass Pharnakes II. im Zuge der kriegerischen Auseinandersetzungen mit Rom die gesamte männliche Nachkommenschaft einer, ihm feindlich gesinnten Stadt kastrieren ließ, Appian, *Emphyllia* 2,91,381. Das Moment der Entmachtung des Gegners durch eine Entmannung spielt dabei eine wesentliche Rolle. Auch bei ungehorsamen Sklaven oder bei bestimmten rechtlichen Vergehen ist mitunter von Kastration als Bestrafung zu lesen. Vgl. dazu Browe (1936), 63-82, und Guyot (1980), 26-27.

¹⁰ Die indischen Kastraten werden als *Hijras* bezeichnet. Sie gelten als das so genannte „Dritte Geschlecht“ in Indien. Einen historischen und crosscultural Vergleich über Menschen, die nicht in einem binären Geschlechtersystem eingeordnet werden können, bietet z.B. Herdt (1996), Nanda (2000).

Sklassen. Ein frühes griechisches Zeugnis, das uns vom Handel mit Eunuchen berichtet, liegt bei Herodot (5. Jahrhundert v.Chr.) vor. Im achten Buch seines Werkes berichtet der Historiograph von einem gewissen Panionios aus Chios, der sich seinen Lebensunterhalt durch besondere Aktivitäten verdiente: „Er kaufte nämlich besonders schöne Knaben, verschnitt sie und brachte sie in Sardes und Ephesos für teures Geld auf den Markt“.¹¹ Herodot führt auch den Grund für dieses Unternehmen an, bei den „Barbaren“¹² würden die Eunuchen nämlich wegen ihrer Treue mehr geschätzt werden als „Nicht-Verschnittene“.¹³ Dieser Panionios hatte schon viele Knaben verschnitten und ein ertragreiches Gewerbe daraus gemacht, von dem er gut leben konnte. In der Figur des Panionios sind Käufer, Verstümmelter und Verkäufer identisch. Herodot selbst kritisiert das Gewerbe des Panionios, indem er es als „ruchlos“ bezeichnet.¹⁴ Mit der Kastration wurde offensichtlich der Wert der Sklaven gesteigert. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass die Eunuchen nicht für den griechischen Absatzmarkt vorgesehen waren, sondern für die Barbaren, womit in dieser Textpassage die Perser gemeint sind. Als Körpermärkte werden Sardes und Ephesos genannt. Beide Örtlichkeiten waren von großer Bedeutung für den Sklavenhandel in der griechischen Antike.¹⁵ Herodot erklärt die Beliebtheit der Eunuchensklaven bei den „Barbaren“ mit dem Hinweis, dass sie überaus loyal wären. Die körperliche Verstümmelung wird also mit bestimmten Charaktereigenschaften assoziiert. Die Vorstellung, dass durch die Veränderung des ursprünglichen körperlichen Geschlechts auch Verhaltensweisen geändert werden können, wird deutlich.

Begünstigt sind auch die Personen, die Kastrationen durchführen und für ihre Arbeit Geld verlangen können. Aus den antiken Quellen geht zum einen hervor, dass z.T. Händler selbst Kastrationen vorgenommen haben, so wie Panionios.¹⁶ Wir wissen aber auch von Ärzten, die Kastrationen durchführten.¹⁷ Der römische Literat Iuvenal (1./2. Jahrhundert n.Chr.) erwähnt in seiner sechsten Satire einen Arzt namens Heliodorus, der Kastrationen vornahm, um Luxusklaven zu „produzieren“. Heliodorus sei – so Iuvenal – in seiner Operationstechnik derart geschickt, dass trotz Kastration die Libido erhalten bliebe und dadurch für die Kastraten eine Erektion noch möglich wäre.

Schließlich profitieren auch diejenigen, die kastrierte Menschen aus einem bestimmten Grund und für bestimmte Zwecke erwerben: die Käufer, die natürlich über ein bestimmtes Vermögen verfügen müssen. Personen aus der sozialen Oberschicht können Eunuchensklaven für ihren Haushalt erwerben. So z.B. war Eutropius (4. Jahrhundert n.Chr.) der Lustsklave eines gewissen Ptolemaios'. Er war Sexualobjekt und erledigte für seinen Besitzer verschiedene Tätigkeiten im Haushalt, kümmerte sich auch um die Kleidung und den Schmuck seines

¹¹ Herodot, *Historien* 8,105. Das Wissen um Kastration als Strafe für Gegner, ist bereits bei Homer, *Odyssee* 18,83ff. bekannt, vgl. dazu auch Guyot (1980), 26.

¹² Zum Barbarenbegriff bei Herodot vgl. z.B. Bichler (2007), 55-64.

¹³ In der Übersetzung von Feix ist von „wirkliche[n] Männer[n]“ zu lesen. Das scheint mir aber eine zu starke Deutung der „Nicht-Verschnittene[n]“. Denn unweigerlich stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, was „wirkliche“ Männer im Kontext von Herodots Geschichtswerk bzw. seines sozialen Umfeldes sind.

¹⁴ Herodot, *Historien* 8,105. Dabei kritisiert der antike Historiograph explizit das Gewerbe des Panionios, aber nicht die Existenz von Eunuchen an sich.

¹⁵ Cartledge (2001), 620-621.

¹⁶ Vgl. auch Quintilian, *Institutiones* 5,12,17-18.

¹⁷ Iuvenal, *Satire* 6,366-370. Vgl. dazu allgemein Guyot (1980), 35.

Herrn.¹⁸ Aufgrund seines Alters vom Besitzer verstoßen, nahm das Schicksal des Eutropius einen turbulenten Verlauf, bis es ihn an den kaiserlichen Hof verschlug, wo er schließlich den Rang eines Konsuls erlangte. Eunuchen wurden aber auch an Herrscherhäuser verkauft. Die antiken Quellen berichten von Eunuchen, die z.B. an den persischen Hof verkauft wurden.¹⁹ Wir lesen von Eunuchen im Zusammenhang mit den hellenistischen Reichen und wir sind besser informiert über Eunuchen am spätantiken Hof.²⁰ Dort konnten sie die Spitzenposition eines *praepositus sacri cubiculi*, eines Vorstehers der gesamten Hofdienerschaft, erlangen. Es wurde bisher deutlich, dass Eunuchensklaven eine begehrte Ware waren. Nun stellt sich die Frage, zu welchem Zweck wurden Menschen kastriert und als Sklaven vermarktet? Tatsächlich finden wir in der antiken Überlieferung eine Reihe von Motiven, die erahnen lassen, warum Eunuchensklaven „produziert“ und wozu sie „verwendet“ wurden. Herodot führt als Grund für die Beliebtheit bei den Fremden die besondere Treue der Eunuchen an, die sie gegenüber den „Nicht-Verschnittenen“ auszeichnen würde. Von der besonderen Loyalität und Treue der Eunuchensklaven ihrem Besitzer gegenüber ist immer wieder in den Quellen zu lesen. Dies zeichnet sie angeblich für spezielle vertrauenswürdige Aufgaben aus. Sie halten sich z.B. in der vertrauten Umgebung des Herrschers auf. Appian (2. Jahrhundert n.Chr.) berichtet in seinem Geschichtswerk, dass am pontischen Hof unter König Mithridates VI. Eunuchen eine hohe Stellung eingenommen haben. Wir erfahren in diesem Zusammenhang von Eunuchen in militärischen Spitzenpositionen²¹ und lesen von Eunuchen im politischen Umfeld des Königs.²² Dieser Umstand, dass Eunuchen in monarchischen Gebilden eine politisch machtvolle Position erlangen konnten, ist uns auch für Rom und Byzanz überliefert.²³ Ein weiterer Grund, der den Handel mit Eunuchen besonders attraktiv gemacht zu haben scheint, ist das sexuelle Verlangen nach ihnen. Eunuchen sind ein „sicheres“ Objekt sexueller Begierde, wenn keine Schwangerschaft erwünscht ist. So sind Eunuchen zwar zeugungsunfähig, sie können aber – je nach Art der Kastration – sexuell aktiv sein und das reizte offensichtlich manche reiche Frau, die es sich leisten konnte, über einen solchen Luxusklaven zu verfügen. Iuvenal spöttelt in seiner sechsten Satire über römische Ehefrauen, die sich gerne einen Eunuchen ins Bett geholt hätten. Auf ironische Art und Weise führt Iuvenal die Gründe hierfür an: Diese Frauen würden sich über (1) die „stets zarten Küsse“ und (2) die Bartlosigkeit erfreuen. Zudem (3) müssten sie sich keine Gedanken über Schwangerschaft und Abbruch machen.²⁴ Mag man diese Textstelle auch kritisch nach ihrem historischen Gehalt hinterfragen, so begegnet man für die römische Antike in der Literatur immer wieder dem Hinweis, dass reiche Frauen mit Eunuchen sexuell verkehrten.²⁵

¹⁸ Claudian, *In Eutropium* 1, 127-129.

¹⁹ Z.B. Herodot, *Historien* 3,92: Eunuchen werden zu Dareios I. geschickt.

²⁰ Zu Hofeunuchen in der Antike allgemein vgl. Guyot (1980), 69-176.

²¹ Appian, *Mithridates* 77,333-338.

²² Appian, *Mithridates* 82,368f; 108,511-514.

²³ Vgl. z.B. für Eunuchen am spätantiken und/oder byzantinischen Hof Schlinkert (1996), James (1999), Kuefler (2001), Tougher (2002), Ringrose (2003), für Eunuchen am Hof der persischen Sasaniden Huber (2008).

²⁴ Iuvenal, *Satire* 6,366-370.

²⁵ Guyot (1980), 65-66.

Die besondere Attraktivität der Eunuchen liegt auch in ihrem Aussehen. Den Eunuchen bleibt – je nach Zeitpunkt der Kastration (vor oder nach der Pubertät) – ein jungendliches Aussehen, das für bestimmte Männer – und auch Frauen – besonders anziehend zu sein schien. Um es mit den Worten des spätantiken Dichters Claudian (4. Jahrhundert n.Chr.) wiederzugeben: „[...] das Messer jeden Anflug von Bartflaum zu hindern wußte, so die noch kindliche Blüte bewahrte und die künstlich verlängerte Jugend zur Befriedigung der Lüste mißbrauchte.“²⁶ Es sind zahlreiche Stereotype im Zusammenhang mit der körperlichen Erscheinung von Eunuchen überliefert. Dabei ist auffallend, wie ambivalent man – zumindest – in der Literatur damit umging. Einerseits wird die Schönheit des jugendlichen Aussehens hervorgehoben, andererseits wird die körperliche Erscheinung der Eunuchen verspottet und negativ charakterisiert. Der spätantike Literat Ammianus Marcellinus (4. Jahrhundert n.Chr.) macht sich über die blasse Hautfarbe der Eunuchen lustig und beschimpft sie als „abstoßend mit mißgestalteten Körper“.²⁷

Abgesehen von den sexuellen Aktivitäten, für die die Eunuchensklaven zur Verfügung stehen mussten, sind noch zahlreiche andere Tätigkeiten überliefert, für die sie herangezogen wurden. Wir lesen von Eunuchen als Sänftenträger für Reiche, als Musikanten und Unterhalter bei Festlichkeiten, als Vermögensverwalter etc.²⁸

Das besondere Interesse der Käufer an den Eunuchen galt aber ihren außergewöhnlichen körperlichen Eigenschaften. Durch die Kastration waren die Eunuchen weder Mann, noch Frau, sie traten aus dem traditionellen binären Geschlechtersystem aus. In der griechischen und römischen Antike gab es nämlich klare Vorstellungen von Geschlechternormen, was den Aktionsbereich, den Körper oder auch die Stellung im sozialen Gefüge betraf.²⁹ Normübertretungen werden in den schriftlichen Quellen thematisiert und sehr häufig auch negativ bewertet. Mit den Eunuchen werden jedoch Menschen „kreiert“ und „gehandelt“, die nicht mehr dem dualistischen Geschlechtersystem entsprechen, aber dennoch in finanzieller Hinsicht sehr wertvoll sind. Obwohl Eunuchen den klaren Vorstellungen davon, was Mann-Sein und Frau-Sein zu bedeuten hat, nicht mehr entsprechen konnten, war man bereit für sie viel Geld zu bezahlen. Vereinzelt sind uns aus der Antike Preise für Eunuchen bzw. Hinweise für ihren Marktwert überliefert.³⁰ Wenn wir das Augenmerk auf die römische Antike lenken, so berichtet Plinius der Ältere (1. Jahrhundert n. Chr.) in seiner Naturgeschichte, dass der Eunuch Paizon, der ehemals Seianus gedient hatte, von einem gewissen Clutorius Priscus um 50.000.000 Sesterzen erworben wurde – ein viel zu hoher Preis, wie Plinius bemerkt.³¹ Von Kaiser Iustinian (6. Jahrhundert n.Chr.) wissen wir, dass er Höchstpreise für Sklav(inn)en festlegte. Dabei lässt sich erkennen, dass Eunuchen bis zu dreimal mehr „Wert“ waren als nicht kastrierte

²⁶ Claudian, *In Eutropium* 1,342-345.

²⁷ Ammianus Marcellinus, *Das römische Weltreich vor dem Untergang* 14,6,17. Vgl. auch Claudian, *In Eutropium* 1,119-130.

²⁸ Vgl. dazu Guyot (1980), 56-58, mit zahlreichen Quellenhinweisen.

²⁹ Vgl. z.B. Späth/Wagner-Hasel (2000), auf die Quellen konzentrierte Untersuchungen bieten Ulf/Röllinger (2006).

³⁰ Zu Sklavenpreise in der Antike allgemein vgl. die Zusammenstellung und die weiterführende Literatur in Weiler (2007), 31-34.

³¹ Plinius, *Naturalis historia* 7,129.

Sklaven.³² Dass Höchstpreise für Eunuchen und für Sklaven insgesamt durch Iustinian festgelegt werden mussten, lässt auf Preiswucher in diesem Zusammenhang schließen.

Einen anderen Weg, um den Wert von Eunuchen am Sklavenmarkt einschätzen zu können, lässt sich meines Erachtens durch das Heranziehen verschiedener Hinweise in den antiken Quellen beschreiten. Das große Interesse der sozialen Oberschicht, Eunuchensklaven zu besitzen, findet immer wieder Erwähnung. So wird z.B. auf die speziellen körperlichen und/oder charakterlichen Vorzüge von Eunuchen hingewiesen, wie die angeführten Textauszüge von Herodot und Iuvenal es belegen. Nachzulesen ist auch, dass Eunuchen zum Symbol für Reichtum und Luxus ihres Besitzers wurden. Und diesen Luxus wollte man in der Öffentlichkeit auch zeigen, in dem man mit Scharen von Eunuchen umgeben, auf die Straße ging: So lamentiert Ammianus Marcellinus über den Sittenverfall in Rom, der sich durch übermäßiges Protzen in der Öffentlichkeit zeige. Reiche Menschen würden auf die Straße treten und ihre ganze Gefolgschaft vorzeigen. Darunter befände sich auch „die Masse der Verschnittenen, vom Greis herunter bis zum Knaben“.³³

Speziell für Rom lässt sich darüber hinaus feststellen, dass zwar Kastrationsverbote erlassen, diese jedoch nicht vollständig eingehalten wurden. Kaiser Domitian (1. Jahrhundert n.Chr.) erließ das erste Kastrationsverbot im Römischen Reich und regulierte darüber hinaus den Preis für die noch „vorrätigen“ Eunuchen am Sklavenmarkt.³⁴ Domitians unmittelbarer Nachfolger Nerva (1. Jahrhundert n.Chr.) erließ ein weiteres Kastrationsverbot,³⁵ ebenso wie Kaiser Hadrian (2. Jahrhundert n.Chr.).³⁶ Auch Kaiser Constantin (4. Jahrhundert n.Chr.) verbot die Kastration im Römischen Reich.³⁷ Diese Gesetze geben darüber Auskunft, dass im Römischen Reich selbst keine Kastrationen mehr vorgenommen werden durften. Die Notwendigkeit, solche Verbote immer wieder zu erlassen, lässt auch darauf schließen, dass dagegen regelmäßig verstoßen wurde. Peter Guyot erklärt diesen Sachverhalt damit, dass zwar die Kastration in Rom verboten war, aber nicht der Handel oder Besitz von Eunuchensklaven.³⁸ Und so verfügte Domitian (1. Jahrhundert n.Chr.), der ein erstes Gesetz gegen die Kastration in Rom erlassen hatte, selbst über einen Eunuchensklaven. Cassius Dio, ein Historiograph aus dem 2. und 3. Jahrhundert n.Chr., hält diesbezüglich fest: „Er erließ daher, obwohl er selbst eine leidenschaftliche Zuneigung zu einem Eunuchen namens Earinos fühlte, nichtsdestoweniger [...] ein allgemeines Verbot künftighin im Römerreiche Kastrierung vorzunehmen“.³⁹ Was Cassius Dio andeutet, ist der ambivalente Umgang mit dem Phänomen der Kastration bzw. der Existenz von Eunuchen in der römischen Antike: Auf der einen Seite wird die Kastration im eigenen Reich verboten, auf der anderen Seite werden Eunuchen importiert. Auf der

³² Nach Guyot (1980), 34.

³³ Ammianus Marcellinus, *Das römische Weltreich vor dem Untergang* 14,6,17. Allgemeiner dazu Guyot (1980), 54-55.

³⁴ Vgl. dazu Sueton, *Domitian* 7,1.

³⁵ Cassius Dio 68,2,4. Nerva erließ Gesetze, die die Kastration von einem Mann untersagten. Vgl. dazu auch Guyot (1980), 47.

³⁶ Guyot (1980), 48-49.

³⁷ Guyot (1980), 49. Kritik an der Kastration ist auch im antiken Griechenland greifbar, vgl. dazu Guyot (1980), 45-46, mit Quellenbelegen. Gesetzlich verboten wurde die Kastration jedoch erst in der römischen Antike.

³⁸ Guyot (1980), 50.

³⁹ Cassius Dio, *Römische Geschichte* 67,2,3.

einen Seite erkennt man mitunter die grausame Handlung einer unfreiwilligen Kastration, auf der anderen Seite verfügt man selbst über einen Eunuchensklaven. Auf der einen Seite zeichnet man ein negatives Bild von Eunuchen, indem man sie körperlich und charakterlich diffamiert, auf der anderen Seite ist man bereit, sehr viel Geld für ihren Erwerb auszugeben.

1.3 Perspektive des bzw. der Betroffenen

Die Perspektive der Betroffenen ist kaum zu fassen. Es fehlen uns weitgehend Zeugnisse, die darüber Auskunft geben, was es für den Einzelnen bedeutet haben mag, für den Sklavenhandel kastriert zu werden. Dennoch drängen sich einige Fragen auf. Diese betreffen zunächst das „Kastrations-Erlebnis“ selbst. Wir können nur mutmaßen, mit welchen Schmerzen der künstliche Eingriff einherging. Es gibt einige griechische und römische Termini, die beschreiben, auf welche Art und Weise die Kastration erfolgte: z.B. wurden die Hoden herausgerissen, herausgeschnitten, abgeschlagen, zerdrückt oder zerschmettert – um nur einige Beispiele zu nennen.⁴⁰ Die Verwendung der Begrifflichkeiten in den antiken Schriften ermöglicht es uns, sich ein Bild von den unterschiedlichen Kastrationsmethoden zu verschaffen. Über diesen Weg kann auf die Situation der Betroffenen aufmerksam gemacht werden. Dennoch ist es schwierig, zu eruieren, wie einzelne Personen, die diesem Schicksal ausgeliefert waren, die Gewaltanwendung erfahren haben.

Ebenso unmöglich ist es uns, die Frage ausreichend zu klären, welche körperlichen und psychischen Folgen die Kastration für Männer oder gar für Kinder hatte. Vereinzelt greifen antike Quellen diesen Aspekt auf, indem sie zum einen die physischen Schmerzen und zum anderen auch die emotionale Berührtheit der Betroffenen nach der Kastration thematisieren. So schreibt Iuvenal in seiner bereits angeführten sechsten Satire, dass sich die Knaben ihrer Verstümmelung wegen am Sklavenmarkt schämten.⁴¹ Einen besonders ergreifenden Einblick vermittelt auch Claudian in seiner Invektive gegen Eutrop. Aus der Perspektive des Hofeunuchen Eutrop deutet der spätantike Literat Claudian (4. Jahrhundert n.Chr.) die Umstände, die die Kastration mit sich brachte: „Schon in der Wiege ist er zu blutigem Leiden verdammt: Geradewegs von der Brust reißt man ihn fort zur Kastration, gleich nach dem Mutterschoß erwarten ihn Qualen. Es eilt ein Armenier herbei, der mit sicheren Dolches Schneide die Männlichkeit zu rauben versteht, um den Wert dank dieses Verlustes abscheulich zu steigern. Den brennenden Vermehrungstrieb des Körpers beseitigt er in dessen zweifachem Ursprung; mit einem Hieb nur ward die Bestimmung, einst Vater und Ehemann zu heißen, zunichte. So lag er da zwischen Leben und Tod, und durch den verstümmelnden Schnitt drang die sterile Kälte bis in die tiefsten Winkel seines Gehirns.“⁴² Auch Martial (1. Jahrhundert n.Chr.)

⁴⁰ Guyot (1980), 20-25, listet die Begriffe auf und führt jeweils Belegbeispiele an. Alle diese Begriffe findet man in der Literatur häufig auch synonym für „Kastration, Kastrat oder kastrieren“ verwendet.

⁴¹ Iuvenal, *Stairen* 6,373.

⁴² Claudian, *In Eutropium* 1,44-77.

schildert in seinem neunten Epigramm die Grausamkeit der Kastration, die an Kindern durchgeführt wird, und die unbeschreibliche Pein, die die Opfer dabei erleiden müssen.⁴³

Diese Textbeispiele können nur perspektivische Momentaufnahmen vermitteln. Sie sind keine Auszüge aus den Memoiren eines Eunuchensklaven, aber auch keine Erlebnisberichte. Die Perspektive der Betroffenen kann damit nicht annähernd skizziert werden. Bereits Ingomar Weiler hat in seinem Beitrag – über Sklavenhandel und Sklavenpreise – darauf hingewiesen: „Trotz des relativ guten Quellenbestandes, was Sklavenhandel und überhaupt die Sklaverei in der Antike betrifft, sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Sklaven und Sklavinnen selbst so gut wie stumm geblieben sind.“⁴⁴ Das gilt auch für Eunuchensklaven. Tatsache ist, dass für bestimmte Gruppen in der Antike kaum oder keine Sprache zu vernehmen ist. Das betrifft eben die Eunuchen, die Sklav(inn)en allgemein, aber auch die Frauen. Die Perspektive der Betroffenen dennoch zu thematisieren, ist wichtig, weil auch das Aufzeigen von Nicht-Tradiertem eine Gesellschaft charakterisieren kann.

1.4 Die Perspektive der Historikerin

Die antike Überlieferung bietet uns einige Hinweise über Eunuchensklaven. Wir erfahren etwas über die Händler und Käufer, über den Einsatzbereich der Eunuchen und die Werte, die sie in der griechischen und römischen Antike zugeschrieben bekamen. Auffallend ist auch der ambivalente Umgang mit Eunuchen bzw. mit der Kastration, so, wie er in der Literatur überliefert ist. Eine durchgehende Geschichte zu konstruieren, ist aber kaum möglich, weil die Quellenangaben zeitlich und räumlich mitunter weit auseinander liegen. Aus der Sicht einer Historikerin stellen diese perspektivischen Momentaufnahmen zunächst nicht zufrieden. Sie erwecken eher das Gefühl der Betroffenheit hinsichtlich der Tatsache, dass wir nicht umfangreich und im Detail eruieren können, wie und in welchem Ausmaß Personen von der Kastration in der griechischen und römischen Antike berührt waren. Viele Fragen können aufgrund der Quellenlage gar nicht, und manche nur in einem geringen Umfang beantwortet werden. Dennoch ist eine Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex „Körpermärkte“ meines Erachtens nicht möglich, ohne auf die Situation der Betroffenen, hier den Eunuchensklaven, hinzuweisen.

Literatur

Bichler, Reinhold (2007): „Historiographie-Ethnographie-Utopie. Gesammelte Schriften, Teil I“, in: Robert Rollinger (Hrsg.): *Studien zu Herodots Kunst der Historie (= PHILLIPIKA 18,1)*. Wiesbaden: Harrassowitz.

⁴³ Martial, *Epigramme* 9,7. In diesem preist er Domitian für dessen Kastrationsverbot.

⁴⁴ Weiler (2007), 34.

- Bleicken, Jochen (1975): *Die Verfassung der römischen Republik*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Browe, Peter (1936): „Zur Geschichte der Entmannung. Eine religions- und rechtsgeschichtliche Studie“, in: *Breslauer Studien zur historischen Theologie, neue Folge I*. Breslau: Müller und Seiffert.
- Cartledge, Paul (2001): „Sklavenhandel“, in: *Der Neue Pauly* 11, S. 619-621.
- Cumont, Franz (1910): „Gallus (5)“, in *Paulys Realencyclopädie* 7, S. 674-682.
- Gehrke, Hans-Joachim (2001): „Sklaverei. III. Griechenland“, in: *Der Neue Pauly* 11, S. 624-627.
- Guyot, Peter (1980): „Eunuchen als Sklaven und Freigelassene in der griechisch-römischen Antike“, in: *Stuttgarter Beiträge zur Geschichte und Politik* 14, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heinrichs, Johannes (2001): „Sklaverei. IV. Rom“, in: *Der Neue Pauly* 11, S. 627-630.
- Herdt, Gilbert (Hrsg.) (1996): *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books.
- Huber, Irene (2008): „Der (in)formelle Handlungsspielraum von Eunuchen am Hof der persischen Sasaniden (225-651 n.Chr.)“, in: Hirschbiegel, Jan/Butz, Reinhardt (Hrsg.): *Informelle Strukturen: Dresdener Gespräche III zur Theorie des Hofes* (= Vita curialis 2). Münster: LIT [im Druck].
- James, Liz (Hrsg.) (1999): *Desire and Denial in Byzantium. Papers from the Thirty-first Spring Symposium of Byzantine Studies, University of Sussex, Brighton, March 1997* (= Society for the Promotion of Byzantine Studies 6). Aldershot: Ashgate.
- Kuefler, Matthew (2001): *The Manly Eunuch. Masculinity, Gender Ambiguity, and Christian Ideology in Late Antiquity*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lane, Eugene N. (1996): *Cybele, Attis and related Cults. Essays in Memory of M. J. Vermaseren* (= Religions in the Graeco-Roman World 131). Leiden: E.J. Brill.
- Nanda, Serena (2000): *Gender Diversity. Crosscultural Variations*. Prospect Heights/IL: Waveland Press.
- Ringrose, Kathryn M. (2003): *The Perfect Servant. Eunuchs and the Social Construction of Gender in Byzantium*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Pschyrembel (2003): *Wörterbuch Sexualität* (bearbeitet von Stephan Dressler und Christoph Zink). Berlin: Walter de Gruyter.
- Schlinkert, Dirk (1996): *Ordo senatorius und nobilitas. Die Konstitution des Senatsadels in der Spätantike, mit einem Appendix über den Praepositus Sacri Cubiculi, den ‚allmächtigen‘ Eunuchen am kaiserlichen Hof* (= Hermes Einzelschriften 72). Stuttgart: Steiner.
- Schumann, Leonhard (2001): *Sklaverei in der Antike. Alltag und Schicksal der Unfreien*. München: C.H. Beck.
- Späth, Thomas/Wagner-Hasel, Beate (Hrsg.) (2000): *Frauenwelten in der Antike. Geschlechterordnung und Lebenspraxis*. Stuttgart: Metzler.
- Tougher, Shaun (Hrsg.) (2002): *Eunuchs in Antiquity and Beyond*. Swansea: Classical Press of Wales.
- Ulf, Christoph/Rollinger, Robert (Hrsg.) (2006): *Frauen und Geschlechter. Bilder-Rollen-Realitäten in den Texten antiker Autoren der römischen Kaiserzeit*. Wien: Böhlau.

- Weber, Carl W. (1988): *Sklaverei im Altertum. Leben im Schatten der Säulen*. München: Knauer.
- Weiler, Ingomar (2007): „Über Sklavenhandel und Sklavenpreise in der Antike“, in: Exenberger, Andreas/Nussbaumer, Josef (Hrsg.): *Von Menschenhandel und Menschenpreisen. Wert und Bewertung von Menschen im Spiegel der Zeit*. Innsbruck: innsbruck university press, S. 15-39.

Quellen

- Ammianus Marcellinus*, Das römische Weltreich vor dem Untergang, sämtliche erhaltene Bücher übersetzt von Otto Veh, eingeleitet und erläutert von Gerhard Wirth, Zürich: Artemis, 1974.
- Appian* von Alexandria, Römische Geschichte, erster Teil: Die römische Reichsbildung, übersetzt von Otto Veh, durchgesehen, eingeleitet und erläutert von Kai Brodersen, Stuttgart: Hiersemann, 1987.
- Aulus Gellius*, Die attischen Nächte, zum ersten Male vollständig übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Fritz Weiss, erster Band, I.-VIII. Buch, unveränderter reprografischer Nachdruck der Ausgabe Leipzig 1875, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1992.
- Cassius Dio*, Römische Geschichte, Band 5, übersetzt von Otto Veh, Düsseldorf: Artemis & Winkler, 2007.
- Claudians* Invektive gegen Eutrop (In Eutropium), von Helge Schweckendiek (= Beiträge zur Altertumswissenschaft 10), Hildesheim: Olms-Weidmann, 1992.
- Herodot*, Historien, Band II, griechisch-deutsch, herausgegeben von Josef Feix, 2. durchgesehene Auflage, München: Heimeran, 1977.
- Juvenal*, Satiren, Lateinisch-deutsch, herausgegeben, übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Joachim Adamietz, München: Artemis, 1993.
- Marital*, Epigrams, edited and translated by D.R. Shackleton Bailey, vol. II, Cambridge/MA: Harvard University Press, 1993.
- C. *Plinius* Secundus d. Ä., Naturkunde, Lateinisch-deutsch, Buch VII, herausgegeben und übersetzt von Roderich König in Zusammenarbeit mit Gerhard Winkler, München: Artemis & Winkler, 1975.
- The institutio oratoria of *Quintilian*, with an English translation by H. E. Butler, in four volumes, Vol. II, Cambridge/MA: Harvard University Press, 1953.
- L. Annaeus *Seneca*, Briefe an Lucilius, Gesamtausgabe I (Briefe 1-80), neu übersetzt und mit Erläuterungen versehen sowie einem Essay <Zum Verständnis des Werkes> herausgegeben von Ernst Glaser-Gerhard, Hamburg: Rowohlt, 1965.
- C. *Suetonius Tranquilius*, Die Kaiserviten – Berühmte Männer, Lateinisch-deutsch, herausgegeben und übersetzt von Hans Martinet, 3. Auflage, Düsseldorf: Artemis & Winkler, 2006.

2 *Mit Haut und Haar*

Der menschliche Körper als Ware im Europa der Frühen Neuzeit

Valentin Groebner

Wer Thomas Hobbes' berühmte Formulierung aus dem *Leviathan* von 1651 zitiert – „the value or worth of a man is, as of all other things, his price“ –, der schreibt in der Regel über politische Philosophie, und nicht über Sozial- und Kulturgeschichte.¹ Zur Geschichte des menschlichen Körpers als Ware fehlen große, zusammenfassende Studien. Das liegt an der Geschichte der Körpergeschichte selbst: Entstanden am Ende der 1970er- und am Beginn der 1980er-Jahre, angeregt von feministischer Theorie, von den Arbeiten Michel Foucaults und vom unübersehbar gewordenen Aufstieg der Biologie zur neuen naturwissenschaftlichen Leitdisziplin, war – und ist – die Erforschung der Geschichte des Körpers stark auf Disziplinierung, Medikalisierung, Gendering und auf die Metaphorik politischer Körper ausgerichtet. Angesichts der, vor allem im deutschen Sprachraum prägenden Zweiteilung zwischen Körpergeschichte als Erfahrungsgeschichte auf der einen Seite (grundiert mit einer gelegentlich romantisch überhöhten Verlustgeschichte vermeintlich intakterer vormoderner Leiblichkeit), und Körpergeschichte als reiner Diskursgeschichte auf der anderen (anders gesagt, als Geschichte der Konstruktion und Durchsetzung von Epistemen und Wissensordnungen), war für die ökonomischen Aspekte einer Geschichte des Kör-



¹ Hobbes (1996), 63, 67; dazu Thomä (2006).

pers zwischen Mittelalter und Moderne kein Platz. Der Körper war Sitz der Subjektivität oder Produkt der Diskurse, aber keine Ware.²

In den letzten Jahren hat sich das allerdings zu ändern begonnen. Unter dem Eindruck der Debatten um Humankapital und um die Ökonomisierung des Sozialen, und angesichts einer boomenden Reproduktions- und Transplantationsmedizin neuen (und deutlich gewinnorientierten) Typs haben sich eine Reihe von Arbeiten auf die ökonomischen Bezüge von Foucaults Begriff „Biopolitik“ besonnen. Diese neuen Ansätze kommen bislang vor allem aus den Sozialwissenschaften und der Wissenschaftsforschung und sehr viel weniger aus den weiterhin stark, von der Erforschung von Diskursen geprägten Kulturwissenschaften. Neuere wissenschaftshistorische Arbeiten haben etwa auf den, vor hundert Jahren von dem österreichischen Sozialwissenschaftler Rudolf Goldscheid geprägten Begriff der „Menschenökonomie“ aufmerksam gemacht. Ulrich Bröckling hat 2003 vorgeschlagen, die Modelle von Menschenökonomie und Humankapital im 20. Jahrhundert als biopolitische Diskurse zu untersuchen; und im selben Kontext neuer technischer Entwicklungen und ihrer praktischen, ethischen und juristischen Konsequenzen hat die Wissenschaftsphilosophin Petra Gehring 2006 ein Arbeitsprogramm einer Ideengeschichte der Eigentumsrechte am Körper entworfen. Eine lebhaft diskutierte Diskussion hatte im selben Jahr die, an der London School of Economics lehrende Juristin Cécile Fabre mit ihrem Buch *Whose Body Is It Anyway?* ausgelöst, die für erweiterte juristische Zugriffsrechte auf medizinisch nutzbare Organe und für das Recht argumentiert, eigene Organe zu verkaufen. Der Frage nach den Grenzen der ökonomischen Inwertsetzung des „Rohstoffs Mensch“ war schliesslich auch die Jahrestagung der Akademie Ethik in der Medizin 2006 gewidmet, im 2007 erschienenen Sammelband zur *Kommerzialisierung des menschlichen Körpers* dokumentiert.³

Und die Geschichte? Der Historiker Hannes Siegrist hat in einem, ebenfalls 2007 erschienenen Band von einer „Propertisierungswelle“ gesprochen, die gegenwärtig zu konstatieren sei und aus der Sicht einer vergleichenden historischen Eigentumsforschung Parallelen zu früheren ähnlichen Entwicklungsschüben zeige. Die ökonomische Verfügbarkeit von Eigentum sei allerdings an komplexe soziale Rahmenbedingungen gebunden; und gerade am menschlichen Körper bzw. Körperteilen als „entgrenztes Eigentum“ würden die Grenzen dieser Entgrenzung deutlich sichtbar.⁴ Denn Hobbes *value* und *price* war natürlich als Metapher für politische Wertschätzung gemeint, und stand nicht für bares Geld – oder doch?

Denn der menschliche Körper als „self-property“, wie Locke formuliert hat, oder, so Karl Marx etwas salopp, als „Ware mit metaphysischen Mücken“, war und ist stets Modellfall des moralischen Redens über wirtschaftliche Prozesse. Wieso interessiert das einen Mittelalterhistoriker? Ich möchte im Folgenden argumentieren, dass der Körper als Ware am Schnittpunkt zwischen moralischem Diskurs und juristischer Kategorie im späten Mittelalter bzw. in der Renaissance erscheint: Aus einer Reihe unterschiedlicher Faktoren – von denen die Rezeption des Römischen Rechts, die Reliquienfrömmigkeit und die Durchsetzung der Trans-

² Siehe dazu Lorenz (2000); Sarasin (1999); Sarasin (2001).

³ Fleischhacker (2002); Fritz/Mikl-Horke (2007); Bröckling (2003); Gehring (2006), 35-54; Fabre (2006); Taupitz (2007).

⁴ Siegrist (2007); Fach/Pates (2007).

substantiationslehre die wichtigsten sind – entstehen zwischen dem Hochmittelalter und dem Ende des 15. Jahrhunderts im christlichen Europa neue Normen und Erzählmotive vom menschlichen Körper als Ware. Sie überformen die älteren antiken bzw. christlich-spätantiken Topoi und Vorstellungen und bringen neue juristische, medizinische und politische Narrative hervor.

Dabei geht es mir nicht um die Geschichte der Sklaverei im engeren Sinn. Der Sklaverei haben sich in den letzten Jahren ganze Forschungsverbände gewidmet, wie etwa das 2003 an der Universität Trier gestartete interdisziplinäre Graduiertenkolleg „Sklaverei-Knechtschaft und Frondienst-Zwangsarbeit“. Auch in dem 2007 erschienenen ersten Tagungsband dieses Innsbrucker Projekts behandelt die Hälfte der Beiträge den Sklavenhandel. Ich bin mir aber nicht sicher, ob ich ohne weiteres die Sklaverei als Modellfall für den Umgang mit dem menschlichen Körper als Ware einsetzen würde. Eine Sklavin bzw. ein Sklave (ein überwiegender Teil der Sklaven im christlichen Europa des 13. bis 16. Jahrhunderts war weiblich) ist zwar selbstverständlich ein verkaufter menschlicher Körper. Aber die Begriffe *ancilla* bzw. *servus/sciavo* bezeichneten in erster Linie einen juristischen Status. Die Erscheinungsformen der spätmittelalterlichen Sklaverei in Europa konnten regional ziemlich unterschiedliche Formen annehmen, aber sie waren auf die Anrainerstaaten des Mittelmeers beschränkt. Vor allem waren sie geprägt von religiöser Differenz und von der Doktrin (wenn auch nicht immer von der Praxis) der Bekehrung zum Christentum als Weg zur Freilassung.⁵

Die im Mittelmeer des 13. bis 18. Jahrhunderts gängige Praxis der Versklavung andersgläubiger Gegner durch Christen wie Muslime liefert freilich wichtige methodische Anregungen für die Frage nach dem Körper als Ware. Die osmanische Levante und die nordafrikanische Küste waren keine abgeschlossene Welten; sie waren mit ihren Nachbarn im Norden und Westen intensiv durch Handel, Krieg und Mischformen aus beidem verbunden, in denen die ökonomische Bewertung von Menschen eine ziemlich wichtige Rolle spielte. Das christliche Europa entwickelte am Beginn der Neuzeit eine differenzierte und effizient organisierte Lösegeld- bzw. Freikaufsökonomie.⁶ Nach heutigem Kenntnisstand waren diese Praktiken auf die Anrainerstaaten des Mittelmeers beschränkt, aber Abenteurer und Reisende aus Mittel- und Nordeuropa machten damit als Kaufleute, Soldaten und Pilger freiwillig oder unfreiwillig Bekanntschaft, als gewalttätige Unternehmer (mit gelegentlich wechselnden Loyalitäten) ebenso wie als Gefangene und Freigekaufte. Die Berichte der Letzteren von ihrem Leben als Sklave haben in den Regionen nördlich der Alpen aufmerksame Leser gefunden, von Hans Schiltpergers *Odyssee in den wilden Osten* am Beginn des 15. Jahrhunderts bis zur „*Aegyptica Servitus*“ Michael Haberers von 1610.⁷ Anders gesagt, das Motiv des gegen Geld verkauften – und gegen noch mehr Geld weiterverkauften oder freigekauften – Menschen war für Zeitgenossen des späten Mittelalters und der frühen Neuzeit ein vertrautes Erzählelement. Wie die 30 Silberlinge aus der Bibel stand es für den moralisch aufgeladenen Grenzfall des Ökonomischen; zusammen mit der Lösegeldpraxis innereuropäischer Konflikte war es Chiff-

⁵ Priesching/Steinke (2007); Erdem Kabadayi/Reichardt (2007); siehe dazu die neuen Studien von MacKee (2004) und Epstein (2001).

⁶ Kaiser (1999, 2004, 2007, 2008); Kaiser (2006), 221-260; Davis (2003); Colley (2004); Höfert (2003).

⁷ Langmantel (1885); Schlemmer (1983); Ulbrich (2006).

re für extreme Gewalt- und Abhängigkeitsverhältnisse, die jeweils mit dem politischen und/oder religiösen Gegner assoziiert wurden.

Ich interessiere mich deswegen sehr viel mehr für eine binneneuropäische Geschichte des Menschen als Ware – oder, anders ausgedrückt, geht es mir um diejenigen Körper und Körperteile auf dem Markt, die nicht als „Andere“ – als Muslime, Schwarze, Heiden – kategorisiert wurden, sondern als eigene, christliche Binnenkörper und die deswegen Ware wurden. Ich würde aus einer solchen Untersuchung übrigens auch jene Bereiche ausklammern, in der Käuflichkeit als Metapher für sexuelle Dienstleistungen gebraucht wird, also den sogenannten Frauenhandel; ebenso scheint es sinnvoll, Kinderhandel und Adoption von der Untersuchung auszuschließen. Denn mir geht es um die Materialität des menschlichen Leibs, vielleicht am besten mit dem Begriff des „Fleisches“ zu fassen. Im Gegensatz zu Prostitution – dem Handel mit sexuellen Dienstleistungen – und zu illegaler Adoption stellt die Metapher vom sogenannten Fleisch-Verkauf die Ökonomisierung des Körpers als äußerste und prinzipiell tödliche Gewalt ins Zentrum. Der Körper wird als Ware und eben als „Fleisch“ kategorisiert, weil er in diesem Bereich stets als tötbar gedacht wird. Denn tatsächlich wird er nicht nur als aktiver, handelnder, sondern eben auch als passiver, toter, zerstückelter Körper – ganz und in Teilen – bewertet und transferiert.

Lassen Sie mich dafür drei Beispiele anführen. Das Erste ist die Geschichte der Söldner. Solddienst und Reislauf wurden von ihren Gegnern seit dem späten 15. Jahrhundert als „commercium hominum“ (so der Humanist Willibald Pirckheimer) oder „Fleisch und Blut Verkauf“ (der Kardinal Matthäus Schiner und nach ihm, sehr folgenreich, Huldrych Zwingli) attackiert. Die Geschichte dieser Söldner wurde seit der Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem als politische Geschichte im traditionellen Sinn geschrieben, das soll heißen, als Geschichte der Soldverträge zwischen den eidgenössischen Orten und auswärtigen Mächten, als Geschichte einzelner Soldunternehmer und Befehlshaber, militärischer Einheiten, finanzieller Rahmenbedingungen und Konsequenzen, und schließlich als Geschichte der heftigen, stark konfessionell geprägten, politischen Auseinandersetzung um Solddienst und Reislauf – „Ehre und Treue“ für seine Verteidiger, „Fleischverkauf“ für seine Gegner.⁸ Sehr viel weniger wissen wir allerdings darüber, wer die Söldner des 14. bis 18. Jahrhunderts eigentlich waren, woher sie kamen, unter welchen Umständen sie lebten und arbeiteten und wie sie bezahlt wurden. Die neue Militärgeschichte hat erst in den letzten Jahren begonnen, die soziale Wirklichkeit und den Alltag der Soldaten in der Vormoderne eingehender zu erforschen. Auf den „Soldaten als Ware“ als Forschungsdesiderat, d.h. die Praktiken ökonomischer Verrechnung von Menschen im Krieg in Bezug auf Kriegsgefangene und Lösegelder hat Bernhard Kroener 2000 hingewiesen.⁹

Diese Narrative sind eingebettet in den größeren Zusammenhang neuer Typen von „Körper-Rechnungen“ oder „Menschenbuchhaltung“, die an der Wende vom Mittelalter zur Neuzeit auftauchen. Denn ab dem 14. Jahrhundert wurde der menschliche Körper in Europa auf vorher unbekannte und sehr detaillierte Weise be- und verrechnet; nicht nur in angeblichen Verträgen mit dem Teufel, bei denen dem Satan gegen Geld ein Körperteil überschrieben wurde,

⁸ Norbert (1997); Jäggi (1999); Fowler (2001); Selzer (2001); Fuhrer/Eyer (2006).

⁹ Kroener (2000); siehe auch Kortüm (2001) und Prietzel (2006).

oder in der Erzählung vom Stück eigenen Fleisches als Pfand für einen Kredit bei einem jüdischen Pfandleiher, beides literarische Erfindungen des 14. Jahrhunderts.¹⁰ Diese Körper-Rechnungen erscheinen auch in neu entstehenden Typen von nicht fiktionalem, ökonomischem Schriftgut, etwa in detaillierten Aufzeichnungen zu Schadenersatzzahlungen für verletzte oder verstümmelte Körperteile; in Verträgen und Abrechnungen von Lösegeldern, in Söldnerrödeln und Kalkulationen. Der Genueser Doge Andrea Doria – selbst im Sklavenhandel tätig – stellte im 16. Jahrhundert umfangreiche Berechnungen zur Rentabilität von Galeerensklaven im Vergleich zu bezahlten Ruderern an.

Dieser zweite Bereich vormoderner Menschenökonomie, nämlich der Verkauf von zum Tode Verurteilten auf die Galeeren, die bis ins 18. Jahrhundert in den Kriegsflotten des Mittelmeers eine wichtige Rolle spielten, ist bisher nur von der Rechtsgeschichte behandelt worden. Im späten Mittelalter begannen die europäischen Mächte, neben Sklaven und Kriegsgefangenen auch verurteilte Verbrecher als Ruderer auf ihren Schiffen zu verwenden. Wegen der hohen Sterblichkeit brauchten sie ununterbrochenen Nachschub. Französische, genuesische und venezianische Gesandtschaften wandten sich von der Mitte des 16. Jahrhunderts auf der Suche nach Nachschub an die Obrigkeiten nördlich der Alpen; Verordnungen über den Verkauf von Delinquenten und „unnütz leut“ auf die Galeeren wurden im späteren 16. und 17. Jahrhundert zur Normalität. Das frühneuzeitliche Militärstrafrecht sah auch für Söldner bei Befehlsverweigerung die Verurteilung auf die Galeere vor – und selbstverständlich bei Desertion.¹¹ Offensichtlich sind dabei die Verbindungen zur militärischen Lösegeldökonomie – und zu der Praxis, sich durch das Bezahlen eines „Ersatzmanns“ von militärischen Dienstpflichten loszukaufen, eine im frühmodernen Europa gängige und weit verbreitete Prozedur. Auch die Transfers zum Tode Verurteilten auf die italienischen, französischen und spanischen Galeeren waren stets von Frei- bzw. Rückkaufspraktiken begleitet, über die wir bislang relativ wenig wissen.

Und schließlich würde ich einen dritten, von der Medizingeschichte inspirierten Zugang zu den verkauften Körpern vorschlagen. Ich habe weiter oben schon erwähnt, dass der Körper als medizinische Handelsware, im oben definierten Sinn, in europäischen Quellen an der Wende vom Hoch- zum Spätmittelalter erscheint. Der Superkörper des ausgehenden Mittelalters, die geweihte Hostie, war dabei offenbar Paradigma. Denn im Kontext der Transsubstantiationslehre vollzog sich im christlichen Europa nach 1300 der Aufstieg von *mumia* (das Fleisch ägyptischer Mumien) als Medikament – und zwar interessanterweise nur in Europa, weder die antike noch die arabische Medizin, sonst überlegene Vorbilder, kannten dieses Medikament. Neben *mumia* wurden auch menschliches Gewebe (Haut und Fett), Knochen und Organe vom späten Mittelalter an bis zum Ende des 17. Jahrhunderts legal als Medikamente gehandelt – und, wie Gerichtsakten ausweisen, ebenso illegal, als Glücksbringer mit vermeintlich magischer Wirkung. Ab dem 16. Jahrhundert wurden menschliche Leichen als Material für die anatomischen Sektionen in der Ausbildung von Medizinern verwendet. Diese Leichen waren knapper Rohstoff; bereits in Andreas Vesalius' *De humani corporis fabrica* von 1543 und in Giorgio Vasaris *Vite* von 1553 finden sich Hinweise, dass Körper und Kör-

¹⁰ Zelger (1996); Ostorero (2005); Shatzmiller (1996).

¹¹ Frauenstaedt (1896); Carlen (1976); Schlosser (1986).

perteile als Rohmaterial gegen Geld gehandelt, gestohlen und weiterverkauft werden. Bislang fehlen umfangreichere Untersuchungen zu Medikamenten und medizinischen Präparaten aus Leichen sowie zum Verhältnis legalen und illegalen ökonomischen Transfers rund um die Leichen Hingerichteter. Arzneibücher des 16. und 17. Jahrhunderts bieten dazu einige Überraschungen: Der Leibarzt des bayrischen Kurfürsten, Johannes Becher, brachte 1663 in Ulm seinen vielfach nachgedruckten *Parnassus medicinalis illustratus* heraus, in dessen Einleitung es schön gereimt heißt: „Der Mensch / das Ebenbild / welchs Gott is angenehm / hat vier und zwanzig stuck zur Artzney bequem“, gefolgt von einer langen Liste, die menschliche Haut, Haar, Hirn, Herz und Blut ebenso enthält wie Knochenmark, Hirn, Fleisch und Fett. In zahlreichen überlieferten Apothekeninventaren erscheinen tatsächlich neben *mumia* auch menschliches Fett, Haut und verschiedene Organe als Grundlage für verschiedene medizinische Präparate.¹²

Die offizielle Verwertung dieser Körper war freilich umgeben von Geschichten über illegitime Körper auf dem Markt: Räuber, die Tote stählen und in Stücken verkaufen; die Schwangere umbrächten und aus den ungeborenen Kindern und ihren Organen kostspielige medizinische Präparate und Amulette machten und weiterverkauften. In Gerichtsquellen und Verhörprotokollen des 16. und 17. Jahrhunderts stößt man auf wirkliche getrocknete Herzen, Hautteile, Fett, Kinderhände, die bei Verhafteten gefunden wurden; und sie erscheinen in den Chroniken ebenso wie in populären Publikationen wie Johan Harsdoerffers 1656 in Hamburg erschienenem *Schau-Platz jämmerlicher Mordgeschichten*, einer der frühen Formen der Kriminalliteratur.¹³ Es könnte dabei sinnvoll sein, das Motiv des gestohlenen und verkauften Körpers weiter in die Medizin- und Anatomiegeschichte des 18. und frühen 19. Jahrhunderts zu verfolgen.¹⁴

Was meinte also der Transplantationschirurg Francis Moore genau, wenn er 1964 in einer populärwissenschaftlichen Darstellung zur Organverpflanzung euphorisch formulierte, sie sei „eine medizinische Entwicklung, die seit Jahrhunderten erwartet und erhofft wurde“. Thomas Schlich kommt 1998 in seinen beiden Büchern zur Geschichte der Transplantationsmedizin zu nüchterneren Ergebnissen; aber eine 2004 erschienene, groß angelegte wissenschaftshistorische Studie sucht erneut in einem weit gespannten Bogen der Nachweis zu führen, die Ursprünge der modernen Transplantationsmedizin mit ihren Auffassungen vom menschlichen Körper als vermarktbarer „toter Gliedermaschine“ seien in den anatomischen Traktaten des 16. Jahrhunderts zu suchen.¹⁵ Der deutsche Mediziner Gunther von Hagens, der für seine erfolgreiche Körperwelten-Ausstellung offenbar menschliche Leichen aus der Volksrepublik China und der ehemaligen Sowjetunion angekauft hat, hat sich in einem Interview ebenfalls 2004 mit „den großen Anatomiekünstlern der Renaissance, wie Leonardo da Vinci oder Andreas Vesal“ verglichen. Wie sie sei auch er „ein lebender Rebell, verkannt und unverstanden“.

¹² Dannenfeldt (1985); Schwyzer (2005); Nowosadtko (1994); Gordon-Grube (1988); Herzog (1994); Bergmann (2004), 166-174 und 366-368.

¹³ Groebner (2007), 64-68.

¹⁴ Richardson (1987); Stukenbrock (2001).

¹⁵ Schlich (1998a, 1998b); Bergmann (2004), 19-20 und 110.

Ein 2003 eröffnetes Verfahren gegen von Hagens wegen illegalen Handels mit Leichenteilen wurde mittlerweile eingestellt.

Hier berühren sich historische Bezüge und aktuelle biomedizinische Entwicklungen. Neue Studien des Schweizerischen Nationalfonds rechnen angesichts des andauernden Aufschwungs der neuen Transplantationstechnologien – zwischen 1986 und 2006 wurde alleine in der Schweiz an 7526 Patienten eine Organtransplantation vorgenommen – weiterhin mit schwierigen Verhältnissen bei der Versorgung mit Spenderorganen; 2006 befanden sich 1304 Schweizer Patienten auf der Warteliste für eine solche Operation.¹⁶ In mehreren europäischen Ländern werden vermehrt ökonomische Anreize für Organspender diskutiert. Der, seit den 1980er-Jahren dokumentierte, illegale Handel mit Organen wird von einer ganzen Reihe neuer ethnologischer, juristischer und wissenschaftssoziologischer Studien mit dem Begriff des verkauften Körpers in Zusammenhang gebracht. Nancy Scheper-Hughes hat 2002 hervorgehoben, dass diese Körper und Körperteile, einmal in Transfers mobilisiert, wegen ihrer Herkunft aus Menschenkörpern, zusätzlich zu ihren biologischen Funktionen, eine besondere Stellung einnehmen. Sie seien mit magischen und symbolischen Bedeutungen aufgeladen und verwiesen deshalb einerseits auf die traditionellen religiösen Narrative von Reliquie, Geopfertem (wörtlich: *sacrificium*) und Spenden, andererseits auf bedrohliche Erzählungen von geraubten Körperteilen, gestohlenen Leichen, Hostienschändung, Ritualmord und dem eingesetzten Körperteil eines Fremden, das ein unkontrollierbares Eigenleben entwickelt. Die französische Ethnologin Veronique Vincent-Campion hat 1999 bzw. 2005 den düsteren Szenarios eines expandierenden illegalen Organhandels, die Scheper-Hughes und andere entwerfen, dezidiert widersprochen. Sie teilt allerdings ihre Einschätzung von der fortdauernden Wirkung alter Erzählmotive des menschlichen Körpers als Ware. Durch solche Erzählungen von Bedrohung, Verlust und Verkauf menschlicher Körperteile werde eine gefühlte soziale Bedrohung der eigenen Gruppe in Form von *protest narratives* artikuliert, schließen beide.¹⁷

Am Beginn des 21. Jahrhunderts werden die Grenzen dessen, was angeboten, ge- und verkauft werden kann, unübersehbar neu gezogen. Deutlich wird dabei aber auch, dass in den Beschreibungen dieser neuen Phänomene auf Begriffe und Narrative zurückgegriffen wird, die sehr viel älter sind als Transplantations- und Reproduktionstechniken, Immunsuppressiva und neue Organisationsformen. Diese Geschichten und Praktiken (denn es sind nicht nur bloße Diskurse) reichen mehrere hundert Jahre zurück. Das Reden über verkaufte Körperteile findet in einem historischen Echoraum statt, und dieses Reden ist immer moralisches Reden: Verhandelt wird dabei immer über die – buchstäbliche – unheimliche Doppelung von legitimer, ärztlicher und juristischer mit illegitimer, privater und bedrohlicher Gewalt, die in diesen Geschichten ausgedrückt wird.

Und das bringt mich zu meinem letzten Punkt. Der eigene Körper ist natürlich das, was nur einem allein gehört und was man „ist“. Aber gleichzeitig ist er natürlich auch das, was einen mit anderen Körperinhabern – oder den Inhabern als ähnlich aufgefasster Körper – verbindet. Genau diese Ähnlichkeit und Übertragbarkeit hat aus menschlichen Körperteilen seit Jahr-

¹⁶ Becci et al. (2007).

¹⁷ Schneider (2003); Kliemt (2007); Scheper-Hughes (2002); Vincent-Campion (2005); Campion-Vincent/Scheper-Hughes (2001).

hundertens so besondere und besonders teure Waren gemacht hat, weil sie das Versprechen auf besonders effiziente Heilung und sogar Verjüngung in sich tragen. Das gilt für das Menschenfett der Renaissance, aus dem angeblich besonders hilfreiche Salben gemacht werden können, über die zu Hunderten durchgeführten Hodentransplantationen am Beginn des 20. Jahrhunderts, die müde alte Männer angeblich wunderbar verjüngen konnten (Vorläufer der Frischzellenkuren in teuren Privatkliniken, die sich bis in die 1980er-Jahre gehalten haben), bis zu bestimmten Versprechen der zeitgenössischen Transplantationsmedizin: das 1990 gegründete Netzwerk von europäischen Spezialisten für Verpflanzung von Fötalgewebe, *Network of European CNS Transplantation and Regeneration*, heisst wohl nicht zufällig abgekürzt NECTAR – der Trank der griechischen Mythologie, der den Göttern Unsterblichkeit verliehen hat.

Die Körperteile, in Ware verwandelt, sind buchstäblich mobilisiert: Neuere Studien zu den Organtransplantationen haben gezeigt, dass Organe von Osten nach Westen wandern, von Süden nach Norden; sie gehen von den Jungen zu den Alten; und, statistisch ziemlich signifikant, von den Frauen zu den Männern – die Ersteren spenden überdurchschnittlich häufig Organe, die Letzteren empfangen diese überdurchschnittlich oft. Die verkauften Körperteile folgen sehr realen Macht- und Marktverhältnissen.

Der menschliche Körper als Ware ist heute deshalb zwangsläufig ein politisch und moralisch stark aufgeladenes Thema. Berichte aus diesem Grenzbereich des Ökonomischen schlagen häufig einen aufgeregten Ton an. Jean Ziegler beklagte bereits 1975 die „totale Kommerzialisierung“ des menschlichen Körpers im Westen und den „Aufstieg einer modernen Thanatopraxis“, die mit der Barbarei der Nationalsozialisten vergleichbar sei. In den zahlreichen Publikationen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre ist häufig auf die 1995 publizierte Prognose der UNESCO hingewiesen worden, nach 2000 werde jeder zweite chirurgische Eingriff eine Transplantation von Organen, Zellen und Gewebe sein.¹⁸

Keines dieser Szenarien ist im befürchteten Umfang Wirklichkeit geworden. Der verkaufte Körper hat als erschreckendes Thema aber nichts von seiner starken Wirkung eingebüsst. Davon zeugen nicht nur sehr viele Filme und Kriminalromane; auch Formulierungen wie „Fleischmarkt“ und „body brokers“ bestimmen den Ton und die Überschriften in aktuellen Presseberichten über den internationalen Handel mit Organen in bestimmten Graubereichen. Die gleichen Formulierungen werden verwendet, um über Fälle missbräulich verwendeter Leichen in der westlichen Medizintechnologie zu berichten. Diese Fälle sind teilweise spektakulär; sie reichen von den vielen tausenden Körperteilen, die zwischen 1988 bis 1995 aus dem britischen Kinderkrankenhaus Alder Hey bei Liverpool verkauft wurden, über die 800 Körperteile Verstorbener, die in den Jahren 2004 im Krankenhaus der University of Los Angeles illegal vermarktet wurden, bis zu laufenden Ermittlungen über verseuchte Medikamente und medizinische Präparate aus menschlichem Gewebe – Knochen, Knorpel, Hirnanhangdrüsen, Herzklappen.¹⁹ Der Medizinhistoriker Kausik Sunder Rajan formulierte 2006 in Bezug auf die kommerzialisierte Genforschung, dass sie der menschliche Körper habe sich im Zeitalter der Gentechnik in mehr als einer Hinsicht in „Biocapital“ verwandelt. Der amerikani-

¹⁸ Ziegler (1975), 64-66; Kimbrell (1994), 13; Schneider (1995), 8.

¹⁹ Keller (2007a, 2007b); Cheney (2006).

sche Bestsellerautor Michael Crichton hält mit seinem, im selben Jahr erschienenen Roman *Next* – über Bio-Piraterie und illegalem Verkauf von menschlichem Gewebe – gegen vertraute Metaphern aus der spätmittelalterlichen Eroberung und Kolonialisierung der Welt an. Der technisch erschlossene und kommerzialisierte Körper, schreibt er, sei „das Gold des 21. Jahrhunderts“.²⁰

Die Aufregung über den menschlichen Körper als Ware scheint nicht nur von den technischen Möglichkeiten der modernen Medizin ausgelöst zu werden – jedenfalls nicht ausschließlich. Die damit verknüpften Befürchtungen kommen (wie die meisten Befürchtungen) nicht nur aus der Zukunft. Im Gegenteil: Das Reden über verkaufte Körperteile findet weiterhin in einem historischen Echoraum statt und ist mit Erzählmotiven angereichert, die zum Teil sehr alt sind. Und die alten wie die neuen Erzählungen von den gestohlenen Körperteilen der Jungen und der Armen, die von brutalen Zwischenhändlern verkauft werden, damit mit diesen die müden alten Körper der Reichen wieder geheilt, verjüngt und verschönt werden, spiegelt die ungleichen Lebensbedingungen der Körper. Gleichzeitig zeigen sie, dass uns die wohlhabenden Bewohner des sicheren Westeuropa, mit den Menschen in chinesischen Gefängnissen, brasilianischen Slums und verelendeten moldawischen Dörfern etwas so Konkretes verbindet wie nur möglich: nämlich Nieren und Herzen, Bauchspeicheldrüsen und Hornhäute.

Literatur

- Becci, Paolo/Bondolfi, Alberto/Kostka, Ulrike/Seelmann, Kurt (Hrsg.) (2007): *Die Zukunft der Transplantation von Zellen, Geweben und Organen*. Basel: Schwabe.
- Bergmann, Anna (2004): *Der entseelte Patient*. Berlin: Aufbau Verlag.
- Bröckling, Ulrich (2003): „Menschenökonomie, Humankapital. Eine Kritik der biopolitischen Ökonomie“, in: *Mittelweg 36. Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung* 12(1), S. 1-22.
- Carlen, Louis (1976): „Die Galeerenstrafe in der Schweiz“, in: *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 88, S. 558-590.
- Cheney, Anne (2006): *Body Brokers. Inside America's Underground Trade in Human Remains*. New York: Broadway Books.
- Crichton, Michael (2007): *Next*. München: Blessing.
- Dannenfeldt, Karl (1985): „Egyptian Mumia: The Sixteenth-Century Experience and Debate“, in: *Sixteenth Century Journal* 16, S. 163-180.
- Epstein, Steven (2001): *Speaking of Slavery. Color, Ethnicity, and Human Bondage in Italy*. Ithaca: Cornell University Press.
- Fabre, Cécile (2006): *Whose Body Is It Anyway? Justice and the Integrity of the Person*. Oxford: Oxford University Press.
- Fach, Wolfach/Pates, Rebekka (2007): „Entgrenztes Eigentum. Vom Lebensmittel zum Organhandel“, in: Midell, Mathias/Siegrist, Hannes (Hrsg.): *Entgrenzung des Eigen-*

²⁰ Rajan (2006); Crichton (2007). Siehe dazu auch Crichtons Homepage, <http://www.michaelcrichton.com/>.

- tums in modernen Gesellschaften und Rechtskulturen. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, S. 71-82.
- Fleischhacker, Jochen (2002): „Menschen- und Güterökonomie. Anmerkungen zu Rudolf Goldscheids demoökonomischen Gesellschaftsentwurf“, in: Ash, G. Mitchell (Hrsg.): *Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit*. Wien: WUV Universitätsverlag, S. 207-229.
- Fowler, Kenneth (2001): *Medieval Mercenaries*. Oxford: Oxford University Press.
- Frauenstaedt, Paul (1896): „Zur Geschichte der Galeerenstrafe in Deutschland“, in: *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 16, S. 518-546.
- Fritz, Wolfgang/Mikl-Horke, Gertraude (2007): *Rudolf Goldscheid – Finanzsoziologie und ethische Sozialwissenschaft*. Münster: Lit-Verlag.
- Fuhrer, Rudolf/Eyer, Robert-Peter (2006): *Schweizer in Fremden Diensten. Verherrlicht und verurteilt*. Zürich: NZZ Verlag.
- Furrer, Norbert u.a. (1997): *Gente ferocissima. Literaturübersicht zur Geschichte des Schweizer Söldner und die Hinweise auf die offenen Forschungsfragen*. Zürich: Chronos.
- Gehring, Petra (2006): *Was ist Biomacht?* Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Gordon-Grube Karen (1988): „Anthrophagy in Post-Renaissance Europe: The Tradition of Medical Cannibalism“, in: *American Anthropology* 90, S. 405-409.
- Groebner, Valentin (2007): „Fleisch und Blut, Haut und Haar. Vermarktete Körperteile historisch“, in: *Mittweg 36. Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung* 16, S. 58-73.
- Herzog, Markwart (1994): „Scharfrichterliche Medizin. Zu den Beziehungen zwischen Henker und Arzt, Schafott und Medizin“, in: *Medizinhistorisches Journal* 29, S. 309-331
- Hobbes, Thomas (1996): *Leviathan*. Cambridge/UK: Cambridge University Press.
- Jaggi, Stefan (1999): „Ein Tag im Leben eines Luzerner Söldners“, in: *Der Geschichtsfreund* 152, S. 149-159.
- Kabadayi, M. Erdem/Reichardt, Tobias (Hrsg.) (2007): *Unfreie Arbeit. Ökonomische und kulturgeschichtliche Perspektiven* (= Sklaverei – Knechtschaft – Zwangsarbeit 3). Hildesheim: Olms Verlag.
- Kaiser, Wolfgang (2004): „Négocier la liberté. Missions françaises pour l'échange et le rachat de captifs au Maghreb (XVIIe siècle)“, in: Moatti, Claudia (Hrsg.): *La Mobilité des personnes en Méditerranée, de l'antiquité à l'époque moderne. Modalités de contrôle et documents d'identification*. Roma: École française de Rome, S. 501-528.
- Kaiser, Wolfgang (2006): „Frictions profitables. L'économie de la rançon en Méditerranée occidentale (XVI e-XVIIe siècles)“, in: Cavaciocchi, Simonetta (Hrsg.): *Ricchezza del mare. Ricchezza dal mare, secc. XIII-XVIII*. Bd. 2. Firenze: Le Monnier, S. 689-701.
- Kaiser, Wolfgang (Hrsg.) (2007): *Négociations et transferts. Les intermédiaires dans l'échange et le rachat des captifs en Méditerranée, XVIe-XVIIe siècles*. Roma: École française de Rome.
- Kaiser, Wolfgang (2008): „Why not I? Gewaltökonomie im Mittelmeerraum in der frühen Neuzeit“, in: Guex, Sebastien/Groebner, Valentin/Tanner, Jakob (Hrsg.): *Wirtschaftskriege / Kriegswirtschaft*. Zürich: Chronos Verlag, S. 39-50.
- Karin Stukenbrock (2001): *„Der zerstückelte Körper“*. Zur Sozialgeschichte der anatomischen Sektionen in der frühen Neuzeit (1650-1800). Stuttgart: Klett-Cotta

- Keller, Martina (2007a): „Frische Leichenteile weltweit“, in: *Die Zeit*, 15. Februar 2007.
- Keller, Martina (2007b): „Das dubiose Geschäft mit Leichenteilen“, in: *Tagesanzeiger*, 4. Juli 2007.
- Kimbrell Andrew (1994): *Ersatzteillager Mensch*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Kliemt, Hartmut (2007): „Die Kommodifizierung menschlicher Organe im freiheitlichen Rechtsstaat“, in: Taupitz, Jochen (Hrsg.): *Kommerzialisierung des menschlichen Körpers*. Berlin: Springer Verlag, S. 95-108.
- Kortüm, Hans-Henning (2001): „Der Krieg im Mittelalter als Gegenstand der Historischen Kulturwissenschaften. Versuch einer Annäherung“, in: Kortüm, Hans-Henning (Hrsg.): *Krieg im Mittelalter*. Berlin: Akademie Verlag, S. 13-43.
- Kroener, Bernhard (2000): „Der Soldat als Ware. Kriegsgefangenenschicksale im 16. und 17. Jahrhundert“, in: Duchardt, Heinz/Veit, Patrice/Monnet, Pierre (Hrsg.): *Krieg und Frieden im Übergang vom Mittelalter zur Neuzeit*. Mainz: von Zabern, S. 271-295.
- Langmantel, Valentin (1885): *Hans Schiltpergers Reisebuch (Bibliothek des Literarischen Vereins Stuttgart 172)*. Tübingen: Bibliothek des Literarischen Vereins.
- Lorenz, Maren (2000): *Leibhaftige Vergangenheit. Eine Einführung in die Körpergeschichte*. Tübingen: edition discord.
- MacKee, Sally (2004): „Inherited Status and Slavery in Late Medieval Italy and Venetian Crete“, in: *Past & Present* 182, S. 31-53.
- Nowosadtko Jutta (1994): *Scharfrichter und Abdecker. Der Alltag zweier ‚unehrlicher Berufe‘ in der Frühen Neuzeit*. Paderborn: Schöningh.
- Ostorero Martine (2005): „Les marques du diable sur les corps des sorcières“, in: Bagliani, Agostino Paravicini (Hrsg.): *La pelle umana / The Human Skin*. Firenze: SISMEL, S. 359-388.
- Priesching, Nicole/Steinke, Daniel M. (2007): „Menschen als Ware: Sklaverei in der Frühen Neuzeit im Mittelmeerraum“, in: Exenberger, Andreas/Nussbaumer, Josef (Hrsg.): *Von Menschenhandel und Menschenpreisen. Wert und Bewertung von Menschen im Spiegel der Zeit*. Innsbruck: innsbruck university press, S. 41-55.
- Prietzl, Malte (2006): *Krieg im Mittelalter*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Prietzl, Malte (2006): *Kriegführung im Mittelalter. Handlungen, Erinnerungen, Bedeutungen* (= Krieg in der Geschichte, 32). Paderborn: Schöningh.
- Rajan, Kausik Sunder (2007): *Biocapital. The Constitution of Postgenomic Life*. Durham/NC: Duke University Press.
- Richardson, Ruth (1987): *Death, Dissection and the Destitute*. London: Routledge.
- Sarasin, Philipp (2001): *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.
- Sarasin, Philipp (1999): „Mapping the Body. Körpergeschichte zwischen Politik, Geschichte und Erfahrung“, in: *Historische Anthropologie* 7, S. 437-451.
- Scheper-Hughes, Nancy (2002): „Bodies for Sale – Whole or in Parts“, in: Scheper-Hughes, Nancy/Wacquant Lois (Hrsg.): *Commodifying Bodies*. London: Sage.
- Schlemmer, Ulrich (1983): *Johannes Schiltpberger, Als Sklave im Osmanischen Reich und bei den Tataren, 1394-1427*. Stuttgart: Thienemann, Edition Erdmann.

- Schlich, Thomas (1998a): *Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880-1930)*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Schlich, Thomas (1998b): *Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung*. München: C.H. Beck
- Schlosser, Hans (1986): „Die infamierende Strafe der Galeere“, in: *Festschrift für Hans Thieme zu seinem 80. Geburtstag, herausgegeben von Karl Kroeschell*. Sigmaringen: Thorbecke Verlag, S. 253-263.
- Schneider, Ingrid (1995): *Föten – Der neue medizinische Rohstoff*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Schneider, Ingrid (2003): „Ein Markt für Organe?“ in: Schroth, Ulrich/Vossenkuhl, Wilhelm/Oduncu, Fuat S. (Hrsg.): *Transplantation. Organgewinnung und -allokation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 189-208.
- Schwyzler, Philip (2005): „Mummy is Become Merchandise“, in: MacLean, Gerald (Hrsg.): *Re-Orienting the Renaissance. Cultural Exchange with the East*. Basingstoke: Palgrave MacMillan, S. 66-87.
- Selzer, Stephan (2001): *Deutsche Söldner im Italien des Trecento*. Tübingen: Niemeyer.
- Shatzmiller, Joseph (1996): *Shylock reconsidered. Jews, moneylending, and medieval society*, Berkeley: California University Press.
- Siegrist, Hannes (2007): „Die Propertisierung von Gesellschaft und Kultur. Konstruktion und Institutionalisierung des Eigentums in der Moderne“, in: Midell, Mathias/Siegrist, Hannes (Hrsg.): *Entgrenzung des Eigentums in modernen Gesellschaften und Rechtskulturen*. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, S. 9-34.
- Taupitz, Jochen (2007): *Kommerzialisierung des menschlichen Körpers*. Berlin: Springer Verlag.
- Thomä, Dieter (2006): „Humankapital und die Theorie der Person in der Moderne“, in: Liessmann, Konrad Paul (Hrsg.): *Der Wert des Menschen. An den Grenzen des Humanen*. Wien: Vienna University Press, S. 227-263.
- Ulbrich, Claudia (2006): „Religion und Gewalt, in Michael Heberers: Aegyptica Servitus (1610)“, in: von Greyerz, Kaspar/Siebenhüner, Kim (Hrsg.): *Religion und Gewalt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 85-108.
- Vincent-Campion, Véronique (2005): *Organ Thefts Legends*. Jackson/MS: University Press of Mississippi.
- Vincent-Campion Véronique/Scheper-Hughes, Nancy (2001): „On Organ Theft Narratives“, in: *Current Anthropology* 42, S. 555-558.
- Zelger, Renate (1996): *Teufelsverträge. Märchen, Sage, Schwank, Legende im Spiegel der Rechtsgeschichte*. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Ziegler, Jean (1975): *Les vivants et les morts*. Paris: Fayard.

3 *Über Körper in der historischen Anstaltspsychiatrie*

Das Beispiel der „Irrenanstalt“ Hall in Tirol 1830 – 1855

Maria Heidegger

3.1 **Einleitung und Fragestellung**

Denken wir an Körper in der alten Psychiatrie, drängen sich einschlägige Klischees auf – Bilder von Schattengestalten in Zwangsjacken oder Isolierzellen, Ruhigstellungstechniken unterworfen, auf ungewisse Dauer eingesperrt in angsteinflößenden Verwahrungsorten, wo bürgerliche Ordnungskriterien mit hohen Mauern abgesichert werden. Solche Vorstellungen sind tief verwurzelt. Sie sind zum einen bereits historisches Produkt der „Irrenreformbewegung“¹ im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert, die sich in verschiedenen nationalen Ausprägungen als Sieg der Aufklärung und Humanität in langlebigen Bildern inszenierte und vormoderne Formen der „Irrenfürsorge“ pauschal mit Ketten und Kerkern in Verbindung brachte.² Sie wurden auch von der traditionellen fortschrittsoptimistischen Medizin- und Psychiatriegeschichtsschreibung bedient, welche die von den Helden und Vätern der



¹ Zum gesamteuropäischen Phänomen der „Irrenreformbewegung“ siehe Blasius (1986), 41.

² Vanja (2006).

Psychiatrie durchgesetzten und als wissenschaftlich anerkannten Standards vor der „Negativfolie“³ historischer Zustände im „Irrenhaus“ des alten Stils feierte. Sie verdanken ihre Langlebigkeit aber auch der psychiatriekritischen Perspektive der 1960er- und 1970er-Jahre sowie Vertretern der Sozialdisziplinierungsthese, die dem „Irrenasyl“ einseitig die Funktion der großen Wegsperrung aller die bürgerliche Ordnung bedrohenden Elemente zuschrieben.⁴ Dieser Beitrag versucht nun hinter diesen Vorhang zu blicken und blitzlichtartig einzelne Aspekte der Thematik der Körper in der Psychiatrie anhand des lokalen Beispiels – der 1830 gegründeten *k. k. Provinzial Irrenanstalt Hall in Tirol* – auszuleuchten. Es geht im Folgenden um die beiden miteinander verschränkten Fragen, wie das zeitgenössische ärztliche Personal die Körper der „Irren“ beschrieb und welche an den Körper gerichteten Behandlungstechniken eingesetzt wurden, um Körper und Geist wieder herzustellen. In einem ersten Kapitel werden Größe, Kontext und Handlungsfelder der Haller Anstalt innerhalb des ersten Vierteljahrhunderts ihres Bestehens skizziert, um auf dieser kontextuellen Grundlage in einem zweiten Schritt körperliche Zustandsbilder der „Irren“ anhand einzelner Beispiele zu thematisieren und anschließend die in Hall praktizierten „Kuren des Wahnsinns“ im Rahmen der „modernen“ Anstaltspsychiatrie⁵ darzustellen. Im Brennpunkt einer erweiterten Thematisierung der Anstaltsernährung⁶ können verschiedene Zugänge an die beiden leitenden Fragestellungen gebündelt bzw. zusammengeführt werden. Auf diese Weise eröffnet sich gleichermaßen der Blick auf die Anstalt als Institution und sozialer Raum sowie auf die leidenden Körper. Die Behandlung von Körper und Geist basierte im Untersuchungszeitraum auf einer anthropologisch argumentierenden Psychiatrie⁷, die den Körper als „feste und sichtbare Form“⁸ psychischen Leidens anerkannte. Die psychiatrische Disziplin, die sich mit dem anbrechenden 19. Jahrhundert als medizinisches Fach zu etablieren begann, war sich nämlich zumindest in einer Sache weitgehend einig, nämlich dass Leib und Seele in vielfältiger dynamischer Verbindung zueinanderstünden. Wohl wurde vor dem Hintergrund kontrovers akzentuierter psychiatrisch-philosophischer Positionierungen über die Einzelheiten dieses Leib-Seele-Verhältnisses ein teilweise heftiger Disput geführt,⁹ in der alltäglichen Behandlungspraxis wirkte sich dies jedoch weniger aus. Entscheidend für den erstaunlichen Erfolgsweg der Psychiatrie war, dass sich vor dem Hintergrund der im 18. Jahrhundert entwickelten philosophisch-pädagogischen und anthropologischen Konzeptionen des Menschseins die optimistische Denkmöglichkeit durchsetzte, dass unter Umständen, auf dem Weg einer entsprechenden Behandlung und Einwirkung auf den Körper – gegebenenfalls unter Mitwirkung der gesunden Anteile der Seele – ein erkranktes Gemüt wieder aufgerichtet und geheilt werden könnte.¹⁰ Dieser optimistische

³ Kaufmann (1995), 131.

⁴ Castel (1979) beschreibt am eindrucklichsten die Wegsperrung in die totale Institution des Irrenhauses auf der Grundlage von Foucaults *Wahnsinn und Gesellschaft* (franz. Original 1961).

⁵ Zum Begriff der „modernen“ Anstaltspsychiatrie siehe Fangerau/Nolte (2006).

⁶ Thoms (2005).

⁷ Benzenhöfer (1993).

⁸ Foucault (1969), 308.

⁹ Kutzer (2003), 33.

¹⁰ Kaufmann (1995), 146 spricht in diesem Zusammenhang vom „aufklärerischen Paradigma der Heilbarkeit von Seelenkranken“.

Gedanke oder „Mythos der Heilbarkeit“¹¹ korrelierte erstens mit ökonomisch wie gesellschaftspolitisch motivierten und von der Bürokratie vorangetriebenen Ausbauprojekten psychiatrischer Reformanstalten überall in Europa, wobei die Tiroler Anstalt am Ende einer ersten großen Gründungswelle psychiatrischer Heilanstalten im deutschsprachigen Raum errichtet wurde. Der Heilungsgedanke motivierte zweitens zu unterschiedlichen, auf Heilung oder zumindest Besserung (und nicht nur auf bloße Verwahrung) hinorientierten Behandlungsmethoden, die in der alltäglichen Praxis des „Irrenhauses“ nach individuellem Ermessen und auf Erfahrungsbasis zum Einsatz kamen, ausprobiert und beschrieben wurden.

3.2 Die Anstalt Hall und ihre Patient(inn)en im Untersuchungszeitraum

Die „Irrenanstalt“ in Hall positionierte sich innerhalb der psychiatrischen Landschaft des Kaiserreiches bei ihrer Errichtung in einem aufgelassenen Klostergebäude im September 1830 als „Heilanstalt“ – und nicht als Pflege- und Verwahranstalt. Trotz mehrfacher professionspolitisch motivierter Versuche der Anstaltsdirektoren in den folgenden Jahrzehnten, sie zu einer kombinierten Heil- und Pflegeanstalt auszubauen oder entsprechend neu zu positionieren, blieb die Haller Einrichtung über das 19. Jahrhundert eine, für das gesamte Kronland Tirol konzipierte Spezialanstalt mit einem statuarisch auf „Heilbarkeit“ hinorientierten begrenzten Adressat(inn)enkreis.¹² Die Tiroler „Irrenanstalt“ diente demnach von Anfang an niemals als zentrale Versorgungsinstitution oder gar der Wegsperrung größeren Stils, was auch an ihrer relativ geringen Größe abzulesen ist.¹³ Laut Statuten war sie bis zum Jahre 1845 auf einen Belegstand von durchschnittlich 80, zwischen 40 und 45 Männer und 30 bis 35 Frauen, begrenzt, erst ab diesem Jahr bot sich nach einer Erweiterung um eine sogenannte Tobabteilung Platz für 100 „Irre“.¹⁴

Tabelle 3.1: Status bei Entlassung getrennt nach Geschlecht (1830–1855)¹⁵

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Ohne Angabe
Männer	239 (40%)	115 (19%)	224 (38%)	14 (3%)
Frauen	158 (41%)	78 (20%)	143 (37%)	11 (2%)
Gesamt	397 (40%)	193 (20%)	367 (37%)	25 (3%)

Die nach Geschlecht differenzierte Tabelle 3.1 über den Status der Entlassenen bezieht sich auf die ersten 25 Jahre der Anstalt und wurde anhand der Aufnahmeprotokolle bzw. ältesten

¹¹ Blasius (1994), 19.

¹² Zur Anstaltsgeschichte Halls siehe Klebelsberg (1931), Pantozzi (1989), Redinger (1998), Griebenböck (2007), Heidegger/Seifert (2008a).

¹³ Zur entsprechenden Positionierung der Haller Anstalt innerhalb der historisch-psychiatrischen Landschaft des Kronlandes Tirol vgl. Heidegger/Seifert (2008b).

¹⁴ Zur Entwicklung des Patient(inn)enstandes vgl. Zimmer-Treuherz (1894), 586–592 sowie Griebenböck (2007), 139.

¹⁵ Berechnungen auf der Grundlage des Aufnahmebuches I, Historisches Archiv des PKH Hall.

Aufnahmebuchs im historischen Archiv des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol (zitiert als PKH) berechnet.¹⁶ Es zeigt sich u. a., dass in relativen Zahlen jeweils etwa gleich viele Männer wie Frauen als „geheilt“, „gebessert“ oder „ungeheilt“ entlassen wurden.

In die Haller Anstalt wurden in erster Linie als heilbar erachtete Kranke aufgenommen, erst in zweiter Linie jene „Irre“, die sich in ihrer Umgebung als tatsächlich gefährlich erwiesen hatten. Die Chance auf eine Heilung war nach der vorherrschenden Krankheitslehre umso besser, je rascher die Einweisung in die Anstalt nach Ausbruch der Krankheit erfolgte bzw. je kürzer die Dauer des psychischen Leidens war. Eine diesbezügliche, den Zweck der Anstalt erläuternde Berichterstattung sowie die Publikation der Statuten und Aufnahmekriterien in der Presse, diente einer breitenwirksamen Aufklärung der Öffentlichkeit und zugleich der Vermittlung des Kompetenzanspruches der neuen Anstaltspsychiatrie vor dem Hintergrund der Medikalisierung des Wahnsinns.¹⁷ Die Angehörigen sollten ermuntert werden, ihre „Irenen“ möglichst rasch an die Anstalt abzugeben. Ausschließlich dort, in der „Irrenanstalt“ – so lautete die Botschaft – fern von Misshandlungen oder überzogenem Mitleid, könnte dann eine Heilung des erkrankten Gemüts erreicht werden. Gleichzeitig sollte mit diesem Schritt an die Öffentlichkeit einer allzu großzügigen Einweisungspraxis seitens der Gemeinden Schranken gesetzt werden. Diese erhofften sich nämlich von der Einrichtung der „Irrenanstalt“ eine spürbare finanzielle Entlastung in der Armenfürsorge. Die Prinzipien der „Irrenheilung“ unterlaufend, existierten dann in der Realität jährlich wachsende Vormerk- und Wartelisten, die der Forderung nach einer raschen Einweisung geradezu entgegenstanden. Halls dritter Anstaltsdirektor Josef Stolz (1811–1877) befürchtete dann auch, das „Publicum“ könnte langfristig das Vertrauen in die Anstalt verlieren und sich verstärkt wieder den konkurrierenden Angeboten auf dem Markt psychischer Heilmethoden zuwenden,¹⁸ etwa den „überspannten“ Geistlichen,¹⁹ die mehr Schaden anrichteten als dass sie helfen könnten. Eine Regulation der Bettenauslastung sollte daher nicht nur über eine rigide Aufnahmepolitik, sondern auch über den Weg der Entlassungen erreicht werden. All jene, so lautete die Vorgabe 1830, „welche unheilbar, blöde, und übrigens gänzlich unschädlich werden“, wären unverzüglich zu entlassen, „damit auf andere Weise nach den bestehenden Direktiven für sie gesorgt werde.“²⁰ Bereits sieben Jahre nach Eröffnung bemerkte Halls zweiter Anstaltsdirektor Johann Tschallener (1783–1855) im Tiroler Boten, dass sich unter den insgesamt 74 Kranken, die Ende April 1837 in der Anstalt verblieben waren, nach seiner Einschätzung „33 unheilbare, und wegen ihrer Gefährlichkeit lebenslänglich nicht mehr entlaßbare Irre“ befänden. Damit wäre bereits knapp die Hälfte aller verfügbaren Plätze auf Dauer mit „Veteranen“ besetzt.²¹ An die Adresse der Ständeversammlung richtete er daher im Jahre 1840 eine dringende Forderung nach

¹⁶ Die Grundlage dieser Berechnungen, Patient(inn)endaten in den Aufnahmeprotokollen bzw. Eingangsbüchern, wurden im Rahmen zweier Projekte des Tiroler Wissenschaftsfonds 2005/2006 in eigens dafür entworfene Excel-Dateien eingegeben. Siehe dazu: Taddei (2007).

¹⁷ Vgl. Chmielewski (1999).

¹⁸ PKH, Verwaltungsakten, Materialien/Ausweise 1830–1834/Speisenrechnungen 1831/Instruktionen etc. 1848–1864: Josef Stolz, Stellungnahme zur Aufnahme und der Entlassung der Irren von 1848, fol. 8.

¹⁹ Stolz (1860), 589.

²⁰ Provinzial-Gesetzsammlung (1833), 453.

²¹ Zit. nach Heidegger/Seifert (2008b).

Errichtung eines eigenen „Abnährhauses“ für unheilbar Geistesranke, um die eigentliche „Irrenanstalt“ zu entlasten. Seit der Eröffnung 1830, so Tschallener, wären 65 als „unheilbar“ diagnostizierte Geistesranke „sich, ihren Angehörigen und den Gemeinden zur Last“ entlassen worden.²² Bereits in den ersten Jahrzehnten nach ihrer Eröffnung wurde der schöne Plan einer Heilanstalt demnach von der Wirklichkeit unterlaufen bzw. eingeholt.²³ Den Beweis erbringt der genauere Blick in die Kranken- und Verwaltungsakten des PKH – Quellen, welche bis vor kurzem noch weitgehend unbeachtet blieben. Es belegt, dass sich zwischen den normativen statuarischen Vorgaben und der alltäglichen Praxis der Aufnahmen und Entlassungen ein größerer Graubereich auftat, in dem ein konkurrierendes Nebeneinander medizinischer, gesellschaftspolitischer und karitativer Argumentationsmuster vorherrschte. Im Krankenaktenbestand des PKH lassen sich zahlreiche Belege für die Ausrichtung der Haller Anstalt auf „Heilung“ aber auch genügend Beispiele für eine bloße „Fürsorge“ und „Verwahrung“ finden.²⁴ Ein weiterer Aspekt betrifft die Binnenstruktur der Anstalt. Sie orientierte sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nicht allein und vorrangig an der propagierten Heilfunktion, sondern spiegelte ebenso die ständisch organisierte und gedachte Gesellschaft außerhalb der Anstaltsmauern weitgehend wieder.²⁵ Wobei diese beiden Gesichtspunkte untrennbar miteinander verwoben waren. Die Einteilung der Patient(inn)en nach Verpflegungsklassen, die räumliche Trennung der einzelnen Stände und Geschlechter usw. hatte nämlich, nach Ansicht der Zeitgenossen, auch im Sinne der Heilung zu erfolgen.²⁶ Mit anderen Worten: Eine differenzierte Behandlung nach Geschlecht, finanziellem Hintergrund und Bildungsstand war nicht nur selbstverständlich, sondern galt auch als förderlich und wohltuend im Heilungsprozess, wobei es im Ermessen des Direktors lag, medizinisch indizierte Ausnahmen und Vergünstigungen zu erteilen. Entsprechend der unterschiedlichen sozialen Voraussetzungen der Patient(inn)en waren für die erste Zahlungsklasse täglich 50 Kreuzer, für die zweite Klasse 30 und für die dritte Klasse 15 Kreuzer zu entrichten.²⁷ Die „Insassen“ der ersten und zum Teil auch der zweiten Klasse waren in vielen Bereichen bevorzugt. Sie erhielten unter anderem ein besseres Bett, Bettwäsche, Handtücher, Essgeschirr, etwas Mobiliar und bessere Kost.²⁸ Für „arme Irre“ gab es die Möglichkeit einer Gratisunterbringung in der dritten Klasse.²⁹ Die auf Grundlage des Aufnahmebuchs berechnete Tabelle 3.2 weist auf, wie viele Männer und Frauen im Zeitraum von 1. September 1830 bis 31. August 1855 jeweils nach den drei Verpflegungsklassen untergebracht und versorgt wurden.

²² PKH, Verwaltungsakten 1840, Mappe Patientenangelegenheiten: Johann Tschallener an die hochlöbliche Stände-Versammlung, 16. 5. 1840.

²³ Vanja (2008), 128 macht darauf aufmerksam, dass die Psychatriegeschichte das Wechselspiel zwischen Plan und Wirklichkeit bzw. Wirklichkeit und neuem Plan noch nicht entsprechend erforscht hat.

²⁴ Heidegger/Seifert (2008b).

²⁵ Vgl. Heidegger/Dietrich-Daum (2008).

²⁶ Detailliert dazu die Anstaltsbeschreibung von Tschallener (1842); vgl. auch Roth (1999), 83.

²⁷ Tschallener (1842), 72. Vgl. zur Binnendifferenzierung der Anstalten des 19. Jahrhunderts in Form der Schichtung in Pflegeklassen Stolberg (1996).

²⁸ Zur Ausstattung der „Irrenwohnungen“ nach den verschiedenen Zahlklassen siehe Tschallener (1842), 10 f.

²⁹ Vgl. PKH, Allgemeine Verwaltungsakten 1830–1831, Kundmachung o. D., Nr. 1; sowie Redinger (1998), 38–41.

Tabelle 3.2: *Verpflegungsklassen im Aufnahmezeitraum 1830–1855*³⁰

	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse & gratis	ohne Angabe
Männer	38 (5%)	70 (10%)	572 (83%)	11 (3%)
Frauen	16 (3%)	27 (6%)	410 (89%)	7 (2%)
Gesamt	54 (5%)	97 (8%)	982 (85%)	18 (1%)

Deutlich wird, dass der Großteil aller Patienten, vor allem aber ein Großteil aller Patientinnen, in der untersten Klasse bzw. gratis untergebracht wurde. Eine weitere wesentliche und individuelle Differenzierung wurde entlang des Bildungsstands vorgenommen – so konnten auch in der dritten Klasse gratis verpflegte unbemittelte Kranke mit einem entsprechenden Bildungshintergrund (hauptsächlich Studenten) nach Ermessen des Direktors unter die „Honoratioren“ versetzt bzw. standesgemäß versorgt werden. Zur Unterhaltung dieser Patient(inn)engruppe kam erbauliche Literatur in der Anstaltsbibliothek, der Billardtisch³¹ und vor allem Musik in Frage, während Angehörige der unteren sozialen Schichten den Tag – so sie dazu fähig waren – mit Spinnen, Stricken, Garten- und Feldarbeiten oder in Werkstätten zubrachten. Allerdings war die Arbeit der Psychiatriepatient(inn)en im betrachteten Zeitraum jedoch keinesfalls kostendeckend oder gar gewinnbringend für die Anstalt. Vielmehr galt Arbeit für Angehörige der unteren Gesellschaftsschichten, die zusammen 85% der Anstaltspopulation ausmachten, als probates Anti-Melancholiemittel, als Testfeld für Gesundheit und Beweis einer erzielten Heilung.³² Eine Werkstatt für Tischler, Schuhmacher und Schneider wurde bereits in den ersten Jahren eingerichtet.³³ Mit Arbeitsleistungen waren gewisse Vergünstigungen – etwa eine Extrazuteilung Tabak – und Entlohnungen verknüpft, wobei mitarbeitende Wärter in der Regel ein Drittel des Lohnes behalten durften. Tschallener zufolge befanden sich im Jahre 1842 immerhin Lohnzahlungen von etwas mehr als 112 Gulden für arme „Irre“ in der Depositenkasse.³⁴ Rekonvaleszente Patient(inn)en durften ihr erarbeitetes Taschengeld auch in den Wirtshäusern der Umgebung anlässlich genehmigter Spaziergänge ausgeben.

3.3 Körperliche Zustandsbilder des Irreseins

Wie werden Körper psychiatrisch beschrieben, das Aussehen und Verhalten der Patient(inn)en taxiert und im Kontext des „Irrenhauses“ vor dem Hintergrund der jeweiligen individuellen Krankengeschichte wahrgenommen? Wie werden Körperpraktiken in die Krankenakte eingespeichert bzw. innerhalb des psychiatrischen Fallberichts inszeniert? Zu solchen

³⁰ Berechnungen auf der Grundlage des Aufnahmebuches I, Historisches Archiv des PKH Hall.

³¹ Tschallener (1842), 7.

³² Vanja (2008) merkt zu Recht an, dass zu Arbeit im Alltag historischer Heilanstalten insgesamt noch viel zu wenig geforscht wurde.

³³ Tschallener (1842), 5.

³⁴ Tschallener (1842), 6.

Fragen wurde insgesamt noch wenig geforscht.³⁵ Im Jahre 1849 stellte der junge Arzt Rudolf Leubuscher (1822–1861)³⁶ seinen, anhand von Fallgeschichten erläuterten *Grundzügen zur Pathologie der psychischen Krankheiten* Betrachtungen über die Praxis der psychiatrischen Beobachtung voran. Es wäre geradezu eine Eigentümlichkeit der „Irrenärzte“, so Leubuscher, dass sich „das objektive Erfahrungsmaterial“ mehr als bei den anderen Medizinern in „abstrakten Begriffen“ auflöse.³⁷ Die „psychische Wahrnehmung von einem Andern“ wäre daher nur durch eine „Uebersetzung“ in das eigene Denken möglich.³⁸ Im auf Erkenntnisfortschritt zielenden klinischen Unternehmen käme man daher nicht ohne Abstraktionen aus, was aber vielleicht noch schwerer wiege, nicht ohne Emotion und Anteilnahme. Leubuscher skizziert die besondere Problemlage wie folgt:

„Es wäre allerdings sehr zweckmäßig, wenn man von einem Geisteskranken Alles aufschriebe, was er sagte, aber einmal geht das nicht und dann würde Niemand eine solche Krankengeschichte lesen, denn sie wäre sehr langweilig. Außerdem ist die Vorstellungswelt, die Welt der Begriffe nur eine von den Erscheinungsweisen des psychischen Lebens; Gefühlszustände und Willensantriebe verlangen ebenso gut ihre besondere Betrachtung. Es ist der Vortheil einer sinnlichen Beobachtung, daß sie rein verständig bleiben kann; sie kann kalt abgewogen und hin und wieder betrachtet werden, ohne Betheiligung des eigenen Gemütes. Das geht bei Geisteskrankheiten nicht. Die Vertiefung in ihren Zustand als in ein Objekt der Beobachtung muß eine Art Seele haben; die Vollständigkeit und Deutlichkeit der Beobachtung hängt oft bloß von der Wärme ab, mit der wir den Zustand auffassen. Es bedarf jedenfalls einer erneuten Arbeit des Denkens, sich aus der dunkeln Betheiligung des Gefühls wieder zu erheben, eine Krankengeschichte wissenschaftlich darzustellen und die eigene Betheiligung wieder zu verwischen.“³⁹

Leubuscher, so scheint es, war sich also durchaus darüber klar, dass Krankengeschichten konstruierte Narrative auf der Grundlage sinnlicher Erfahrungen sind, Rekonstruktionen, basierend auf einem Rationalisierungsprozess, auf Verfremdung und Abstraktion. Auf Grundlage von Leubuschers Bemerkungen werden im Folgenden lokale Quellen für die Frage nach der Praxis der psychiatrischen Beobachtung herangezogen. Zunächst bieten sich die im historischen Archiv des PKH aufbewahrten Krankenakten an. Insbesondere die darin enthaltenen, sogenannten „Irrengeschichten“, welche nach der Tradition der *historiae morborum* abgefasst, einen narrativen Bogen über die Ätiologie der Erkrankung, die bisherige Behandlung bis zur Einweisung in die Anstalt sowie zur Anamnese, Diagnose und Prognose bis hin zu Therapie und Verlauf spannen und oftmals zuletzt auch noch einen Sektionsbericht enthalten, also auch noch den toten Körper in den Blick nehmen, der dann die letzte Wahrheit über das Leiden enthüllt.⁴⁰ Zweitens kommen für eine Analyse des psychiatrischen Beobachtens auch jene als lehrreich und bemerkenswert publizierten Krankengeschichten in Frage, bei denen von einem noch höheren Grad der Be- und Weiterverarbeitung der zugrunde liegenden ärztli-

³⁵ Ergebnisse sind zu erwarten von Monika Ankele, die in ihrem Wiener Dissertationsprojekt Krankenakten unter anderem als Zugang zu Körperpraktiken von Psychiatriepatientinnen nutzt. Vgl. Ralsler (2007).

³⁶ Erlanger (1971).

³⁷ Leubuscher (1849), 38.

³⁸ Leubuscher (1849), 40.

³⁹ Leubuscher (1849), 40-41.

⁴⁰ Zur Quellensorte Krankengeschichte siehe: Jütte (1992).

chen Wahrnehmungen von Körper und Körperpraktiken auszugehen ist. Solche klinisch-psychiatrischen Fallgeschichten⁴¹ sind eingebettet in einen wissenschaftlichen oder/und professionspolitischen Kontext; herausgelöst aus dem unmittelbaren psychiatrischen Alltag in der Anstalt – sie basieren aber auf den zuerst genannten unpublizierten Krankengeschichten, über deren Abfassung Tschallener in seiner Anstaltsbeschreibung von 1842 festhält:

„In Bezug auf den wissenschaftlichen Zweig, den der Direktor und Primararzt ebenfalls in das Auge fassen muß, hat er alle in der Anstalt sich ergebenden Fälle lehrreich zu beschreiben, sämtliche in der Anstalt Verstorbene geeignet öffnen, die interessanten Krankheitsfehler anatomisch präparieren, und die pathologischen Präparate für die Anstaltssammlung aufbewahren zu lassen, und endlich dafür zu sorgen, daß für jedes wie immer aus der Anstalt abgefallene Individuum die geeignete und lehrreiche Krankengeschichte der Wahrheit ganz getreu von Zeit zu Zeit, und in kürzester Zeitfrist der hohen k. k. Landesstelle zur Einsicht vorgelegt werde.“⁴²

Unabhängig davon, ob Krankengeschichten nun publiziert wurden, oder lediglich Teil der Krankenakte blieben, Leubuschers Bemerkung, dass die Beobachtung des Geisteskranken „mehr oder weniger das individuelle Gepräge des Arztes“⁴³ trage, der sie gemacht hat, trifft auf jeden Fall zu. Krankenakten sagen selbstredend mehr über den Blick des Beobachters und seinen Ort aus als über die Beobachteten: Sie geben detailreich Auskunft über bürgerlich bewertete, geschlechtsspezifisch codierte Körperauffassungen und erzählen mehr über die Institutionen der Verwahrung und Fürsorge dieser Körper als über die dort Verwahrten.⁴⁴ Einen unmittelbaren Zugang zu den Körpererfahrungen der Psychiatriepatient(inn)en erlauben sie nicht. „Jede Form der Fixierung zeigt etwas und schattet anderes ab“, so formuliert es Gunnar Schmidt in seinem Buch über medizinische Bilder vom Menschen.⁴⁵ Was aber zeigen Krankenakten? Zunächst und vor allem geben sie die diskursiven Muster, die der Wahrnehmung zugrunde liegen, preis. Ob und wie weitgehend „zwischen den Zeilen“ eine patientenzentrierte Perspektive herausgearbeitet werden kann, bleibt zwar eine Ermessensfrage, Krankengeschichten sind aber auf jeden Fall vor ihrem Entstehungshintergrund und ihrer Nutzung im Alltag⁴⁶ interpretierbar. Auf diese Weise erlauben sie Rückschlüsse auf körperliche und psychische Verfassungen der Psychiatriepatient(inn)en und auf deren bisherigen Behandlungs- und Misshandlungserfahrungen. Die beschreibende ärztliche Beobachtung lässt durch die verwendeten narrativen Muster Distanz oder Anteilnahme in unterschiedlichen Graden erkennen und gibt auf diese Weise indirekt Auskunft über ständische, kulturell-sprachliche und geschlechtsspezifische Differenzierungen. Die mittellose Barbara A. aus dem Trentino wurde

⁴¹ Zu dieser Quellensorte vgl. Ralser (2006). Direktor Tschallener publizierte 19 Krankengeschichten in seiner Anstaltsbeschreibung; Direktor Josef Stolz publizierte regelmäßig Fallgeschichten in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und in den Medizinischen Jahrbüchern des österreichischen Staates, so etwa Stolz (1847) und Stolz (1851).

⁴² Tschallener (1842), 58-59.

⁴³ Leubuscher (1849), 41.

⁴⁴ Forster (2007), 38 führt u.a. Beispiele aus psychiatrischen Krankenakten an, in denen „blödsinnige“ Frauen vorzugsweise mit „Schafen“ gleichgesetzt, Männer hingegen als „Böcke“ beschrieben wurden, insbesondere dann, wenn sie öfter onanierten.

⁴⁵ Schmidt (2001), 13.

⁴⁶ Hoffmann-Richter/Finzen (1998), 281.

gratis verpflegt. Anlässlich ihrer Aufnahme beschrieb der Sekundararzt ihren körperlichen wie psychischen Zustand nach den gängigen Mustern wie folgt:

„Bey der ärztlichen Untersuchung ergab sich ein Individuum von mittlerer Größe, abgemagert, sodaß sie kaum stehen noch gehen konnte, kahlkopfig, zahnlos, das rechte Aug mit einem Fell bedeckt, sonst weder am Kopfe noch am übrigen Körper etwas organisch abnormes. Der Blick des einen Auges stier, die Zunge feucht etwas belegt, der Appetit lebhaft, der Unterleib eingefallen, jedoch nicht empfindlich, die Haut rauh, trocken [...] deren Wärme normal, der Puls klein schwach, unregelmäßig, rücksichtlich der Kraft, die Stuhlentleerung flüßig und ging unwillkürlich wo sie lag von ihr; Sie war bei ihrer Ankunft sehr unruhig, schrie und lermte was jedoch mehr ein Heulen zu nennen war fast ununterbrochen fort. Von eigentlicher Sprache war wenig zu merken, Gedächtnis und Geistesschwäche offenbarten sich überall; [...] Sie war nicht im Stande selbst zu essen, mußte daher gefüttert werden.“⁴⁷

Der verschriftlichte ärztliche Blick gibt eine oftmals lang andauernde und traurige Vorgeschichte der Patient(inn)en preis, erzählt von Vernachlässigungen oder gar Misshandlungen des Körpers im häuslichen Umfeld. Ergänzende Dokumente verweisen auf die triste Lage in Gemeindespitälern oder Kerkern.⁴⁸ Deutliche Spuren von vorausgegangenen Misshandlungen seitens des Ehemannes weist der Körper der Dominica B., ebenfalls mittellose Patientin aus dem Trentino, auf:

„Bey der ärztlichen Untersuchung ergab sich: ein starker robuster Körperbau, schmutzige, gelbliche und fahle Gesichtsfarbe [...] der Kopf so wie der ganze Leib voll Ausschlag und Schmutz, auf dem Rücken, den Oberarmen und Schenkeln viele ziemlich breite Supillationen, wahrscheinlich Folgen erlittener Mißhandlung; die Augen tief liegend, glanzlos, deren Blick stier, matt, fernsichtig; die Zunge belegt, der Appetit sehr lebhaft; die Respiration träge; der Unterleib voll, weich, die Leber und Milz frey [...] die Füße an den innern Flächen dem Schenkel besonders nach oben ganz vom Urin aufgefressen, fast brandartig. Sie verbreitete einen unerträglichen Gestank von Urin und Menschenkoth. In ihrem Benehmen war sie äußerst widerspenstig und verwildert, sträubte sich gegen das Bad, jammerte und schrie fortwährend [...]“.⁴⁹

Im krassen Unterschied zu den beiden Patientinnen Barbara A. und Dominica B. fanden in die Anamnese der aus bürgerlichen Verhältnissen stammenden Notburga K. wörtliche Aussagen der Patientin Eingang. Notburga verfügte über eine mit der der Ärzte kompatible Sprache und über den Wunsch, sich mitzuteilen:

„Bey der ärztlichen Untersuchung ergab sich: Ein Individuum von mittlerer Größe, nervösen reizbarer Constitution, mit blassem Aussehen, beweglichen unruhigen Mienen, zeitweise sehr verwirrten Blicke weder am Kopfe noch am übrigen Körper etwas organisch Abnormes bemerkbar. Sie klagte über Hitze und [...] Schwerhörigkeit. [...] In ihrem Tun und Lassen war sie sehr verloren, nahm wenig Interesse an ihrer Umgebung, und schien mehr mit ihrem Innern be-

⁴⁷ PKH, KA Frauen 1832: Barbara A., Irrengeschichte.

⁴⁸ Beispielsweise im Fall des über zwei Jahre in einem dunklen Gemeindeverließ angeketteten „tobsüchtigen“ Epileptikers Anton L., von dem es in der Anamnese heißt: „Sein Körper ist fest gebauet, doch sein Aussehen vielleicht in Folge der schlechten Behandlung, der beständigen Eingesperrtsey in einem traurigen dumpfen Zimmer und der wenig nährenden verdorbenen Kost kachektisch.“ PKH, KA Männer 1835: Anton L., Irrengeschichte.

⁴⁹ PKH, KA Frauen 1832: Dominica B., Irrengeschichte.

schäftiget. Ihr Reden gelassen und ziemlich zusammenhängend. Sie klagte: „Sie scheine sich gar nicht mehr dieselbe, die sie war; es sey ihr, als habe sie die Fehler der ganzen Welt aufgenommen, und taue nicht mehr unter den Menschen; oft durch kreuzen sich ihre Ideen so daß sie nicht mehr denken könne, ganz verwirrt sey, bald diese, bald jene Umgebung sehe.“⁵⁰

Alle drei zitierten Körper- und Zustandsbeschreibungen von Frauen wurden vom selben Sekundararzt angefertigt und stellen geradezu typische Beispiele dafür dar, wie differenziert nach sozialem und kulturellem Hintergrund die Patientinnen wahrgenommen wurden. Nur im letzten Fall sah man offenbar eine Möglichkeit, die Selbstwahrnehmung der Patientin in die Beschreibung mit einfließen zu lassen. Nicht immer war es den Ärzten möglich, das Vorhandensein einer psychischen Krankheit anhand von Äußerlichkeiten und körperlichen Praktiken wie verwirrtes Blicken, Lärmen, Urinieren, Kotschmierern etc. oder – gerade bei Frauen – zer-
raufter Haare festzustellen. Manchmal bedurften die Anamnese und Diagnose einer besonderen, durch Erfahrung geschulten Kompetenz des psychiatrischen Beobachters. Über Bertha H. schreibt der „Irrenarzt“ Johann Tschallener 1842 in den Krankenakt: „Sie läßt zwar in ihr Inneres nicht Jedermann blicken, aber dennoch ist es nicht allzu schwer, ihr Leiden zu errathen u. zu entdecken.“⁵¹ Nicht schwer für jemanden, der – wie Tschallener stets hervorhebt – über Jahrzehnte an einschlägiger Erfahrung verfügt.

3.4 Verköstigung

Beim Thema „Ernährung“ lassen sich die verschiedenen Prinzipien diätetischer und psychisch-moralischer Heilkonzepte geradezu beispielhaft zusammenfügen. Es ging dabei nicht nur um die praktische Dimension der Verköstigung einer stets wachsenden Patient(inn)enpopulation vor dem Hintergrund von Verteuerungen und Mangelernährung. Traditionell wurden Vorgänge der Verdauung des Essens in der Medizin stets hoch bewertet. Fragen nach der Verdauung und noch mehr der Ausscheidung waren im psychiatrischen Alltag so virulent, dass sie im Rahmen der Krankenbeschreibung fallweise eine fast zwanghafte Größenordnung einnahmen. Abgesehen von medizinischen und verwaltungstechnischen Sichtweisen stellte die Ernährung auch prinzipiell und aus der Perspektive verschiedener Akteure ein mehrdimensionales, ein „vielschichtiges Handlungsfeld“⁵² dar. Im Binnenkosmos der Haller Anstalt waren die unterschiedlichen Ebenen der Ernährung entsprechend eng miteinander vernetzt. Mehr noch als in anderen Anstaltstypen war die Kost der Psychiatriepatient(inn)en fixer Bestandteil ihrer diätetischen Behandlung. Aus diesem Grund wurde der mehrfach nach Portionen und Verpflegungsklassen abgestufte Speisenplan auch durch den Direktor in seiner Funktion als Primararzt ordiniert. Es gab fünf Kostkategorien: Die schwache, viertel, drittel, halbe und ganze Portion.⁵³ Des Weiteren wurde über die Ernährungsordnung die „normale“ gesell-

⁵⁰ PKH, KA Frauen 1832: Notburga K., Irrengeschichte.

⁵¹ PKH, KA Frauen 1842: Bertha H., Irrengeschichte.

⁵² Thoms (2005), 12.

⁵³ Siehe Tschallener (1842), 59 zur Verabreichung der Kost und Portionierung.

schaftliche Ordnung bekräftigt, es verbirgt sich also mehr hinter einer Differenzierung nach den drei Verpflegungsklassen, als ökonomisches Kalkül. Die Eintönigkeit der täglichen Kost (kurz zusammengefasst: Frühstückssuppe, Suppe mit Einlage zu Mittag und Suppe zum Abendessen)⁵⁴ war für die Kranken der ersten Klasse durch vergleichsweise teure Lebensmittel wie Salat in Essig und Öl, frische Produkte aus dem Garten sowie Essigkren oder Senf aufgehoben. Sie erhielten auch häufigere und größere Fleischportionen. Braten war im „Irrenhaus“ Herrenspeise, Kochfleisch die Speise der niedrigeren Verpflegungsklassen.⁵⁵ Als Getränke wurden Milch, Wein und Bier gereicht. Kaffee gab es zumindest in den Anfangsjahren nur in wenigen dokumentierten Ausnahmefällen.⁵⁶ Gerade das „Seidel“ Wein oder eine Portion Kaffee zum Frühstück wurden als Privilegien und Belohnungen – für ein Wohlverhalten im bürgerlichen Sinn – bewusst eingesetzt. Ansonsten entschied die Klasseneinteilung darüber, was der Einzelne zu essen bekam. „Der Mensch ist, was er isst“, diese sprichwörtliche Aussage⁵⁷ stimmt auch für den Mikrokosmos des „Irrenhauses“, wo das Essen den Platz in der Binnen-Gesellschaft der Anstalt zuwies⁵⁸, zusätzlich aber auch den Grad des psychischen Leidens und den Erwerb bzw. Verlust sozialer Fähigkeiten dokumentierte. Ernährung diente in der Psychiatrie somit als soziales Erkennungszeichen. Über die kulturelle Praxis des Essens konnte eine rasche Einordnung innerhalb des weiten Spektrums des „Irrenseins“, das nach den gängigen Krankheitslehren von einer leichten melancholischen Verstimmung über „Narrheit“ bis hin zu „Blödsinn“ reichen konnte, vorgenommen werden. Die Einnahme der Speisen im Speiseraum und damit in Gesellschaft galt in vielen Fällen bereits als markantes Orientierungszeichen der Besserung. Umgekehrt wurde das beharrliche Verlangen der jüdischen Patientin Bertha H., sich trotz Dispenses von Seiten des Rabbiners koscher zu ernähren, zumindest anfänglich als pathologisch und eigensinnig ausgelegt.⁵⁹

3.5 Behandlungstechniken am Körper – Kuren des Wahnsinns

Eine prinzipielle Trennung in körperliche und seelische Phänomene war den „Irrenärzten“ bis um die Mitte des 19. Jahrhunderts fremd. In therapeutisch-medizinischer Hinsicht wurde daher mehrschichtig und schrittweise vorgegangen. Erst einmal musste die Grundversorgung gesichert werden. Insbesondere in Fällen krasser Vernachlässigung, wie in den oben zitierten Fällen aus dem Trentino, waren auch hygienische Erste-Hilfe-Maßnahmen zu treffen. Der Wundarzt hatte Eiterzähne zu entfernen oder Brüche einzurichten, Krätze und andere Hautausschläge mussten behandelt werden. Als Nächstes verabreichte man Mittel, meist pflanzlicher Art, gegen die körperlichen Grundlagen der Seelenverstimmung, die meist – bei Frauen vorzugsweise – im Unterleib lokalisiert wurden, um auf dieser Grundlage weitere Therapien

⁵⁴ Siehe Heidegger (2008) zur Verköstigung in der „Irrenanstalt“ während des 19. Jahrhunderts.

⁵⁵ Vgl. Teuteberg (2005), 97.

⁵⁶ Kaffee statt Suppe bedeutete in bäuerlichen Haushalten Mehrausgaben. Vgl. Sandgruber (1986), 86.

⁵⁷ Vgl. Tanner (1996) zur Geschichte dieses Ausspruches des materialistischen Philosophen Ludwig Feuerbach.

⁵⁸ Diese Formulierung in Anlehnung an Tanner (1996), 404.

⁵⁹ PKH, KA Frauen 1842: Bertha H., Irrengeschichte.

einzuweisen, wobei neben medikamentöser Behandlung auch psychisch bzw. „moralisch“ auf die Patient(inn)en eingewirkt werden sollte. Gegen Ende des Untersuchungszeitraums veränderten sich – nicht nur in Hall, hier jedoch im internationalen Vergleich bereits relativ früh⁶⁰ – die Behandlungsparadigmen, schrittweise wurde die psychische Behandlung auf der Grundlage von Zwangsmaßnahmen reduziert und durch Isolierzellen und vermehrten Medikamenteneinsatz ersetzt. Zudem wurde das in den ersten Jahrzehnten vorherrschende paternalistisch-familienartige Anstaltsmodell immer mehr von einem nüchternen Klinikmodell verdrängt. Der Wahnsinn wurde nach verwissenschaftlichten Kriterien immer feiner differenziert und auf der Grundlage empirischer Studien diagnostiziert, während in den ersten beiden Jahrzehnten eine möglichst zeitintensive und vor allem individualisierte Behandlung als therapeutisches Mittel angesehen wurde, um „Irre“ mit Hilfe psychisch-pädagogischer Kurmethoden mittels Ermunterungen und Strafen wieder herzustellen. Diagnostische Fortschritte in der Psychiatrie verdrängten nach und nach den anfänglich vertretenen und professionspolitisch auch opportunen Heiloptimismus.⁶¹ Es wäre zu kurz gegriffen, die jeweiligen therapeutischen Ansätze und Eingriffe am Körper der „Irren“ paradigmatisch mit den beiden ärztlichen Direktoren der Anstalt, Johann Tschallener und Josef Stolz, zu verbinden, welche beide die Tiroler Psychiatrie bis weit in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts prägten.⁶² Denn prinzipiell waren deren jeweilige Behandlungsmethoden am Körper der „Irren“ gar nicht so unterschiedlich. In der Rückschau stellte Stolz jedoch seinem Vorgänger Tschallener, unter dem er selbst als Wund- und Sekundararzt gearbeitet hatte, ein zweifelhaftes Zeugnis aus. Er, Tschallener, wäre ein „guter practischer Arzt und ein rechtschaffener, unbeugsamer, herrschsüchtiger Charakter“ gewesen, „aber ohne alle Vorbildung in Psychiatrie“:

„Seine Ansicht über Geistesstörungen war ein unklar gedachtes Gemenge von Spiritualismus und Materialismus [...]. In dem grösseren Theile der Geisteskranken erblickte Tschallener weniger körperlich Kranke, als geistig Verirrte, welche er nach Umständen bald mit verschwenderischer Milde, bald mit der härtesten Strenge zu beherrschen und zu bessern suchte. Directer Zwang zur Umkehr zur Vernünftigkeit und mechanische Beschränkung, bis zu absichtlichen Peinlichkeit gesteigert, bildete die practische Verirrung seiner fehlerhaften Ansichten.“⁶³

Der solchermaßen charakterisierte Johann Tschallener hatte 1842 selbst ausführlich die Grundsätze seiner „Irrenbehandlung“ dargelegt. Angelehnt an Jean-Etienne Esquirol (1772–1840), dessen einflussreiche Abhandlung *Des maladies mentales* bereits 1838 in deutscher Übersetzung erschien, konzipierte er sie analog zu zeitgenössischen Ansichten über Kindererziehung. Mit Bezug auf Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836), der zu seiner Zeit zu den meist gelesenen deutschen Ärzten zählte, brachte Tschallener die Maxime irrenärztlichen Handelns wie folgt auf den Punkt: „Die psychische Kur des Wahnsinns ist nichts anders, als die Erziehungskunst (Pädagogik) auf den Wahnsinn angewendet, und die nämlichen Regeln

⁶⁰ Geduldig (1975), 74–78.

⁶¹ Vgl. zu den Behandlungsgrundsätzen und dem Menschenbild in der „alten Psychiatrie“ Kutzer (1999).

⁶² Ausgeklammert aus dieser Annäherung bleibt der erste Anstaltsdirektor Anton Pascoli, der 1834 seines Amtes enthoben und von Tschallener abgelöst wurde. Siehe dazu: Heidegger/Seifert (2008a).

⁶³ Stolz (1868), 522.

und Mittel jeder Erziehung sind es auch hier.⁶⁴ Josef Stolz, der die Anstaltsleitung 1854 übernahm, distanzierte sich von dieser pädagogischen Ausrichtung. Anders als sein Vorgänger verstand er sich nicht mehr als Psychagoge in väterlicher Position gegenüber der großen Anstaltsfamilie, zu der die „Irren“ ebenso wie das ärztliche Personal, Verwalter, Portier, Kaplan und das Wärterpersonal gezählt wurden. Weit nüchterner formulierte er die Leitsätze des Arzt-Patienten-Verhältnisses neu. Zu den modernen Grundsätzen zählte erstens die praktische und im internationalen Vergleich frühe Umsetzung des *Non restraint* in Hall ab 1855,⁶⁵ zweitens eine fundierte und einschlägig wissenschaftliche Ausbildung zum psychiatrischen Arzt. Jahrzehnte an ausgewiesener Erfahrung mit dem Wahnsinn in all seinen Schattierungen allein galten für die neue Generation von „Irrenärzten“ nicht mehr als ausreichend. Die Psychiatrie hatte sich rasch und umfassend professionalisiert.

Zur bevorzugten Anwendung in Hall kam ein ganzes Set an diätetischen und pädagogischen Maßnahmen – wie geordneter Tagesablauf und geregelte Ernährung, Isolation und Gesellschaft, aufheitende Beschäftigung und Arbeit, Belohnung und Strafe, Musik und religiöser Unterricht.⁶⁶ Die verschiedenen, während des Untersuchungszeitraums angewandten Kuren und Heilmittel waren zu einem beträchtlichen Teil noch dem Humoralprinzip der hippokratischen Medizin geschuldet und hatten demnach eine Jahrhunderte alte Tradition außerhalb der modernen Anstaltspsychiatrie.⁶⁷ Neu und modern war hingegen die Anstalt selbst, ja – sie galt als die eigentlich wirksamste Heilmethode. Esquirol, einer der Gründerväter der „modernen“ Anstaltspsychiatrie formulierte es so: „Die Irrenanstalt soll ein Mittel zur Heilung von Geisteskrankheiten sein.“⁶⁸ Bereits zuvor angewandte Kuren unterschiedlicher Provenienz, etwa auch auf der Grundlage der antiken Säftelehre, wurden nun in die Anstalt verlegt und dort von Fall zu Fall verschieden angewandt bzw. ausprobiert. Neu hinzu kam die so genannte psychische Heilmethode. In Summe kamen verschiedene Techniken zur Konsolidierung und Reinigung in Frage,⁶⁹ Spaziergänge und Musik, allerhand Ableitungstechniken zur Wiederherstellung eines gestörten Gleichgewichts der Körpersäfte. Dazu zählten nicht nur Abführmittel oder die in großer Zahl eingesetzten Blutelgel, sondern auch absichtlich angebrachte Verwundungen, insbesondere eine Salbe, die – meist am Schädel aufgetragen – zu eitriger Pustelbildung führte und somit Austrittszonen eröffnete. Zur Anwendung kamen ebenso Medikamente wie Opium und weitere pflanzliche Präparate, etwa Baldrian und Melisse. Die Heftigkeit der kalten Sturzdusche wurde benützt, um Tobende rasch zur Besinnung zu bringen, warme Bäder und Fußbäder mit oder ohne Zusätze zur Besänftigung und Linderung von

⁶⁴ Tschallener (1842), 77.

⁶⁵ Im Detail dazu Stolz (1868). Sammet (2003), 99 gibt zu Recht zu bedenken, dass es nicht nur eine Geschichte des *Non restraint* gibt, sondern mehrere – die Geschichte psychiatrischen Zwangs ist mehrschichtig und nicht auf Basis einer dichotomen Sicht in „gut“ und „böse“ einzuteilen.

⁶⁶ Roth (1999), 23-24.

⁶⁷ Zu den Krankheitspanoramen der frühneuzeitlichen Medizin bezüglich Geisteskrankheiten vgl. insbesondere Kutzer (1998), umfassend zu Mittelalter und Antike Leibbrand/Wettley (1961), gegen eine Überbetonung ärztlicher Konzepte und eine damit einhergehende Vernachlässigung anderer Formen des Umgangs mit psychisch Kranken in der frühen Neuzeit Watzka (2003) mit weiteren Literaturangaben.

⁶⁸ Jean-Etienne Esquirol wurde von seinen Nachfolgern in diesem Sinne immer wieder zitiert, so etwa bei: Levinstein-Schlegel (1892), 985.

⁶⁹ Foucault (1969), 308-315.

Schmerzen. An beschränkenden Mitteln, die nicht nur Strafcharakter hatten, sondern auch im psychisch-pädagogischen Sinne selbstregulierend wirken sollten, kam vor allem die Zwangsweste in Frage, der Zwangsstuhl offenbar nur in hartnäckigen Fällen bzw. bei künstlicher Fütterung. Eine Drehmaschine, die „Irre“ bis zur Bewusstlosigkeit bringen konnte, schien zwar in den ersten Jahren zum Inventar der Anstalt gezählt zu haben (sie benötigte ein eigenes Zimmer), bislang konnte aber noch nicht nachgewiesen werden, ob sie denn auch ein einziges Mal tatsächlich zum Einsatz kam. Das Mundeisen, welches lärmende „Irre“ am Schreien hindern sollte, wurde bereits 1834, also nur wenige Jahre nach Gründung der Anstalt, von der zuständigen Landessanitätsbehörde aus humanitären Gründen verboten.⁷⁰ Zu den psychischen Kurmethoden gehörte auch eine möglichst geregelte Arbeit – Frauen waren mit Tätigkeiten im Inneren beschäftigt, mit Handarbeiten und Spinnen, Männer vorzüglich in der Werkstatt und mit Gartenarbeiten. „Irre“ mit einem höheren Bildungsstand wurden – wie bereits angeführt – angemessen beschäftigt. Der Billard- und Kartentisch und die kleine Anstaltsbibliothek, Gesangsunterricht und gesellige Unterhaltungen dienten der Ablenkung und Erheiterung.⁷¹ Die sogenannten „Irrenprotokolle“ oder Ordinationszettel geben auf vorgedruckten Formularen über den Zustand und über die angewandten Therapien Tag für Tag und Monat für Monat detailliert Auskunft. Sie sind jener Teil der Krankenakte, der weit weniger narrative Elemente als die Krankengeschichte enthält und zu einem Großteil aus monotonen Wiederholungen und stichwortartigen, lapidaren Bemerkungen besteht. Wir erfahren beispielsweise über die Behandlung der Therese B., dass sie keine „Arznei“ erhielt, den Spenzer (Zwangsweste) jedoch gleich zu Beginn und dass sie ihn auch über die ganze Zeit anbehalten musste, dass Blutegel zum Einsatz kamen und auch der einigermaßen erfolgreiche Versuch gemacht wurde, die Patientin bei gutem Wetter ins Freie zu lassen. Wörtlich lesen wir dann im Irrenprotokoll des letzten Monats: „Am 20. April jammerte sie wohl etwas mehr als gewöhnlich, war jedoch williger wie sonst, das dauerte bis Nachts um 2 Uhr, da wurde sie plötzlich stille, und starb.“⁷² Ein zweites, konträr gelagertes Beispiel betrifft die Therapie des Franz G., eines Theologiestudenten, der zum Bedauern des Arztes alle Liebe zur Wissenschaft verloren hatte. Über seine Therapie wurde wie folgt im Irrenprotokoll berichtet: „Von psychischer Seite wirkte man auf ihn durch die große Freude, zeitweise ausgehen zu dürfen nach Hall, Volders, Thauer Wald etc etc“, im Februar 1835, nach dem Wechsel der Anstaltsleitung, fügte der Sekundararzt hinzu: „Vortrefflich wirkte auf ihn die Güte von H. H. Director, der ihn oft zu häuslichen Unterhaltungen zog, oft ausgehen ließ, und so G.s Seele regulierte.“⁷³

In der Irrenanstalt der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde folglich nach individuellen Maßstäben therapiert und behandelt – und dabei auf verschiedene komplexe und heterogene „irrenärztliche“ Theorien und Körperkonzepte zurückgegriffen. Man kann von einem Nebeneinander humoralpathologischer Auffassungen, medikamentöser Beeinflussung und „psychi-

⁷⁰ Heidegger/Seifert (2008a), 73.

⁷¹ Zum gedeihlichen Einsatz von Gesellschaftsspielen aus zeitgenössischer medizinischer Perspektive vgl. Mekarski (1833).

⁷² PKH, KA Frauen 1831: Therese B., Irrenprotokoll.

⁷³ PKH, KA Männer 1835: Franz G., Irrenprotokoll.

scher“ Kurmethoden ausgehen. Aus der Perspektive des Anstaltsalltags wäre es gar nicht zweckmäßig gewesen, ein einzig gültiges Behandlungsprinzip an alle, so individuell eingetragene und sozial so verschieden klassifizierte „Irre“ anzuwenden. Und so bemühte man sich, um ein letztes Beispiel anzuführen, entsprechend dieser Vorgaben um die Therapie des in der ersten Verpflegungsklasse untergebrachten Johann M.:

„Man gab sich alle ordentliche Mühe, Herrn von M[...] anfangs nie allein zu belassen, ihm herzlichste Theilnahme zu beweisen, ihn zu trösten, zu belehren und ihm den hisigen Aufenthalt möglichst angenehm zu machen. Daher vertrieb man ihm stets die Zeit durch Billardspiel, Kegelscheiben, Promenaden in und außer der Anstalt, Schachspiel, zog ihn zu geselligen Unterhaltungen in den Zirkel der Beamten der Anstalt, verschaffte ihm passende Lectüre, worunter Kirchengeschichte und das vortreffliche Buch der Stunden der Andacht, worin er das hie und da Anstößige selbst bestens zu sondern wußte, einen ungemein wohlthätigen Einfluß auf ihn machte, ließ ihn Theil nehmen an allen Gottesdienstlichen Uibungen und beschäftigte ihn auf diese Art ohne Unterlaß.“⁷⁴

3.6 Ausblick: Körper – Markt – Psychiatrie

„Da eine ziemlich kleine Anstalt in einer nicht sehr bevölkerten Umgebung keinen weiten Spielraum der Beobachtung zu gewähren vermag [...]“⁷⁵ – mit einer solchen Einschränkung bezüglich brauchbaren „Beobachtungsmaterials“ für fundierte wissenschaftliche Aussagen, beteiligte sich Josef Stolz am Ende des Untersuchungszeitraums am psychiatrischen Fachdiskurs. Damals war Stolz noch nicht Anstaltsleiter, sondern ambitionierter Jungarzt, der sich gezielt auf eine Karriere als Psychiater vorbereitete. Vor dem Hintergrund der Etablierung der psychiatrischen Disziplin – und zwar als naturwissenschaftliche medizinisch-klinische Teildisziplin, die sich von der philosophischen Transzendenz bzw. ihren eigenen Wurzeln zunehmend gelöst hatte, stellte die geringe Größe der Haller Einrichtung also ein gewisses Marktproblem dar. Oder aber auch nicht – bezog man die naturräumlichen und sozialen Besonderheiten der Umwelt, ihre kontextuelle Einbettung, in die Überlegungen mit ein. Dann wären, so Stolz, besondere Erkenntnisse für die psychiatrische Wissenschaft gerade aus dem beschränkten lokalen Beobachtungsfeld zu gewinnen – und zwar deshalb, weil „die Bewohner unseres rauhen und abgeschlossenen Gebirgslandes in ihren physischen, religiösen und sozialen Verhältnissen so manche Eigenthümlichkeit“ darböten und sich „gerade darin bedeutend von den Bewohnern des Flachlandes und grosser volkreicher Städte unterscheiden“.⁷⁶ Man könnte im Hinblick auf das übergeordnete Thema dieses Bandes geradezu von einem Marktvorteil des Standortes Hall sprechen, der sich diesen „Eigenthümlichkeiten“ des Tiroler „Patientengutes“ verdankte, um eines unserer zeitgenössischen Unwörter zu verwenden. Gerade an diesem Ort, so die Zuversicht des Psychiaters um die Jahrhundertmitte, ließen sich gewisse Krankheiten der Seele besonders gut, gleichsam wie in einer speziellen Versuchsein-

⁷⁴ PKH, KA Männer 1834: Johann M., Irrengeschichte.

⁷⁵ Stolz (1851), 517.

⁷⁶ Stolz (1851), 518.

richtung studieren. Und zwar durch naturwissenschaftliche Methoden, eine aufmerksame, klinische Beobachtung des Körpers als der „nackten Tatsache“, naturwissenschaftlicher und objektiver Beschreibungsstoff, dessen Vorhandensein als Material der Naturforschung gesichert sein musste. Diese Methode beruhte wesentlich auf der Grundlage „historischer“ Kenntnisse, die aus den gesammelten täglichen Erfahrungen bzw. der „sinnlichen Beobachtung“ entspringen sollten.⁷⁷ Die Zuverlässigkeit des ärztlichen Blicks wurde jedoch in der Folgezeit kaum noch angezweifelt und auch nicht mehr, wie bei Leubuscher, emotionales Einfühlungsvermögen der psychiatrischen Beschreibung geradezu vorausgesetzt. In den Worten Michel Foucaults: „Der Raum der Erfahrung scheint mit dem Bereich des aufmerksamen Blicks identisch zu werden, mit dem Bereich jener empirischen Wachsamkeit, die nur für die Erscheinung sichtbarer Inhalte offen ist.“⁷⁸

Da es nun aber angesichts der asymmetrischen Beziehungen innerhalb der Psychiatrie für die Patient(inn)en selbst ebenso wie auch für all die anderen „kleinen Leute“ außerhalb der Anstaltsmauern wenig Möglichkeiten gab, ihre Erfahrungen des Körpers und psychischen Leidens entsprechend zu artikulieren und zu vermitteln,⁷⁹ bleiben wir mit unserem Blick auf die Körper in der Psychiatrie naturgemäß auf diesem einen Auge weitgehend blind. Jeglicher Versuch, psychische Leiderfahrungen im ethnografischen Sinne behutsam zu beschreiben, kommt einem „Seiltanz“⁸⁰ zwischen dem Grundsatz der Historizität des Körpers und der gleichzeitigen Annahme einer Konstanz psychischen und psychosomatischen Krankheitserlebens gleich. Das Wagnis dieses „Seiltanzes“ könnte aber nicht nur für eine Geschichte des *patient's view* neue Erkenntnisse zeitigen. Durch behutsame und quellenkritische Interpretation der Krankengeschichten könnten durchaus bruchstückhafte Einsichten in eine „leibhaftige Vergangenheit“⁸¹ oder „verkörperte Erfahrung“⁸², in eine Patientengeschichte oder in eine Geschichte des Inneren gewonnen werden. Ähnliches würde aber auch für die Innensichten des ärztlichen und pflegerischen Personals gelten, die auf ähnlich ethnografisch dicht beschreibende Weise erst ausgeleuchtet werden müsste,⁸³ mitsamt den Zweifeln, Konflikten, Gefühlen von Macht und Ohnmacht angesichts menschlichen Leids.

Literatur

Benzenhöfer, Udo (1993): *Psychiatrie und Anthropologie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart: Guido Pressler Verlag.

⁷⁷ Auf diese Weise begründete etwa Rudolf Virchow (1821–1902) im Umfeld der Märzrevolution die naturwissenschaftliche Methode. Siehe: Virchow (1849), 7-9.

⁷⁸ Foucault (1973), 11.

⁷⁹ Forster (2007) unternimmt gleichwohl einen bemerkenswerten Versuch, auf der Grundlage der Krankenakten Wahrnehmungsmodelle von psychisch Erkrankten zu rekonstruieren.

⁸⁰ Ritzmann (2001).

⁸¹ Lorenz (2000).

⁸² Nolte (2004), 273.

⁸³ Vanja (2008), 128 plädiert dafür, nach Jahren der grundsätzlicher Psychiatriekritik, „die Anstrengungen des Personals“ wieder ernster zu nehmen.

- Blasius, Dirk (1986): *Umgang mit Unheilbarem. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Blasius, Dirk (1994): „Einfache Seelenstörung“. *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Castel, Robert (1979): *Die psychiatrische Ordnung. Das Goldene Zeitalter des Irrenwesens*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Chmielewski, Alexandra (1999): „Auf dem Weg zum Experten. Die Herausbildung des psychiatrischen Berufsstandes in Süddeutschland (1800 bis 1860)“, in: Berding, Helmut/Klippel, Diethelm/Lottes, Günther (Hrsg.): *Kriminalität und abweichendes Verhalten: Deutschland im 18. und 19. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht, S. 105-140.
- Erlanger, Albert (1971): *Der Psychiater Rudolf Leubuscher* (medizinische Dissertation). Zürich: Juris.
- Fangerau, Heiner/Nolte, Karen (Hrsg.) (2006): „„Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik“, in: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, Beiheft 26, Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Forster, Ellinor (2007): „Soziale Repräsentationen von psychischer Krankheit. Ein Vergleich der Vorstellungssysteme von Ärzten und Laien 1830-1850“, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 6, S. 25-53.
- Foucault, Michel (1969): *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel (1973): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Carl Hanser Verlag.
- Geduldig, Cordula (1975): *Die Behandlung von Geisteskranken ohne physischen Zwang. Die Rezeption des Non-Restraint im deutschen Sprachgebiet* (medizinische Dissertation). Zürich: aku-Fotodruck.
- Grießenböck, Angela (2007): „Die ‚Landes-Irrenanstalt Hall in Tirol‘. Eine vergleichende Darstellung mit der ‚Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz‘ (Zeitraum von 1830 bis 1912)“, in: *Tiroler Heimat* 71, S. 131-156.
- Heidegger, Maria (2008): „Ernährung in der psychiatrischen Anstalt. Quellenbefunde am Beispiel der ‚Irrenanstalt‘ Hall in Tirol, 1830–1914“, in: *Histoire des Alpes – Storia delle Alpi – Geschichte der Alpen* 13, S. 227-244.
- Heidegger, Maria/Dietrich-Daum, Elisabeth (2008): „Die k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz – eine totale Institution?“, in: Scheutz, Martin (Hrsg.): *Totale Institutionen* (= Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit, 8, 1), S. 68-85.
- Heidegger, Maria/Seifert, Oliver (2008a): „Ein soziales Drama im ‚Irrenhaus‘: Hall im Jahre 1834“, in: Watzka, Carlos/Chahrouh, Marcel (Hrsg.): *Vor Freud. Therapeutik der Seele vom 18. bis zum 20. Jahrhundert*. Wien: Verlagshaus der Ärzte, S. 65-87.
- Heidegger, Maria/Seifert, Oliver (2008b): „Nun ist aber der Zweck einer Irrenanstalt Heilung ...“. Zur Positionierung des ‚Irrenhauses‘ innerhalb der psychiatrischen Landschaft Tirols im 19. und frühen 20. Jahrhundert“, in: Dietrich-Daum, Elisabeth/Grandi, Casimira/Taiani, Rodolfo (Hrsg.): *Psychiatrische Landschaften* (= Geschichte und Region/Storia e regione 18, 2) [im Erscheinen].

- Hoffmann-Richter, Ulrike/Finzen, Asmus (1998): „Zur Nutzung der Krankengeschichte als Quelle für Wissenschaft und psychiatrischen Alltag“, in: *BIOS* 11(2), S. 280-297.
- Jütte, Robert (1992): „Vom medizinischen Casus zur Kranken-Geschichte“, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 15. S. 50-52.
- Kaufmann, Doris (1995): *Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Kleblsberg, Ernst (1931): „Zur Geschichte der Fürsorge von Geisteskranken in Tirol“, in: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 33(26), S. 317-320 (Teil 1) und 33(27), S. 331-332 (Teil 2).
- Kutzer, Michael (1999): „Die therapeutischen Intentionen in der Irrenanstalt des 19. Jahrhunderts. Das Beispiel ‚Kloster Eberbach‘ (1815–1849)“, in: Vanja, Christina/Haas, Stefan et al. (Hrsg.): *Wissen und Irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg*. Kassel: Landeswohlfahrtsverband Hessen, S. 46-59.
- Kutzer, Michael (2003): „‚Psychiker‘ und ‚Somatiker‘ – ‚Somatiker‘ als ‚Psychiker‘: Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien, in: Engstrom, Eric J./Roelcke, Volker (Hrsg.): *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*. Mainz: Akademie der Wissenschaften und der Literatur, S. 27-47.
- Leibbrand, Werner/Wettley Annemarie (1961): *Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie*. Freiburg: Verlag Carl Alber.
- Leubuscher, Rudolf (1849): „Grundzüge zur Pathologie der psychischen Krankheiten, erläutert an Krankengeschichten“, in: Virchow, Rudolf/Reinhardt Benno (Hrsg.): *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, Band 2. Berlin: G. Reimer, S. 38-142.
- Levinstein-Schlegel, Willibald (1892): *Wilhelm Griesingers Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende*. 5. Auflage, Berlin: August Hirschwald Verlag.
- Lorenz, Maren (2000): *Leibhaftige Vergangenheit. Einführung in die Körpergeschichte*. Tübingen: Edition diskord.
- Mekarski, Victor (1833): „Einige Worte über gesellige Unterhaltungen“, in: *Populäre Oesterreichische Gesundheits-Zeitung zur Warnung für Nichtkranke und zum Troste für Leidende* 19 (6. März 1833), S. 73-75.
- Nolte, Karen (2004): „Die Erfahrung ‚zwischen den Zeilen‘. Eine patientenzentrierte Perspektive als eine andere Geschichte?“, in: Bos, Marguérite/Vincenz, Bettina/Wirz, Tanja (Hrsg.): *Erfahrung: Alles nur Diskurs? Zur Verwendung des Erfahrungsbegriffs in der Geschlechtergeschichte*. Zürich: Chronos, S. 273-281.
- Pantozzi, Giuseppe (1989): *Die brennende Frage. Zur Geschichte der Psychiatrie in den Gebieten von Bozen und Trient (1830–1942)*. Bozen: Autonome Provinz Bozen-Südtirol.
- Provinzial-Gesetzsammlung (1833): *Provinzial-Gesetzsammlung von Tirol und Vorarlberg für das Jahr 1830*. Hrsg. auf allerhöchsten Befehl unter der Aufsicht des k. k. Guberniums für Tirol und Vorarlberg, Band 17, Innsbruck.
- Ralsler, Michaela (2006): „Der Fall und seine Geschichte. Die klinisch psychiatrische Fallgeschichte als Narration an der Schwelle“, in: Höcker, Arne/Moser, Jeannie/Weber, Phi-

- lippe (Hrsg.): *Wissen. Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften*. Bielefeld: Transcript Verlag, S. 115-126.
- Ralser, Michaela (2007): „Tagungsbericht Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall. 17.05.2007–19.05.2007, Berlin“, in: H-Soz-u-Kult 10.06.2007, <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1602> (Zugriff am 2. Juni 2008).
- Redinger, Thomas (1998): *Geschichte der psychiatrischen Disziplin. Die „Irrenanstalt“ von Hall in Tirol (1830-1882)*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Innsbruck.
- Roth, Angela (1999): *Würdig einer liebevollen Pflege. Die württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert*. Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte.
- Ritzmann, Iris (2001): „Leidenserfahrung in der historischen Betrachtung. Ein Seiltanz zwischen sozialem Konstrukt und humanbiologischer Konstanz“, in: Münch, Paul (Hrsg.): „*Erfahrung“ als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte*. Historische Zeitschrift, Beiheft 31, Oldenbourg: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 59-72.
- Sammet, Kai (2003): „Ökonomie, Wissenschaft und Humanität – Wilhelm Griesinger und das non restraint-System“, in: Engstrom, Eric J./Roelcke, Volker (Hrsg.): *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*. Mainz: Akademie der Wissenschaften und der Literatur, S. 95-116.
- Sandgruber, Roman (1986): *Bittersüße Genüsse. Kultur- und Sozialgeschichte der Genussmittel*. Wien: Böhlau.
- Schmidt, Gunnar (2001): *Anamorphotische Körper. Medizinische Bilder vom Menschen im 19. Jahrhundert*. Wien: Böhlau.
- Stolberg, Gunnar (1996): „Zur Geschichte der Pflegeklassen in deutschen Krankenhäusern“, in: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): „*Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett*“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus, S. 374-398.
- Stolz, Josef (1847): „Fall von dreimal versuchtem und endlich vollzogenem Selbstmord“, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin* 4, S. 246-282.
- Stolz, Josef (1851): „Zur fortschreitenden allgemeinen Parese“, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin* 8, S. 517-559.
- Stolz, Josef (1860): „Aerztlicher Bericht der k. k. Irren-Anstalt zu Hall in Tyrol über das Militärjahr 1860“, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin* 18, S. 580-599.
- Stolz, Josef (1868): „Mechanischer Zwang (körperliche Beschränkung) bei der Behandlung der Geisteskranken und die allmähliche Beseitigung desselben in der Irrenanstalt zu Hall in Tirol“, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin* 25, S. 519-551.
- Taddei, Elena (2007): „Das Archiv der ‚Landesheilanstalt/Irrenanstalt‘ Hall in Tirol. Ein Projektbericht“, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 6, S. 105-110.
- Tanner, Jakob (1996): „Der Mensch ist, was er isst. Ernährungsmythen und Wandel der Esskultur“, in: *Historische Anthropologie* 4(3), S. 399-419.

- Teuteberg, Hans-Jürgen (?2005): „Studien zur Volksernährung unter sozial- und wirtschaftsgeschichtlicher Perspektive“, in: Teuteberg Hans-Jürgen/Wiegelmann, Günther: *Nahrungsgewohnheiten in der Industrialisierung des 19. Jahrhunderts*, Münster: Lit.
- Tschallener Johann (1842): *Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol; mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate*, Innsbruck: Wagnersche Universitätsbuchhandlung.
- Thoms, Ulrike (2005): *Anstaltskost im Rationalisierungsprozeß. Die Ernährung in Krankenhäusern und Gefängnissen im 18. und 19. Jahrhundert* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 23). Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Vanja, Christina (2006): „Nur finstere und unsaubere Clostergänge? Die hessischen Hohen Hospitäler in der Kritik reisender Aufklärer“, in: Fangerau, Heiner/Nolte, Karen (Hrsg.): *„Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 26). Stuttgart: Steiner, S. 23-42.
- Vanja, Christina (2008): „Das Irrenhaus als ‚Totale Institution‘? Erving Goffmans Modell aus psychiatriehistorischer Perspektive“, in: Scheutz, Martin (Hrsg.): *Totale Institutionen* (= Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit, 8, 1), S. 120-129.
- Virchow, Rudolf (1849): „Die naturwissenschaftliche Methode und die Standpunkte in der Therapie“, in: Virchow, Rudolf/Reinhardt Benno (Hrsg.): *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, Band 2. Berlin: G. Reimer, S. 3-37.
- Watzka, Carlos (2003): „Interpretationen des Irrsinns. Zur Pluralität der Wahrnehmungs- und Handlungsmuster betreffend psychisches Kranksein im frühneuzeitlichen Europa“, in: *Archiv für Kulturgeschichte* 85(1), S. 201-242.
- Zimmerer-Treuherz Franz von (1894): *Die Fonde, Anstalten und Geschäfte der Tiroler Landschaft geschichtlich und sachgemäß dargestellt*. Innsbruck: Verlag der Tiroler Landschaft.

Quellen

Historisches Archiv des Psychiatrischen Krankenhauses Hall (PKH)

- Verwaltungsakten 1830-1834; 1840
- Krankenakten Frauen 1831; 1832; 1842
- Krankenakten Männer 1834; 1835

4 *Zur Geschichte der Organtransplantation*

Marlene Hopfgartner

4.1 Einleitung

Die Geschichte der Organtransplantation wird als eine Geschichte der Moderne bezeichnet. Dabei wird allzu leicht übersehen, dass es bereits im 19. Jahrhundert und früher im Bereich der plastischen Chirurgie erste Transplantationen gab. Die erste belegbare Hauttransplantation am Menschen wurde beispielsweise im Jahre 1817 von Astley Cooper am Guys Hospital in London durchgeführt.¹ Die Idee, Organe zu verpflanzen, um „innere Krankheiten“ heilen zu können, wurde erst später geboren. Es war im Jahre 1883, als erstmals ein Organ, in diesem Fall die Schilddrüse, verpflanzt wurde. Der Schweizer Chirurg Theodor Kocher pflanzte einem Patienten die Schilddrüse unter die Halshaut. Nach dieser Operation wurde die Schilddrüse „zum Leitorgan der frühen Transplantationsmedizin“.² Bald setzte ein großes allgemeines Interesse ein. Es wurden weitere Versuche angestellt und immer neue Organe verpflanzt, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, die Nebenschilddrüse, die Nebennieren, das Herz, die Lunge, etc. Die Jahrzehnte von 1880 bis 1930 können somit zu Recht als erste Phase der Transplantationsmedizin bezeichnet werden. Um 1900 galten die Transplantationsmedizin und das Organersatzkonzept als anerkannt, allerdings scheiterten die Wissenschaftler und Chirurgen an der prakti-



¹ Schlich (1998a), 25.

² Schlich (1998a), 35.

schen Durchführung. Das Problem der Immunabwehr, das zwar bekannt war, aber als nicht lösbar betrachtet wurde, hinderte die beteiligten Forscher – Chirurgen, Biologen und Physiologen – daran, sich der weiteren Forschung zu widmen. In den 1930er-Jahren wurde das Konzept des Organersatzes dann quasi aufgegeben.³

Die zweite Phase der Organtransplantation setzte nach dem Zweiten Weltkrieg, im Jahr 1947 ein. Die beteiligten Ärzte machten sich das bereits vorhandene Wissen der „Pionierforscher“ nutzbar und experimentierten weiter. Im Jahr 1947 wurde am Peter-Bent-Brigham-Hospital in Boston eine Niere von einem Toten auf eine Frau, die an schwerem Nierenversagen litt, übertragen. Allerdings war die Operation nicht erfolgreich. Nach diesem Eingriff wurde die Niere zum bevorzugten Organ in der Transplantationsmedizin. Es gab nach diesem ersten Eingriff zahlreiche Versuche, Organe zu transplantieren. Die meisten scheiterten jedoch an dem bekannten Problem – der Immunabwehr des Menschen. Erst als in den 1980er-Jahren das neue immunsuppressive Medikament Cyclosporin entwickelt wurde, expandierte die Organtransplantation enorm. Es konnten immer neue Organe verpflanzt werden und die Nachfrage nach Spenderorganen stieg deutlich an.⁴

In meinem Beitrag werde ich auf den geschichtlichen Verlauf der Transplantation von Niere und Herz eingehen. Diese Organe sind deshalb interessant, da bei der Nierentransplantation der erste Erfolg verbucht werden konnte und die erste Herztransplantation weltweit das größte Aufsehen erregt hat. Meinen Beitrag beginne ich allerdings mit der Geschichte der Bluttransfusion, dies ist für mich eine logische Abfolge – ohne Bluttransfusion ist an eine Organtransplantation nicht zu denken.

4.2 Das Blut – vom Mythos zur wissenschaftlichen Ware

Das Blut hatte schon von jeher große Bedeutung für die Menschheit. Wurde es früher als magische Substanz mit hoher Symbolkraft betrachtet, so gilt es heute als ein Bestandteil des menschlichen Körpers, der wissenschaftlich untersucht werden kann.

Die Bluttransfusion – das Übertragen von Blut von einem Subjekt (Mensch oder Tier) auf ein anderes – war schon in der frühen Neuzeit beliebt. Allerdings wurden die ersten Transfusionen nicht vorgenommen, um der physischen Gesundheit eines Menschen zu dienen – beispielsweise um Blutarmut auszugleichen – sondern in erster Linie, um Geisteskrankheiten zu behandeln. Im 17. Jahrhundert wurde dem weitum bekannten Geistesgestörten, Antoine Mauroy, der in einem Dorf nahe Paris lebte, von dem „Arzt“ Jean-Baptiste Denis, Blut von einem Kalb übertragen. Das Blut von Kälbern stand zu dieser Zeit hoch im Kurs. Kälber galten als sanftmütig und ihr Blut sollte den aufgebrachtten Geist des psychisch Kranken beruhigen. Aus heutiger Sicht wissen wir um das Vorhandensein von Blutgruppen und die Übertragung von Tierblut auf den Menschen erscheint uns geradezu närrisch, doch damals standen derlei Experimente an der Tagesordnung. Der Patient Mauroy überlebte – was reines Glück war, denn

³ Schlich (1998b), 15.

⁴ Schlich (1998b), 15-16.

Tierblut enthält Proteine, die dem Menschenblut völlig fremd sind. Dringt Tierblut in den menschlichen Körper ein, mobilisiert dieser sofort Antikörper um die Angreiferzellen zu zerstören. Die eindringenden roten Blutkörperchen werden zerstört (Hämolyse), der Patient hat hohes Fieber, es kommt zu Entzündungen der Nieren, menscheigene rote Blutkörperchen sterben millionenfach ab, und das oxydierte Hämoglobin färbt den menschlichen Urin schwarz.⁵ Nachdem die „Therapie“ bei Mauroy beendet wurde, konnten bei ihm keine Anzeichen von Geistesgestörtheit mehr festgestellt werden, er war sanftmütig und selbst seine Frau erkannte ihn nicht wieder. Der Mann, der „nichts anderes getan hatte, als zu fluchen und [seine Frau] zu schlagen“, war auf wundersame, ja magische Weise geheilt worden.⁶ (Diese „neue Sanftmütigkeit“ des Mannes könnte natürlich auch auf seinen geschwächten Zustand zurückzuführen sein.) In England wurden von dem Chirurgen Richard Lower ähnliche Versuche angestellt. „Ein närrischer, übrigens gesunder Baccolaureus der Theologie, Arthur Coga, liess sich von Lower und King für eine Summe Geld sechs bis zehn Unzen Blut entziehen und sich dafür zehn bis elf Unzen aus der Carotis (Halsschlagader) eines Lammes einflößen. Als man ihn fragte, warum er sich gerade das Blut eines Lammes habe injizieren lassen, antwortete er auf Latein mit komischer Ernsthaftigkeit: „Quia sangius agni habet symbolicam quandam facultatem cum sangeine Christi.“⁷ Der Patient überlebte diesen und auch einen weiteren Versuch der Übertragung von Lammlut und „er pflegte sich in der Folge den Märtyrer der philosophischen Facultät zu nennen“.⁸

Allerdings wurden diese ersten Versuche der Bluttransfusion nicht von jedermann gerne gesehen. Einige Kritiker meinten beispielsweise, dass man mit der Blutübertragung von einem Kalb sowohl dessen Sanftmut wie auch dessen Einfältigkeit zugleich übertrage.

Im Jahr 1668 starb der erste Patient, der eine Bluttransfusion überlebt hatte, Antoine Mauroy, während seiner dritten Transfusion. Es wurde gemunkelt, dass seine Frau ihn auch vergiftet haben könnte, aber sie beschuldigte den Arzt Denis, am Tod ihres Mannes Schuld zu sein. Jean-Baptiste Denis wurde zwar in einem Gerichtsverfahren von der Anklage, etwas mit dem Tod Antoines zu tun zu haben, frei gesprochen, allerdings wurde die Praxis der Blutübertragung stark eingeschränkt und zwei Jahre später generell verboten. Es vergingen eineinhalb Jahrhunderte, bis sich Ärzte wieder intensiv mit der Blutübertragung auseinandersetzten.⁹

Es war zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als sich einige Wissenschaftler wieder vermehrt mit der Bluttransfusion beschäftigten und die Geschichte der modernen Transfusion begann. Ein Mann, der sich in diesem Gebiet besonders hervortat, war der Franzose Alexis Carrel. Das Verbinden von Blutgefäßen – das Vernähen von Arterien und Venen – war sein Steckpferd.¹⁰ Ein weiterer Name, der unbedingt erwähnenswert ist, ist Karl Landsteiner, jenem österreichischen Mediziner, der im November des Jahres 1901 das Vorhandensein von Blutgruppen entdeckte.¹¹ Der New Yorker Arzt Richard Lewisohn war es schließlich, der das

⁵ Starr (1998), 21.

⁶ Starr (1998), 22. Siehe für ein leicht ironisiertes Bild einer solchen Prozedur Küss/Bourget (1992), 167.

⁷ Vosserschulte (1873), 8.

⁸ Vosserschulte (1873), 9.

⁹ Starr (1998), 31-32.

¹⁰ Burnie (1992), 69.

¹¹ Schott (1993), 346.

Problem der Blutgerinnung lösen konnte, indem er Natriumcitrat unter das Spenderblut mischte – eine Methode, die noch heute anerkannt ist.¹²

Die ersten Transfusionen waren allerdings noch direkte Übertragungen von Blut, wobei die Arterie des Spenders und die Vene des Empfängers verbunden wurden. Als die Gerinnung des Blutes für die behandelnden Ärzte kein Problem mehr darstellte, ging man zur indirekten Übertragung von Blut über. Dabei wurde das Blut des Spenders in Glasflaschen aufgefangen und danach dem Empfänger transfundiert.¹³

Allerdings wurde nach dem Bekanntwerden des Blutbedarfes immer nach einem passenden Spender gesucht, anstatt wie heute üblich auf Blutkonserven in Blutbanken zurückzugreifen.

Die erste „Blutbank“ mit freiwilligen Spendern wurde im Jahr 1922 von Percy Lane Oliver in London gegründet. Im ersten Jahr warb er noch freiwillige Spender aus seinem beruflichen Umkreis. In den folgenden Jahren, als immer mehr Anfragen nach Blut von umliegenden Krankenhäusern eintrafen, gründete er eine neue Organisation das *Greater London Red Cross Blood Transfusion Service*, welches das weltweit erste städtische Blutspenderverzeichnis darstellte.¹⁴

In den 1930er-Jahren wurden dann, motiviert durch Vorreiter Oliver auf der ganzen Welt Spenderverzeichnisse angelegt. Während in der „alten Welt“ – dem westlichen Europa – die Blutspenden meist freiwillig oder gegen einen kleinen Geldbetrag abgegeben wurden, fand in der „neuen Welt“ – den USA – bereits eine Kommerzialisierung der Spende statt. Es gab dort professionelle Blutspender die bis zu 50 Dollar für eine Spende kassieren konnten.¹⁵

Nachdem einige Bürger gefährlich oft gespendet hatten wurde von amerikanischen Ärzten die *Blood Transfusion Betterment Association* – die BTBA gegründet. Durch diese Einrichtung sollten eine gute Qualität der Blutspenden sowie eine hohe Disziplin der Spender sichergestellt werden. Ein weiteres ausgeklügeltes und erfolgreiches System zur Aufbewahrung und Weitergabe von Spenderblut war jenes der Sowjetunion. Der russische Arzt Serge Yudin experimentierte mit dem Blut von Leichen und stellte fest, dass es sich sehr gut übertragen ließ. Bis zum Jahr 1938 übertrug er 2.500 Personen das Blut von Leichen; davon starben sieben und bei 125 stellten sich harmlose Reaktionen wie Fieber und Schüttelfrost ein. Doch Yudin sammelte nicht nur Leichenblut. Unter seiner Leitung wurde die Vorratshaltung von Blut auf nationaler Ebene in die Wege geleitet. Mitte der 1930er-Jahre hatte die Sowjetunion ein Netzwerk von „mindestens sechzig großen und mehr als fünfhundert nachgeordneten Blutzentren aufgebaut“.¹⁶

Die Sowjets führten zu dieser Zeit tausende Transfusionen durch, während dies in den USA eher dutzendweise geschah. In den USA beschäftigte sich der Arzt Bernard Fantus (Cook County Hospital, Chicago) mit dem System der Sowjets. Auch er begann schließlich damit, gespendetes Blut, welches er in Glasbehältern sammelte in Kühlschränken aufzubewahren. Seine Einrichtung nannte er „Blood Preservation Laboratory“ aber angesichts der „Einzah-

¹² Starr (1998), 71-72.

¹³ Keynes (1922), 21-22, auch für eine Abbildung.

¹⁴ Starr (1998), 77.

¹⁵ Starr (1998), 81.

¹⁶ Starr (1998), 97.

lungen“ und „Abhebungen“ kam er bald auf den bis heute verwendeten Ausdruck der „Blood Bank“.¹⁷

Bluttransfusionen gewannen auch in beiden Weltkriegen an großer Bedeutung.¹⁸ Im Ersten Weltkrieg wurden auch erstmals Blutkonserven eingesetzt. Allerdings war Blut nicht gleich Blut. Eine kurze Episode soll dies widerspiegeln: Im Jahr 1935 wurde vom jüdischen Arzt Hans Serelman ein kleines Wunder vollbracht. Einer seiner Patienten brauchte dringend Blut und da keine Blutkonserve zur Verfügung stand, schlitzte er sich seinen eigenen Arm auf, öffnete die Arterie und spendete selbst Blut. Überraschenderweise war seine Blutgruppe kompatibel und der Patient überlebte. Doch anstatt Lob und Anerkennung brachte diese Heldentat dem Arzt ein halbes Jahr Konzentrationslager ein. Der Patient war Arier und Serelman Jude. Ihm wurde vorgeworfen, das Blut der germanischen Rasse durch seinen Akt der Menschlichkeit geschändet zu haben.¹⁹

Als der Zweite Weltkrieg begann, hatte nur Großbritannien ein angemessenes Depot von Spenderblut angelegt. Dies war einzig der jungen Pathologin Janet Vaughan zu verdanken. Sie erkannte schnell, dass es verrückt wäre, nach Ausbruch des Krieges in Großbritannien auf lebende Blutkonserven zu vertrauen und richtete in übermenschlicher Arbeit vier Depots mit Blutkonserven in den Außenbezirken von London ein. Während des Krieges wurden in London große Mengen an Blut verbraucht. Es gibt zwar keine genauen Aufzeichnungen doch Schätzungen des *Medical Research Councils* zufolge handelte es sich um ca. 26.000 Liter.²⁰

Die USA halfen den Engländern außerdem, indem sie das Programm „Plasma for Britain“ gründeten. Das Rote Kreuz mobilisierte Spender, die *Blood Betterment Association* sammelte die Spenden ein und verarbeitete sie. Das Rote Kreuz verpackte die Flaschen und schiffte sie nach Übersee. Ein Name, der mit diesem Programm eng verbunden ist, ist jener von Charles Richard Drew. Drew war der erste Afroamerikaner, der an der Columbia Universität seinen medizinischen Dokortitel erwarb. Seine Doktorarbeit, welche er im Jahr 1940 fertig stellte, hatte den Titel: *Banked Blood: A Study in Blood Preservation*. Im gleichen Jahr wurde er auch zum Direktor von „Plasma for Britain“. Unter seiner Leitung wurde das Projekt ein großer Erfolg. Eine Tatsache war allerdings sehr enttäuschend, nämlich jene der Trennung von „Negerblut“ und „weißem Spenderblut“. Blut von „Weißen“ und „Schwarzen“ unterscheidet sich in keiner Weise. Die einzige Sorge der Gesellschafter des Programms war, dass sich die Verwendung des Blutes beider Rassen, aufgrund der Rassenbeziehungen zu damaliger Zeit und aufgrund der Neuheit des Transfusionsverfahrens, politisch nicht durchsetzen könnte. So kam es, dass das Blut von Schwarzen zwar akzeptiert, aber auch besonders gekennzeichnet wurde, damit die Empfänger wussten von welcher „Rasse“ sie ihr Blut erhielten.²¹

Über Bluttransfusionen an der Front, neue Erfindungen zu dieser Zeit, die Spendewilligkeit der Menschen, etc. ließen sich noch mehrere Seiten füllen. Insgesamt jedenfalls zählte Blut, vor allem im Zweiten Weltkrieg, zu den kriegswichtigen „Rohstoffen“.

¹⁷ Starr (1998), 97.

¹⁸ Vgl. Red Gold (o.J.) für einige Plakate, die für Blutspenden speziell während des Zweiten Weltkrieges warben.

¹⁹ Starr (1998), 98.

²⁰ Starr (1998), 121.

²¹ Polsky (2002), 179-180.

In den 1960er- und 1970er-Jahren erlebten die Geschäfte mit Blut ihre „Blütezeit“. Unfassbar große Mengen an Blut wurden gesammelt und übertragen. Nach den Schätzungen betrug die gesammelte Menge allein in den USA drei Millionen Liter pro Jahr. Es wurde auch nicht mehr „nur“ Vollblut gesammelt – Ärzte verabreichten bereits einzelne Bestandteile wie etwa rote und weiße Blutkörperchen, Blutplättchen und Plasma. Schließlich wurde Plasma auch zum beliebtesten Stoff der Industrie. Da der Vorgang der „Plasmapherese“ einige Zeit in Anspruch nahm – das Blut musste erst entnommen werden, es wurde zentrifugiert um das Plasma zu erhalten, danach wurden die roten Blutkörperchen erneut infundiert – mussten die Spender bezahlt werden. Die Geschäfte mit Blut begannen dank dieses Verfahrens zu boomen und immer neue Plasmazentren schossen aus dem Boden. Trotz der Warnung von Fachleuten wurden immer neue Bevölkerungsgruppen als Spender mit einbezogen. Die Praktiken mancher dieser Zentren waren auch mehr als fragwürdig. So „bezahlte“ ein Unternehmen aus Los Angeles, es nannte sich *Doctors Blood Bank*, die Spender mit Gutscheinen, die sie in einem nahe gelegenen Schnapsladen einlösen konnten.²²

Eine weitere wichtige Spendergruppe für die Plasmaindustrie waren Häftlinge. Bald schon erschütterte ein erster Skandal die Industrie. Dieser betraf eine Reihe von Gefängniszellen, die dem Arzt Austin R. Stough in Oklahoma gehörten. Stough war ehemaliger Gefängnisarzt, eröffnete aber bald Plasmazentren in verschiedenen Gefängnissen. Er injizierte Gefangenen Antigene verschiedener Krankheiten, entnahm ihnen ihr immunes Plasma und verkaufte dieses dann an Pharmaunternehmen. Doch es dauerte nicht sehr lange und die „Spender“ wurden krank oder starben. In einem Gefängnis in Alabama stieg die Anzahl an Hepatitisinfektionen von keinem oder einem Fall pro Monat auf 15. Danach erreichte die Infektionsrate einen gleich bleibenden Wert von 20 bis 30 Fällen pro Monat. Durchschnittlich starb jeder vierte Erkrankte. Die Ursache der Epidemie war schnell gefunden – Stoughs Unternehmen war schlecht geführt, die Techniker waren schlecht ausgebildet und die Verhältnisse unhygienisch. Die Arzneimittelfirmen blieben dennoch solange Kunden von Stough, bis dieser gezwungen war, sein Unternehmen aufzugeben. Für die Unternehmen zählt alleine der Nachschub und die Folgeprodukte, die sie aus Plasma herstellten, und diese wären nicht ansteckend, so ihre Entschuldigung. Die traurige Lage der Gefangenen wurde dabei anscheinend nicht berücksichtigt.²³

Bald jedoch kursierten in Amerika finstere Geschichten über die kommerzielle Blut- und Plasmagewinnung. Es waren Geschichten über ein System, das wenig reguliert und außer Kontrolle geraten war. Außerdem wurde klar, dass amerikanische Blutprodukte nicht absolut sicher waren, sie waren durch das Hepatitisvirus in Verruf geraten, das durch Transfusionen und verseuchtes Plasma in Umlauf gebracht wurde und pro Jahr viele Menschen tötete.

Doch die Übertragung des Hepatitisvirus und anderen Krankheiten sollte nicht der einzige Skandal rund um die Bluttransfusion und die Geschäfte mit dem „roten Gold“ bleiben. Bereits in den frühen 1980er-Jahren trat in den USA eine Krankheit auf, die unter der Bezeichnung GRID – *gay related immunodeficiency disease*, bekannt wurde. Anfangs nahmen die Ärzte an, dass nur Personen, deren Immunsystem durch Analverkehr geschädigt war, an die-

²² Starr (1998), 255-256.

²³ Starr (1998), 260.

ser Form von Lungenentzündung – *Pneumocystis pneumonia* – die auch mit anderen Leiden einherging, verstarben. Als jedoch auch heterosexuelle Männer welche an Hämophilie²⁴ litten, erkrankten, schrillten bei einigen Ärzten, vor allem aber bei Bruce Evatt Direktor des CDC (*Center for Disease Control*) die Alarmglocken. Mitte des Jahres 1982 waren 440 Amerikaner mit dem Virus infiziert und niemand kannte die Ursache. Es gab immer mehr Theorien, warum gerade Homosexuelle Opfer der Krankheit waren, aber währenddessen nahm auch die Anzahl der Erkrankungen unter Blutern weiter zu. Im Juli 1982 einigten sich Experten darauf, der Krankheit einen neuen Namen zu geben: *Acquired Immune Deficiency Syndrome* – AIDS. Nachdem er viele Studien zu dem Thema angelegt und viele Konferenzen besucht hatte, war es schließlich Bruce Evatt, der herausfand, dass die Immunschwäche-Krankheit auch durch infizierte Bluttransfusionen übertragen wurde. Weiters demonstrierte er, wie das Virus durch Erhitzung neutralisiert werden konnte.

Bis zum März 1983 waren in den USA 1.200 Fälle bekannt geworden, davon waren elf Bluter und ungefähr sechs Transfusionsfälle. Erst zu diesem Zeitpunkt gab die FDA (*Food and Drug Administration*) Richtlinien für die Blutbranche heraus, die Verfahren für den Ausschluss von Spendern beinhaltete, um Risikogruppen von der Spende abzuhalten. Allerdings wurden keine Tests oder direkte Fragen nach dem Sexualverhalten empfohlen, die Richtlinien beschränkten sich auf Informationsmaterial und Gespräche unter vier Augen. Millionen Einheiten von herkömmlich gewonnenem Plasma und Blut blieben auch nach der Verlautbarung der Regierung in den Kühlkammern. Tausende Flaschen mit infiziertem Blut standen nach wie vor in den Kühlschränken von Blutern, die sie beim Anzeichen einer einsetzenden Blutung verwenden würden.²⁵ Bis zur Erkennung der Gefahr und der Ergreifung von Maßnahmen hatten sich in den USA mindestens die Hälfte der amerikanischen Bluter – fast zehntausend – und mindestens zwölftausend andere Transfusionsempfänger mit HIV infiziert. Weitere Hunderttausend erkrankten an Hepatitis.

In Frankreich standen Anfang der 1990er-Jahre vier hohe Funktionäre des Gesundheitswesens vor Gericht, die beschuldigt wurden, noch im Jahr 1985, im Wissen über AIDS, ungetestete Blutkonserven verkauft zu haben. Hauptangeklagter war der ehemalige Leiter des staatlichen Transfusionszentrums – *Centre national de la transfusion sanguine* (CNTS) – Michel Garetta. Ihm geben und gaben tausende französische Bluter und Blutempfänger die Schuld an ihrem sicheren Tod. Garetta und seinen drei Mitangeklagten wurde vorgeworfen, im Juni 1985 die Anweisung gegeben zu haben, die infizierten Konserven „bis zur Leerung der Lager“ an Krankenhäuser und Fachärzte weiterzureichen. Durch diese menschenverachtende Handlung steckten sich über tausend Patienten, vorwiegend Bluter, mit dem tödlichen Virus an. Der Skandal an sich war schon entsetzlich. Erschwerend kam noch hinzu, dass die Staatsanwaltschaft nicht von selbst tätig wurde, sondern fünf junge Bluter selbst in den Archiven des Gesundheitsministeriums nach den Schuldigen fahnden mussten. Ferner wurde gegen die Angeklagten allein wegen unterlassener Hilfeleistung und „Weitergabe einer verdorbenen Ware“ verhandelt. Blut und Blutprodukte unterliegen in Frankreich nämlich nicht dem Arz-

²⁴ Bei Personen, die an Hämophilie leiden (ugs. Bluter) ist die Blutgerinnung gestört. Blut aus Wunden gerinnt nicht, oder nur sehr langsam.

²⁵ Starr (1998), 325-337.

neimittelgesetz, sondern einem Gesetz über den Verkauf verdorbener Waren aus dem Jahre 1905.²⁶

Hinter der Schuld Garetts und seiner Mitangeklagten stand jedoch auch die Schuld der französischen Regierung. So wurden die Warnungen von Professor Luc Montagnier,²⁷ dass Infektionsrisiken durch ungeprüfte Verwendung von Blutkonserven bestünden, ignoriert. Ebenso warnte die USA vor gefährlichen Viren in Blutkonserven und obwohl diese bereits ein Verfahren zur Neutralisierung des infizierten Plasmas entwickelt hatten, wurde von der französischen Regierung keine Handlung gesetzt. Den Verantwortlichen ging es auch um Prestige und Wirtschaftsinteressen. Die Franzosen standen in der AIDS-Forschung im Wettlauf mit den USA und so wagte niemand, Einspruch zu erheben. Der Skandal um die verseuchten Blutkonserven hat sich nach und nach zum größten Skandal im französischen Gesundheitswesen entwickelt. Immer wieder kamen neue Tatsachen und Namen von Schuldigen ans Licht, nachdem die Opfer nicht mehr schweigen wollten.²⁸

Doch nicht nur in Frankreich und den USA gab es Skandale um verseuchte Blutkonserven. In vielen anderen Ländern spielten sich ähnliche Szenarien ab. Laut Statistiken der WHO infizierten sich in Europa mehr als fünftausend Personen durch Transfusionen mit AIDS.²⁹

Mittlerweile ist die Blutversorgung sicherer geworden. Die Blutbranche, aufgerüttelt durch die Erfahrung mit AIDS, führte Testreihen und eine Liste mit eindringlichen Fragen zur Aussonderung gefährdeter Spender ein. Durch diese Befragungen verlor die Industrie viele Spender und hat mit Versorgungsproblemen zu kämpfen. Trotzdem ist das übertragene Blut, zumindest in der industrialisierten Welt, sicher wie nie zuvor. Die Chance sich bei einer Transfusion mit AIDS oder anderen Krankheiten anzustecken, liegt im Promillebereich. Allerdings lassen die meisten Einschätzungen über Viren in Blutprodukten Entwicklungsländer außer Acht, insbesondere in Afrika. Die dort erhobenen Daten sind unzuverlässig und Erhebungen werden nur in seltenen Fällen überhaupt durchgeführt. So sind in armen Ländern weiterhin viele Blutprodukte verseucht und die Lage bleibt alarmierend. Die reichen Länder hingegen haben aus der Erfahrung mit AIDS gelernt. Viele Länder haben das gesamte Blutbankwesen völlig neu strukturiert und der gewonnene Rohstoff wurde zuverlässiger.³⁰

4.3 Die Niere – der erste Erfolg

Die Nieren sind die Entgiftungsorgane des menschlichen Körpers und schon im Jahr 1827 stellte der britische Arzt Richard Bright durch Beobachtung seiner Patienten sowie durch pathologische Untersuchungen nach dem Tode ebendieser fest, dass einige Erkrankungen in direktem Zusammenhang mit strukturellen Veränderungen der Nieren standen. In der Folge

²⁶ Fritz-Vannahme (1992), 65.

²⁷ Luc Montagnier ist Leiter des Pariser Pasteur-Institutes und gilt, gemeinsam mit dem US-Amerikaner Robert Gallo, als Entdecker des HIV (*human immunodeficiency virus*) im Jahr 1983.

²⁸ Wegner (2001), 15-19.

²⁹ Starr (1998), 418.

³⁰ Starr (1998), 418.

wurde die „Brightsche Erkrankung“ zum Synonym für eine Nierenkrankheit.³¹ Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts fanden dann die Diagnosen „Nierenversagen“ und „Niereninsuffizienz“ Eingang in die medizinische Diskussion. Die erste dokumentierte Transplantation einer Niere wurde im Jahr 1902 vom Wiener Chirurg Emerich Ullmann durchgeführt. Dabei wurde einem Hund seine Niere an seinen eigenen Hals transplantiert.³²

Es handelte sich hierbei um eine „autologe“ Transplantation – ein Organ wird innerhalb desselben Organismus verpflanzt (demgegenüber liegt eine „allogene“ Transplantation vor, wenn ein Organ von einem Individuum auf ein anderes verpflanzt wird, und eine „xenogene“ Transplantation ist dann gegeben, wenn die Übertragung vom Tier auf den Menschen erfolgt). Nach der Verpflanzung der Niere arbeitete das Organ normal und sonderte auch Urin ab, allerdings schwoll der nach außen abgeleitete Harnleiter nach fünf Tagen zu und es kam zur Infektion, woran das Tier verendete.³³

Ein weiterer Wissenschaftler, der ebenfalls versuchte, Nieren erfolgreich zu transplantieren, war Alexis Carrel. Er war an der Lyon School in Frankreich tätig und hatte, wie bereits im vorigen Kapitel erwähnt, auch schon große Erfolge in der Transfusionsmedizin zu verzeichnen. Dank seiner ausgezeichneten Erfahrungen mit der Gefäßnaht gelang es ihm bald, auch Hundenieren zu transplantieren. Allerdings überlebten die Tiere die allogene Transplantation längstens 35 Tage, danach kam es meistens zu Komplikationen und die Tiere starben.³⁴ Bessere Erfolge gab es bei autologen Transplantationen. Im Jahr 1904 verließ Carrel Lyon und wanderte nach Amerika aus, um bessere Forschungsstrukturen, die seinen Ambitionen genügen sollten, zu finden. In den Jahren 1905 bis 1906 forschte er in Chicago gemeinsam mit seinem Assistenten C.C. Guthrie. Dieses Team war sehr produktiv und veröffentlichte insgesamt 35 Arbeiten, welche nicht nur die Transplantation von Nieren betrafen, sondern fast alle anderen Organe (Herz, Lunge, Eierstöcke, etc.) mit einschlossen. Diese Forschungen waren revolutionär für die gesamte damalige internationale wissenschaftliche Gemeinschaft.³⁵ Allerdings waren nicht alle Wissenschaftler der Meinung, dass die Arbeit Carrels wirklich nützlich wäre. Schnell war ein Teil der Medien gegen diesen Revolutionär, einige bezeichneten ihn gar als Monster und Dämon, der auf den elektrischen Stuhl gehörte.³⁶

Im Jahre 1906 wurde die erste Nierentransplantation am Menschen durchgeführt. Es handelte sich dabei um eine Xenotransplantation. Der Franzose Mathieu Jaboulay verpflanzte einer Frau mit drohendem Nierenversagen eine Niere eines drei Stunden zuvor getöteten Schweins in deren Ellbogen. Allerdings war das Transplantat nach drei Tagen abgestorben und musste schnellstens entfernt werden. Die Patientin überstand den Eingriff aber überraschenderweise in guter Verfassung.³⁷

Es war der ukrainische Chirurg Yu Yu Voronoy der im Jahr 1933 in Russland die erste Nierentransplantation zwischen Menschen durchführte. Voronoy hatte zuvor bereits zahlreiche

³¹ Schlich (1998a), 185.

³² Papalois et al. (2003), 77.

³³ Schlich (1998a), 188-189.

³⁴ Schlich (1998a), 191.

³⁵ Küss/Bourget (1992), 28-29, auch für eine entsprechende Karikatur.

³⁶ Küss/Bourget (1992), 29.

³⁷ Schlich (1998a), 193.

Transplantationsversuche an Tieren vorgenommen und war, durch die erfolgreichen russischen Versuche der Bluttransfusion von Leichen auf lebende Patienten, zusätzlich motiviert. Einer jungen Frau, die nach einem Suizidversuch mittels Quecksilber an akutem Nierenversagen litt, wurde die Niere eines 60-Jährigen, der an Enzephalitis (Gehirnentzündung) gestorben war, verpflanzt. Es handelte sich hierbei um eine heterotope Transplantation, das heißt, die Niere wurde nicht an ihren ursprünglichen Ort verpflanzt (orthotope Transplantation), sondern das Transplantat wurde am rechten Oberschenkel an die Gefäße der Frau angeschlossen. Der Chirurg erhoffte sich eine Überbrückung des Organversagens der Frau. Nach kurzer Zeit schied die transplantierte Niere sogar Urin aus. Die Frau starb aber 48 Stunden nach der Transplantation, nachdem sie eine blutgruppenfremde Bluttransfusion erhalten hatte.³⁸

Alexis Carrel war sich nach seinen Versuchen sicher, dass die Chirurgen zu seiner Zeit durchaus das technische Handwerk beherrschten, um autologe Transplantationen durchzuführen, allerdings bemerkte er, dass bei allogenen Transplantationen die Transplantate aufgrund einer „biologischen Inkompatibilität“ abstarben. Dies sah er als eine biologische Grenze der Chirurgetätigkeit.³⁹

Der erste Wissenschaftler, der diese Beobachtung wieder aufgriff und feststellte, dass das menschliche Immunsystem für die Abstoßung von Organen verantwortlich war, war der britisch-libanesische Wissenschaftler Peter Medawar. Für sein Experiment führte er eine Hauttransplantation zwischen zwei Hasen durch. Das erste Transplantat wurde zehn Tage nach der Verpflanzung abgestoßen. Als er aber ein zweites Transplantat desselben „Spenderhasen“ auf denselben „Empfängerhasen“ transplantierte, wurde das Hauttransplantat schon nach fünf Tagen abgestoßen. Medawar schloss daraus, dass das erste Transplantat den Hasen immunisiert hatte und der Hase von nun an empfindlich auf Transplantate desselben „Spenders“ reagieren würde. Zu seiner Zeit waren seine Entdeckungen noch umstritten, aber im Jahr 1960 erhielt er für seine Forschungen in diesem Gebiet den Nobelpreis. Durch seine Forschungen war es den Wissenschaftlern möglich, Medikamente zu entwickeln, die die Immunabwehr des Menschen schwächten. Dadurch fielen die Abstoßungsreaktionen des Körpers schwächer aus, oder unterblieben ganz. Erst durch die Entwicklung dieser Medikamente konnte man bei der Organtransplantation von einer therapeutischen Maßnahme sprechen.⁴⁰

Nachdem das „Abenteuer“ Transplantation während des Zweiten Weltkriegs auf Eis gelegen war, wurden nach 1945 immer wieder Nierentransplantationen durchgeführt – alle ohne erkennbaren, länger anhaltenden Erfolg.⁴¹ So wurde der erste Versuch einer Transplantation am Peter Bent Brigham Hospital in Boston (heute das Brigham and Women's Hospital) im Jahr 1947 durchgeführt. Organempfänger war eine junge Frau, welche aufgrund einer Abtreibung schon seit zehn Tagen im Koma lag und an akuter Niereninsuffizienz litt. Die Operateure waren der junge Urologe Landsteiner (nicht verwandt mit Karl Landsteiner), David Hume und Hufnagel, ein Gefäßchirurg. Die Transplantation wurde mitten in der Nacht unter widrigsten Bedingungen durchgeführt – es gab kaum Licht und der Operationsraum war winzig. Das

³⁸ Papalois et al. (2003), 81. Siehe für eine Abbildung dieser Prozedur Küss/Bourget (1992), 36.

³⁹ Papalois et al. (2003), 79.

⁴⁰ Terasaki (1991), 10.

⁴¹ Papalois et al. (2003), 81.

Spenderorgan wurde einem Toten unmittelbar nach Eintritt des Todes entnommen und der Frau heterotop eingepflanzt. Die eingepflanzte Niere sonderte am Tag nach der Operation zwar Urin ab, stoppte aber am nächsten Tag. Die Frau war mittlerweile wieder bei Bewusstsein und man entschied, die implantierte Niere wieder zu entfernen. Es gelang die Tätigkeit der eigenen Nieren der Frau wiederherzustellen und die Patientin war geheilt. Es bleibt die Frage, ob man in diesem Fall von der ersten erfolgreichen Nierentransplantation sprechen kann, obwohl das implantierte Organ nur minimal und kurz funktioniert hatte.⁴² Im Jahr 1950 wurde die nächste Transplantation am Presbyterian Hospital, Chicago von dem Arzt Richard Lawler durchgeführt. Er ersetzte die kranke, linke Niere einer Frau durch die gesunde Niere einer Frau, die aufgrund einer Thrombose im Sterben lag. Die Transplantation wurde orthotop durchgeführt, das heißt, die Niere wurde am ursprünglichen Platz eingesetzt. Es war nicht möglich die Funktion des implantierten Organs zu testen, da die rechte Niere der Frau unangetastet geblieben war. Am 63. Tag nach der Operation wurde festgestellt, dass die implantierte Niere von normaler Größe und Konsistenz war, über die Funktion ließ sich immer noch kein Urteil bilden. Nach sechs Monaten war das Implantat zerstört, aber die Patientin lebte noch einige Zeit mit ihrer rechten, ebenfalls kranken Niere.⁴³

In Paris wurden im Jänner des Jahres 1951 Nierentransplantationen von drei verschiedenen Teams, welche sich alle zuvor schon intensiv mit der Nierentransplantation an Hunden beschäftigt hatten, durchgeführt. Einen Erfolg konnte kein Team erzielen.⁴⁴

In den Jahren 1951 bis 1953 wurden am Peter Bent Brigham Hospital von dem Chirurg David Hume in Boston die meisten Nierentransplantationen – insgesamt neun – durchgeführt, dabei wurden sowohl die Nieren von Toten als auch von lebenden Patienten, welchen meist eine Niere aufgrund von therapeutischen Zwecken entfernt wurde, verwendet.⁴⁵ Von diesen neun Transplantationen scheiterten allerdings acht. Ein Patient überlebte die Transplantation ganze fünf Monate ein absoluter Rekord zur damaligen Zeit. Im Jahr 1952 wurde einem 22-jährigen jungen Arzt, die Niere verpflanzt, auf die er schon monatelang gewartet hatte. Das Transplantat wurde am Oberschenkel eingesetzt, allerdings sonderte es zunächst keinen Urin ab. Die verbleibende Niere wurde für die Überbrückungszeit genutzt und 20 Tage nach dem Eingriff arbeitete das verpflanzte Organ endlich selbstständig. Nach drei Monaten wurde der Patient mit normaler Nierenfunktion aus dem Krankenhaus entlassen. Schon einen Monat später verstarb der Patient aber an einem Herzinfarkt infolge von Bluthochdruck.⁴⁶

Die erste Nierentransplantation, die als Erfolg bezeichnet werden kann, wurde am 23. Dezember 1954, ebenfalls im Peter Bent Brigham Hospital von einem Team, das von Joseph Murray geleitet wurde, durchgeführt. Spender und Empfänger waren in diesem Fall 23-jährige, eineiige Zwillinge und somit war das Spenderorgan genetisch identisch mit dem kranken Organ des Empfängers. Unnötig hinzuzufügen, dass die beteiligten Chirurgen von dem Vorhaben begeistert waren. Ein ethisches Problem galt es aber noch zu lösen – die Ent-

⁴² Küss/Bourget (1992), 38.

⁴³ Küss/Bourget (1992), 38.

⁴⁴ Küss/Bourget (1992), 39-41.

⁴⁵ Papalois et al. (2003), 84.

⁴⁶ Küss/Bourget (1992), 43.

fernung eines gesunden Organs aus einem gesunden Menschen zum Vorteil eines Anderen. Nachdem alle Für und Wider gut abgewogen waren, unterbreitete man Spender, Empfänger und der Familie die Möglichkeit der Organspende. Am Ende der Diskussion fragte der Spender, ob das Krankenhaus im Falle des Scheiterns für den Rest seines Lebens für seine Gesundheitsversorgung verantwortlich wäre. Dr. Harrison – Operateur des Spenders antwortete: „Of course not“. Aber implizit revidierte er seine Antwort sogleich wieder und fragte: „Ronald, do you think anyone in this room would ever refuse to take care of you if you needed help?“ Nachdem der Spender schließlich dem Eingriff zustimmte, wurde die Transplantation durchgeführt. Nach dem Eingriff funktionierte das implantierte Organ sofort und es gab beim Empfänger keine Abstoßungsreaktionen.⁴⁷ Er lebte mit diesem „Geschenk“ noch weitere acht Jahre, bis er an einem Herzinfarkt verstarb.⁴⁸ Murray führte noch sechs weitere derartige Transplantationen durch und erhielt für seine Forschungen 1990 den Nobelpreis.⁴⁹ Der französische Chirurg René Küss führte am Foch Hospital in Frankreich im Jahr 1960 die erste Transplantation zwischen Geschwistern, die keine Zwillinge waren, durch. Ein 36-jähriger Patient, welcher an Nierenkrebs litt, erhielt von seiner sechs Jahre älteren Schwester eine Spenderniere. Das Transplantat arbeitete sofort. Der Patient konnte mit guter Nierenfunktion entlassen werden, allerdings starb er viereinhalb Monate später an Metastasen, die in die Leber ausgestreut hatten. Im Jahr 1960 und 1961 wurden im Foch Hospital zwei Transplantationen zwischen Nicht-Geschwistern durchgeführt. Der erste Empfänger war eine 26-jährige Frau. Die Niere bekam die Frau von ihrem Schwager, welcher die besten Gewebsübereinstimmungen mit ihr aufwies. Vor der Transplantation wurde die Patientin bestrahlt. Nach der Transplantation konnte sofort eine gute Nierenfunktion festgestellt werden. Nach fünf Wochen traten Abstoßungserscheinungen auf, welche mit neuen immunsuppressiven Mitteln behandelt werden konnten.⁵⁰ Nach sieben Monaten befand sich die Patientin in sehr guter Verfassung, allerdings mussten ihre eigenen Nieren aufgrund eines chronischen Infekts entfernt werden. 16 Monate nach der Transplantation verstarb die Patientin aber nachdem die „chronischen Abstoßungsreaktionen“ nicht in den Griff zu bekommen waren.⁵¹ Die Nierentransplantation erschien bald als ein anerkanntes Konzept allerdings ließen die Ergebnisse, sieht man von den Transplantationen zwischen lebenden, genetisch identischen Zwillingen ab, zu wünschen übrig. Auf Initiative der *United States National Academy of Science* hin, wurde im September 1963 ein Kongress in Washington organisiert. Eingeladen waren alle amerikanischen, französischen, englischen und schottischen Ärzte, welche sich mit Transplantationen beschäftigten, aber auch Immunologen, wie etwa Medawar, Amos und Terasaki. Am Kongress, der in einem kleinen, überhitzten Raum stattfand, nahmen schlussendlich weniger als 30 Personen teil. Alle teilnehmenden Personen waren sich aber darüber einig, dass die bisherigen Erfahrungen, die jedes Team für sich gemacht hatte, miteinander geteilt werden mussten, um effektive Verbesserungen der bisher kaum erfolgreichen Methode zu er-

⁴⁷ Murray (1991), 127. Siehe für Bilder der beteiligten Personen und der Operation Terasaki (1991), 128.

⁴⁸ Schlich (1998b), 16.

⁴⁹ Papalois et al. (2003), 87.

⁵⁰ Papalois et al. (2003), 91.

⁵¹ Küss/Bourget (1992), 54.

reichen. Bis zu diesem Zeitpunkt waren 244 Transplantationen durchgeführt worden, davon 28 zwischen eineiigen Zwillingen. Alle Pioniere der Transplantation waren zu diesem Treffen gekommen und berichteten über ihre Ergebnisse. Die Chirurgen berichteten von sehr hohen Sterblichkeitsraten bereits in der ersten Phase nach der Transplantation – meist in den ersten Tagen. Patienten, die mehr als ein Jahr überlebt hatten, konnten an den Fingern beider Hände abgezählt werden – sechs davon hatten eine Niere eines Verwandten bekommen, zweien wurde die Niere eines Nicht-Verwandten transplantiert, und ein Patient lebte mit der Niere eines toten Spenders. Drei dieser neun Fälle hatten das zweite Jahr nicht überlebt. Im Gegensatz dazu war die Überlebensrate bei eineiigen Zwillingen sehr hoch. Die Sterblichkeit in der ersten Phase der Transplantation lag bei nur 10% und ungefähr 60% lebten länger als ein Jahr und bis zu sieben Jahre. Konnte das Konzept des Nierenersatzes auch bei anderen Personen als bei eineiigen Zwillingen erfolgreich werden? Diese Frage versuchten die Chirurgen auf dem Kongress in Washington zu erörtern. Die bisher eingesetzten Bestrahlungstherapien und Medikamente waren wenig Erfolg versprechend, aber zwei junge Chirurgen aus Denver – Thomas Starzl und Thomas Marchioro – präsentierten eine Studie, die auch den Pionieren wieder Anlass zur Hoffnung gab. Die beiden hatten während der letzten zehn Monate 27 Transplantationen durchgeführt, bei allen hatten sie eine bestimmte immunsuppressive Therapie angewandt. 25 Transplantatempfänger hatten die Niere eines lebenden Angehörigen erhalten – 18 davon waren zum Zeitpunkt des Kongresses mit guter Nierenfunktion immer noch am Leben. Zwei Patienten hatten die Niere eines Leichenspenders implantiert bekommen, diese hatten allerdings nie funktioniert. Starzl stellte trotz dieses Erfolges (rund drei Viertel der Patienten lebten noch, ein Rekord zu dieser Zeit) fest: „Although there is much hope in the field of renal transplantation, this method must remain in a very limited and highly experimental field which cannot be recommended for general use“.⁵² Zu dieser Zeit konnte Starzl allerdings noch nicht wissen, dass einige seiner Patienten bis zu 30 Jahre mit der damals verpflanzten Niere leben sollten.

Das Konzept des irreversiblen Komats und des Hirntodes machte es den Chirurgen möglich, Nieren von hirntoten Spendern zu entnehmen, bei welchen das Herz noch schlug. Dies hatte eine bessere Qualität der Organe und einen größeren Spenderpool zur Folge. Die erste Organentnahme bei schlagendem Herzen wurde 1963 von Guy Alexandre in Belgien durchgeführt. Die Niere wurde dem hirntoten Patienten ohne Verzögerung entnommen, alles musste schnell gehen. Dazu Alexandre: „No preservation fluid was used; the blood contained in the transplant was not even washed away; the graft functioned right after without tubular necrosis.“ Allerdings verstarb der Patient nach drei Monaten an einer Sepsis.⁵³ In den USA wurden Organe von hirntoten Spendern schon seit 1965 entnommen. Doch erst im Jahr 1971 wurde das *Minnesota criteria* veröffentlicht. Dieses verdeutlichte nochmals, dass der Ausfall des Hirnstammes den Tod des Patienten bedeutete. In Großbritannien gab es großen Widerstand gegen das Konzept des Gehirntodes. Erst im Jahr 1976 veröffentlichte die *Conference of the Royal Colleges and Faculties* ihre Feststellung des Hirntodes, daraufhin gab es eine lange Debatte welche im *United Kingdom Code* – den Gesetzen zum Hirntod, endete.

⁵² Küss/Bourget (1992), 60.

⁵³ Alexandre (1991), 340.

In den späten 1960er- und frühen 1970er-Jahren war die Nierentransplantation ein anerkanntes Konzept bei einem Endstadium des Nierenversagens. Die Einführung von Cyclosporin, einem weiteren Immunsuppressivum, welches lang anhaltende Erfolge ermöglichte, tat sein Übriges um die Nierentransplantation zu erleichtern. Seit Anfang der 1970er-Jahre ist die Nierentransplantation als klinische Behandlungsmethode anerkannt und stellt zusammen mit dem Dialyseverfahren einen festen Bestandteil bei der Behandlung terminaler Niereninsuffizienzen dar. Für den Patienten bedeutet der Erhalt einer Niere eine dramatische Verbesserung der Lebensqualität und nachdem die, mit dem Eingriff verbundenen Risiken erheblich gesenkt werden konnten, sind erfolgreiche Langzeitverläufe die Regel.⁵⁴

4.4 Das Herz – als ob ein Stück Seele wandert

Der Gedanke, ein krankes Herz durch ein Gesundes zu ersetzen ist höchstens hundert Jahre alt. Die Transplantation des Herzens hatte zwei Wurzeln – das gegen Ende des 19. Jahrhunderts anerkannte Organersatzkonzept und die Gefäßchirurgie. Somit ist es nicht weiter verwunderlich, dass einer der ersten Chirurgen, welcher sich mit der Transplantation des Herzens beschäftigte, Alexis Carrel war, der mit seinen Versuchen die Gefäßchirurgie revolutionierte. Im Jahr 1905 veröffentlichte Carrel zusammen mit seinem Assistenten Guthrie die Ergebnisse ihrer experimentellen Herzverpflanzungen, welche sie allerdings am Tier durchführten. Sie explantierten das Herz eines kleinen Hundes und implantierten es heterotop an den Hals eines größeren Artgenossen. Ungefähr eine Stunde und dreißig Minuten nach der Transplantation waren die Herzkranzgefäße durchblutet und es setzten „effektive Kontraktionen“ ein. Nach zwei Stunden bildeten sich Blutgerinnsel, der Hund starb und das Experiment war beendet.⁵⁵

Neue Versuche, Herzen zu transplantieren gab es erst wieder ab 1933, wobei kein Versuch am Menschen durchgeführt wurde. Die Ära der Herztransplantation am Menschen begann im Jahr 1964, als James D. Hardy an der Universität von Mississippi einem Menschen das Herz eines Schimpansen einsetzte. Der 68-jährige Patient Boyd Rush, war dem Tode geweiht und ohne ein neues Herz nicht überlebensfähig. Hardy hatte auch schon den passenden Spender für Rush im Auge. Ein junger Mann lag im selben Krankenhaus wie Rush aufgrund eines Unfalls im Sterben. Seine Familie hatte zugestimmt, dass Hardy das Herz des Patienten entnehmen dürfe, sobald der Tod des Mannes eingetreten war. Am 23. Jänner konnte Hardy nicht länger warten, Rush war dem Tod näher als dem Leben, allerdings sah es nicht so aus, als ob der Organspender so schnell sterben würde. Hardy hatte diese Situation vorausgesehen und einen Schimpansen als Zweitspender auserkoren. Die Schwester von Rush hatte bereits schriftlich ihre Zustimmung zu der Transplantation gegeben. Im Operationssaal kam es schließlich zu einer hitzigen Diskussion zwischen den beteiligten Chirurgen. Schlussendlich wurde abgestimmt und es wurde mit vier zu eins Stimmen entschieden, Alles oder Nichts zu

⁵⁴ Maibaum (2002), 35.

⁵⁵ Schlich (1998a), 183.

wagen und das Herz des Schimpansen zu transplantieren. Obwohl das Herz des Primaten technisch in Ordnung war, überlebte der Patient den Eingriff nicht, da das Schimpansenherz zu klein war, Blut durch einen menschlichen Körper zu pumpen. Nach diesem Eingriff gab es einen Aufschrei in der Bevölkerung und nur wenige Chirurgen waren bereit, das gleiche Experiment zu wagen.⁵⁶

Als Pioniere der Herztransplantation können auch die amerikanischen Chirurgen Norman Shumway und Richard Lower bezeichnet werden. Sie hatten bereits erfolgreich Herzen von Hunden transplantiert, bei welchen sie im Jahr 1964 mit Hilfe von Immunsuppressiva Überlebenszeiten von bis zu 250 Tagen erreichten. Shumway und Lower waren durch eine gute Freundschaft miteinander verbunden und sie entwickelten zusammen durch ihre zahlreichen Versuche an Hunden jene Technik, mit der noch heute Herzen transplantiert werden. Den Erfolg der ersten Herztransplantation wollten allerdings vier Chirurgen für sich beanspruchen. Zwei davon waren die erwähnten Norman Shumway und Richard Lower. Ein weiterer Chirurg, der diesen Erfolg für sich verbuchen wollte, war Adrian Kantrowitz. Auch er hatte sich intensiv mit der von Shumway und Lower entwickelten Technik befasst und hunderte Hundeherzen transplantiert. Diese drei Ärzte waren in den USA tätig und hatten sehr gute Kapazitäten, um die erste Herztransplantation durchzuführen. Shumway führte ein Spitzenteam am Stanford Medical Center, wo er auch früher zusammen mit Richard Lower geforscht hatte. Richard Lower indes war Leiter eines eigenen Teams am Medical College of Virginia, an welchem auch einer der Pioniere der Nierentransplantation – David Hume – seinen Dienst versah. Am Maimonides Hospital in Brooklyn war Kantrowitz tätig. Er verfügte über eine Subvention in der Höhe von drei Millionen Dollar und hatte außerdem 35 international anerkannte Wissenschaftler und Chirurgen an seiner Seite.⁵⁷ Warum also war es der südafrikanische Chirurg Christiaan Barnard, der die erste Herztransplantation durchführte und wie kam es dazu? Barnard, welcher in den USA zusammen mit Shumway an der Universität von Minnesota Medizin studierte, begab sich im Jahr 1966 auf eine knapp einjährige Reise in die USA und besuchte dort drei Transplantationszentren ohne irgendjemanden von seinen Plänen – nämlich die erste Herztransplantation der Geschichte durchzuführen – wissen zu lassen. In Richmond, Virginia machte er sich zusammen mit David Hume – einem der Pioniere der Nierentransplantation – mit dem dortigen Fortschritt der immunsuppressiven Behandlung vertraut. Richard Lower, an derselben Einrichtung tätig, besuchte Barnard kaum.⁵⁸ Ein Laborassistent Lowers warnte diesen und erzählte ihm von Barnards Plänen die erste Herztransplantation durchzuführen. Lower antwortete lediglich achselzuckend: „How can he?“⁵⁹

Nach dem Institut in Richmond besuchte Barnard Thomas Starzl in Denver. Starzl und sein Team konnten weltweit die besten Ergebnisse bei Nierentransplantationen vorweisen und außerdem wurden dort schon seit drei Jahren auch Lebertransplantationen durchgeführt. Als Starzl erklärte, dass das nächste Projekt des Teams sei, Herztransplantationen durchzuführen, aber erst wenn sie mehr Erfahrung bei den Lebern gesammelt hätten, sagte Barnard wiederum

⁵⁶ Burnie (1998), 73.

⁵⁷ Mc Rae (2006), 18.

⁵⁸ Küss/Bourget (1992), 114.

⁵⁹ Mc Rae (2006), 21.

kein Wort von seinen Plänen. Die letzte Wegstation Barnards war Palo Alto, wo er auf Norman Shumway traf.⁶⁰

Zurück in Südafrika machte er sich daran, die erste Herztransplantation durchzuführen. Shumway, Lower und Kantrowitz machten sich indes keine Sorgen, da sie wussten, dass Barnard und sein Team mit der Erfahrung der amerikanischen Ärzte im Bereich der Transplantation von Hundeherzen kaum mithalten konnten. Bis dahin hatte Barnards Team 48 Hundeherzen transplantiert, das waren 250 weniger als Shumway und 210 weniger als Kantrowitz vorzuweisen hatten. Und während in den USA die transplantierten Hunde vollkommen genesen und eine Überlebensdauer von bis zu einem Jahr und mehr erreichten, starb der am längsten Überlebende des südafrikanischen Teams nach zehn Tagen. Barnard vertraute indes sich selbst und seinem Team, in welchem auch sein Bruder Marius, ein begnadeter Herzchirurg, mitarbeitete.⁶¹

Im November 1967 hatten drei der vier „konkurrierenden“ Chirurgen einen Patienten, welchem ein neues Herz das Leben retten konnte. Richard Lower war im Herbst 1966 schon knapp davor gewesen ein Herz zu transplantieren, aber eine Blutinkompatibilität zwischen Spender und Empfänger hinderte ihn im letzten Moment. Im Groote Schuur Hospital, der Wirkungsstätte von Barnard, lag der 53-jährige Louis Washkansky wegen akutem Herzversagen im Sterben. Im Maimonides Hospital in Brooklyn, New York – dem Arbeitsplatz von Kantrowitz – wartete ein schwer herzkrankes 18 Tage altes Baby auf ein rettendes Herz und am Stanford Medical Center in Palo Alto, Kalifornien hatte Shumway einen 35-jährigen Patienten mit schwerem Herzfehler. Alle drei Chirurgen warteten und hofften auf einen passenden Spender.

Das Glück sollte Christiaan Barnard hold sein. Am 2. Dezember 1967 wurde in das Groote Schuur Hospital eine junge Frau eingeliefert, welche aufgrund eines Verkehrsunfalls schwere Verletzungen erlitten hatte. Bei der Frau bestand keine Hoffnung mehr auf Genesung und sie wurde trotz schlagenden Herzens für gehirmtot erklärt. Vor der Operation konsultierte Barnard weiters L. S. Smith, Professor für forensische Medizin an der University of Capetown, um keine rechtlichen Konsequenzen fürchten zu müssen. Smith informierte ihn, dass die Definition des Todes im Gesetz zwar unpräzise war, der Hirntod als „Beweis des Todes“ aber als akzeptabel galt.⁶² Sobald Barnard diese Information erhalten hatte, führte er die Operation durch. Nach der Transplantation schlug das „neue“ Herz nicht sofort, doch schon der erste Elektroschock glückte und das frisch transplantierte Organ schlug mit guter Frequenz. Die Nachricht der ersten geglückten Herztransplantation verbreitete sich wie ein Lauffeuer um die ganze Welt und Barnard wurde als Held gefeiert. Dies tat auch der Tatsache keinen Abbruch, dass der Patient nur 18 Tage mit seinem neuen Herzen lebte, bevor er an einer Lungeninfektion verstarb.⁶³

Nur drei Tage später führte Adrian Kantrowitz in Brooklyn, New York die zweite Herztransplantation an seinem 18 Tage alten Patienten durch. Der kleine Patient überlebte diese Proze-

⁶⁰ Küss/Bourget (1992), 115.

⁶¹ McRae (2006), 18.

⁶² Schmid (2003), 35.

⁶³ Eckhart (2007). Siehe für Abbildungen der beteiligten Personen Küss/Bourget (1992), 107.

dur allerdings gerade einmal sechseinhalb Stunden. Norman Shumway führte als weltweit dritter Chirurg genau einen Monat später eine weitere Transplantation durch. Der 53-jährige Patient überlebte 15 Tage.

Obwohl die Ergebnisse der ersten Transplantationen als nicht zufrieden stellend gesehen werden konnten – kein Patient überlebte auch nur drei Wochen – lösten sie einen regelrechten Boom an Herztransplantationen aus. Im Jahr 1968 wurden 102 Herztransplantationen in 17 Ländern durchgeführt. Die durchschnittliche Überlebensrate der Patienten lag hier bei nur 29 Tagen, was den Enthusiasmus erheblich dämpfte.⁶⁴ Die Erfolgsmeldungen blieben auch im Jahr 1969 aus und im Jahr 1970 hatten dann die meisten Institutionen ihre Versuche aufgegeben. 1971 wurden nur ganze 10 Transplantationen weltweit durchgeführt.⁶⁵

Shumway entwickelte im Jahr 1970 an der Stanford University einen Leitfaden, der bessere Überlebensraten sichern sollte. Als Erstes legte er fest, dass die Spenderbetreuung intensiviert werden musste und schloss weiters einige „Risikopatienten“ von einer Herztransplantation aus – diese waren zum Beispiel Patienten über 50 Jahren, Patienten mit Diabetes, Infektionen, etc. Das „Stanford-Kriterium“ wurde weltweit akzeptiert bis Verbesserungen in der Immunsuppression und in der Behandlung von Infektionen die Auswahl der Empfänger eines Herzen nicht mehr derart strikt machten. Von 1980 an nutzte Shumway ein neues, Erfolg versprechendes Medikament das Abstoßungsreaktionen verhindern sollte – Cyclosporin A. Im September 1982 präsentierte er die Ergebnisse von 40 Patienten, die mit diesem Medikament behandelt worden waren. Die Ein-Jahres-Überlebensrate lag bei 70%. Auf dem fünften Kongress der *International Society of Heart Transplantation*, der im Jahr 1984 stattfand, wurden seine Ergebnisse noch einmal vorgestellt und Cyclosporin als neues Immunsuppressivum empfohlen. Die Einführung des immunsuppressiven Medikamentes Cyclosporin verbesserte die Transplantationsergebnisse merklich. Die Überlebensrate von mehr als einem Jahr lag bei 80%. Weiters beschleunigte das Medikament die Rehabilitation und verkürzte die Spitalsaufenthalte. Cyclosporin führte zu einem wieder erwachenden Interesse in der Herztransplantation mit einer dramatischen Expansion von Herztransplantationszentren auf der ganzen Welt.⁶⁶

4.5 Schlussbemerkungen

Nachdem die Transplantationstechnik ausgereifter wurde und die Abstoßungsreaktion des Körpers durch die Entwicklung von Cyclosporin und anderen Immunsuppressiva immer mehr unterdrückt werden konnte, waren die Chirurgen ab den 1980er-Jahren in der Lage, immer mehr Organe zu transplantieren. Die Organtransplantation wurde bald ein akzeptiertes Heilverfahren und die einzelnen Länder entwickelten Gesetze, welche die Transplantationsmedizin regelten, um Missbräuche auszuschließen. Nachdem die Technik und die Abstoßungsreaktion kein allzu großes Problem mehr darstellten, stieß man schon bald an eine weitere

⁶⁴ Kroshus/Kshetry (2003), 198.

⁶⁵ Küss/Bourget (1992), 121.

⁶⁶ Küss/Bourget (1992), 130.

Grenze – die Organknappheit. Die Nachfrage nach Organen überstieg schon in den 1990er-Jahren das Angebot. Dass dieses Problem bis heute nicht ohne weiteres in den Griff zu bekommen ist, zeigt ja auch nicht zuletzt die, in diesem Band abgedruckte Podiumsdiskussion.

Literatur

- Alexandre, Guy (1991): „From the early days of human kidney allotransplantation to prospective xenotransplantation“, in: Terasaki, Paul I. (Hrsg.): *History of Transplantation: Thirty-Five Recollections*. Los Angeles: UCLA Tissue Typing Laboratory, S. 338-348.
- Burnie, David (1998): „Der Chirurg als Held“, in: *Meilensteine der Medizin*. Stuttgart: Das Beste, 69-73.
- Calne, Y. Roy (2003): „The history of liver transplantation“, in: Hakim, Nadey S./Papalois, Vassilios E. (Hrsg.): *History of Organ and Cell Transplantation*. London: Imperial College Press, S. 100-119.
- Carnig, Jennifer (2004): „Manuscripts of ‘father of blood bank’ on display at Regenstein“, in: *University of Chicago Chronicle* 24 (5), <http://chronicle.uchicago.edu/041118/blood-bank.shtml> (Zugriff am 22. April 2008).
- Eckhart, Wolfgang (2007): „40 Jahre Herztransplantation“, in: *Süddeutsche Zeitung*, 29. November 2007, <http://www.sueddeutsche.de/wissen/artikel/917/145584/> (Zugriff am 20. Dezember 2007).
- Keynes, Geoffrey (1922): *Blood Transfusion*. London: Hodder and Stoughton.
- Kroshus, Timothy/Kshetry, Vibhu R. (2003): „The history of heart transplantation and heart valve transplantation“, in: Hakim, Nadey S./Papalois, Vassilios E. (Hrsg.): *History of Organ and Cell Transplantation*. London: Imperial College Press, S. 194-208.
- Küss, René/Bourget Pierre (1992): *An illustrated history of organ transplantation. The great adventure of the century*. Rueil-Malmaison: Laboratoires Sandoz.
- Maibaum, Martina (2003): *Die Geschichte der Nierentransplantation*. Dissertation, Universität Münster, http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=969099924&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=969099924.pdf (Zugriff am 5. Mai 2008)
- McRae, Donald (2006): *Every second counts. The race to transplant the first human heart*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Murray, Joseph E. (1991): „Nobel Prize lecture: The first successful organ transplant in man“, in: Terasaki, Paul I. (Hrsg.): *History of Transplantation: Thirty-Five Recollections*. Los Angeles: UCLA Tissue Typing Laboratory, S. 121-138.
- Papalois, Vassilios E./Hakim, Nadey S./Najarian, John S. (2003): „The history of kidney transplantation“, in: Hakim, Nadey S./Papalois, Vassilios E. (Hrsg.): *History of Organ and Cell Transplantation*. London: Imperial College Press, S. 76-99.
- Polsky, D. Allyson (2002): „Blood, Race, and National Identity: Scientific and Popular Discourses“, in: *Journal of Medical Humanities* 23, S. 171-186.
- Red Gold (o.J.): *The epic story of blood – 1920-1949 – The impact of war. Poster Gallery*, <http://www.pbs.org/wnet/redgold/gallery/index.html> (Zugriff am 22. April 2008)

- Schlich, Thomas (1998a): *Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1880-1930)*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Schlich, Thomas (1998b): *Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung*. München: C.H. Beck.
- Schmid, Christof/Schmitto, Jan D./Scheld, Hans H. (2003): *Herztransplantation in Deutschland. Ein geschichtlicher Überblick*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Schott, Heinz (1993): *Die Chronik der Medizin*. Dortmund: Chronik Verlag.
- Starr, Douglas (1998): *Blut. Stoff für Leben und Kommerz*. München: Gerling Verlag.
- Terasaki, Paul I. (Hrsg.) (1991): *History of Transplantation: Thirty-Five Recollections*. Los Angeles: UCLA Tissue Typing Laboratory.
- Vannahme-Fritz, Joachim (1992): „Blut, das war dann nur mehr Geld“, in: *Die Zeit*, 3. Juli 1992, 65, <http://www.zeit.de/1992/28/Blut-das-war-dann-nur-mehr-Geld> (Zugriff am 2. April 2008).
- Vossschulte, Hubert (1873): *Geschichte der Transfusion des Blutes*. Dissertation, Universität Halle-Wittenberg.
- Wegner, Gudrun (2001): *Bluttabu – Tabuisierung des Lebens*, Dissertation, Freie Universität Berlin, <http://www.diss.fu-berlin.de/2001/70/index.html> (Zugriff am 2. April 2008).

5 *Menschliche Körperteile und der Wert des menschlichen Lebens*

Eine monetäre Bewertung mittels Schmerzengeldentscheidungen

*Andrea Leiter, Magdalena Thöni und Hannes Winner**

5.1 Einleitung

Seit jeher sind Ökonomen daran interessiert, die Lebensqualität infolge von Veränderungen des Gesundheitszustandes oder generell das menschliche Leben monetär zu bewerten. Die Bewertung des Lebens bzw. der Lebensqualität ist für den Ökonomen deshalb von Bedeutung, da bei öffentlichen Investitionen – insbesondere wenn sie auf die Verbesserung der Gesundheit oder den Schutz des Lebens abzielen – meist klare Vorstellungen von den Kosten, aber kaum Informationen über den monetären Nutzen einer



Bild: Magdalena Thöni und Moderator Engelbert Theurl

Maßnahme für die Betroffenen vorliegen. Eine präzise Vorstellung des monetären Nutzens ist jedoch im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse unerlässlich, welche wiederum den effizien-

* Für die ausgezeichnete Unterstützung im Rahmen der Datenerhebung bedanken wir uns bei Cornelia Donner und Alexandra Gosch. Unser Dank gilt ferner Frau Dr. Claudia Walch und Herrn Dr. Alexander Dzien für die medizinische Beratung. Für wertvolle Hinweise und Anregungen danken wir schließlich den Teilnehmern des zweiten Wirtschaftshistorischen Symposiums an der Universität Innsbruck, und im besonderen Josef Nussbaumer, Michael Pfaffermayr, Engelbert Theurl und Andreas Exenberger.

ten Ressourceneinsatz in einer Volkswirtschaft sicherstellen soll. Beispiele dazu finden sich in der Umweltpolitik (z.B. Hochwasserschutzanlagen oder Lawinenverbauungen) oder in der Gesundheitspolitik (z.B. beim Ankauf von medizinisch-technischen Geräten, bei der Implementierung von neuen Operationstechniken oder bei der Durchführung von Impfungen).

Wie kann Leben bzw. eine Veränderung der Lebensqualität bewertet werden? Für Ökonomen besteht die nahe liegende Antwort darin, auf Märkte und den damit verbundenen Preismechanismus zurückzugreifen. Allerdings existieren – zumindest in entwickelten Ländern und im legalen Raum – für Menschen und Körperteile keine Märkte. Daher sind Methoden heranzuziehen, die derartige Preise umfassend und möglichst genau erfassen. Bislang existieren drei methodische Ansätze zur Ermittlung von derartigen Preisen: der Humankapitalansatz, der Wert des statistischen Lebens (*Value of Statistical Life*, VSL) und das Konzept der qualitätsbereinigten Lebensjahre (*Quality Adjusted Life Years*, QALYs). Beim Humankapitalansatz wird für die Bewertung des Lebens das (Rest-)Lebenseinkommen herangezogen. Dies führt zu einer systematischen „Unterbewertung“ von älteren Menschen und Personengruppen, die nicht im Erwerbsleben stehen. Als gemeinhin akzeptierte Bewertungsansätze verbleiben die Konzepte des VSL und der QALYs. In beiden Fällen fließt die individuelle Risikoeinschätzung explizit in die Bewertung ein. Diese wird über Befragungen oder über tatsächliches Marktverhalten zu ermitteln versucht. Der Schwachpunkt der beiden Bewertungsansätze ist offensichtlich: Die Risikoeinstellung ist subjektiv. Der Wert des Lebens bzw. der Lebensqualität hängt daher wesentlich davon ab, ob und wie stark die Betroffenen ihr Risiko wahrnehmen und wie ausgeprägt ihre Risikoneigung ist.¹

Im vorliegenden Beitrag wird ein neuer Bewertungsansatz vorgestellt, der objektiv in dem Sinne ist, als dass ein Rückgriff auf individuelle, subjektive Risikoeinstellungen nicht erforderlich ist. Konkret werden zur Bewertung des Lebens und der Lebensqualität gerichtliche Entscheidungen über Schmerzensgeldansprüche herangezogen.² Bei einem Schmerzensgeldzuschuss werden dem Körper und dessen Teilen Preise für einen Verlust an Lebensqualität zugeordnet. Damit können einzelne Körperteile und – sofern diese zu einem voll funktionsfähigen Körper zusammengefügt werden – das menschliche Leben insgesamt bewertet werden. Die Vorteile des Bewertungsansatzes sind erstens von methodischer Natur. Die Entscheidung über den Zuspruch und die Höhe des Schmerzensgeldes erfolgt durch richterliche Organe (Richter und Senate, häufig beraten durch unabhängige Sachverständige). Die Bewertung der Beeinträchtigung der Lebensqualität ist damit gesellschaftlich und (im Idealfall) objektiv. Zweitens liegt – aus einer inhaltlichen Perspektive gesehen – der wesentliche Vorteil der Methode darin, dass nicht nur der Wert des (gesamten) Lebens, sondern auch der Verlust an Lebensqualität infolge von Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit von Körperteilen und -organen bewertet werden kann. Dies eröffnet einen neuartigen und weiten Einsatzbereich des Bewertungsansatzes im Rahmen der Evaluierung von gesundheitspolitischen Maßnahmen.

Wie bei jeder neuartigen Methode stellt sich auch beim vorliegenden Bewertungsansatz die Frage, wie dieser im Vergleich zu den bisherigen Methoden abschneidet. Im Folgenden wird

¹ Vgl. Slovic et al. (1982, 2000) und Viscusi (1992).

² Im Folgenden wird die, in Österreich gängige Formulierung „Schmerzensgeld“ (im Gegensatz zum deutschen Schmerzensgeld) verwendet.

anhand von etwa 1.500 gerichtlichen Schmerzensgeldentscheidungen aus Deutschland und Österreich illustriert, wie sich aus den (Schatten-)Preisen von Körperteilen der Wert des menschlichen Lebens ermitteln lässt. Der Wert des Lebens beträgt demnach im Durchschnitt etwa 1,8 Mio. Euro. Dieser Wert liegt innerhalb der Bandbreiten, die in entsprechenden Studien über den VSL in diesen beiden Ländern angegeben werden. Die Bewertung des menschlichen Lebens, basierend auf dem Schmerzensgeldansatz, kann damit als valide angesehen werden, was wiederum impliziert, dass die Methode geeignet ist, im Rahmen der gesundheitspolitischen Bewertung der Lebensqualität infolge einer veränderten Funktionsfähigkeit einzelner Körperfunktionen eingesetzt zu werden.

Im anschließenden Abschnitt erfolgt ein kurzer Überblick über alternative ökonomische Bewertungsverfahren des menschlichen Lebens. Die Ausführungen konzentrieren sich auf den VSL und QALYs. Damit soll quantitativ ein Rahmen gesteckt werden, an dem das Bewertungsverfahren über Schmerzensgeldentscheidungen zu messen sein wird. Nachfolgend werden die rechtstheoretischen Grundlagen von Schmerzensgeldentscheidungen erläutert. Darauf aufbauend erfolgt die monetäre Bewertung von Körperteilen und des menschlichen Lebens. Abgeschlossen wird der Beitrag mit einer kurzen Zusammenfassung und einem Ausblick auf mögliche methodische Erweiterungen.

5.2 Bisherige Ansätze zur monetären Bewertung des menschlichen Lebens

Der VSL wird aus den Zahlungsbereitschaften der Individuen für eine Veränderung des Sterberisikos berechnet. Der Quotient aus der jährlichen Zahlungsbereitschaft und der der Bewertung zugrunde liegenden Risikoveränderung ergibt den VSL. Der VSL gibt also jene Rate wieder, zu welchem die Individuen bereit sind, Einkommen gegen Risiko zu tauschen, ohne dass sich ihr Nutzenniveau verändert. Er basiert damit auf einer gesellschaftlichen Einschätzung.³ Der hedonische Preisansatz (basierend auf Marktbeobachtungen) und die kontingente Bewertungsmethode (basierend auf Personenbefragungen) sind gängige Verfahren zur Schätzung der Zahlungsbereitschaft für eine Reduktion von spezifischen Sterbe- und Verletzungsrisiken. Tabelle 5.1 gibt eine Übersicht über Studien, welche den VSL für Deutschland und Österreich berechnen.⁴ Demnach liegt für diese beiden Länder der Wert des statistischen Lebens bei etwa 2,5 bis 3 Mio. Euro (im Mittel). Die Schwankungsbreite liegt zwischen 2 und 7 Mio. Euro. Ein systematischer Unterschied zwischen Deutschland und Österreich ist nicht zu erkennen.⁵

³ Vgl. Lesser et al. (1997).

⁴ Vgl. Leiter/Pruckner (2007b) für eine weiterführende Darstellung und Diskussion.

⁵ Neben Todesfallrisiken wurden auch Risikoprämien für die Wahrscheinlichkeit von (nicht tödlichen) Verletzungen bewertet. Eine aktuelle Studie von Hultkrantz et al. (2006), die Maßnahmen zur Reduzierung von Verkehrsrisiken für europäische Länder bewertet, ermittelt auf Basis von Befragungsdaten Werte für eine schwere Verletzung in der Höhe von 0,44 bis 1,17 Mio. Euro (zu Werten 2005).

Tabelle 5.1: VSL für Deutschland und Österreich (in Mio. Euro)⁶

Studie		Land	Datenbasis/Methode	VSL
Autoren	Jahr			
Spengler	2004	Deutschland	Arbeitsmarktdaten (HP)	1,83 bis 4,98
Spengler/Schaffner	2007	Deutschland	Arbeitsmarktdaten (HP)	1,91 bis 6,20
Weiss et al.	1986	Österreich	Arbeitsmarktdaten (HP)	4,41 bis 7,35
Maier et al.	1989	Österreich	Befragungen (CV)	1,76 bis 4,90
Leiter/Pruckner	2007a	Österreich	Befragungen (CV)	1,94 bis 5,11

Eine alternative Möglichkeit, menschliches Leben zu bewerten stellen QALYs dar. QALYs berücksichtigen nicht nur die Anzahl der geschützten/geretteten Lebensjahre, sondern stellen zudem die Qualitätsverbesserungen der Gesundheit in Rechnung.⁷ Es handelt sich dabei um eine Methode zur Bewertung verschiedener Gesundheitszustände in Form von periodisierten Nutzenwerten. Tabelle 5.2 gibt eine Zusammenfassung über Ergebnisse aus Studien zu QALYs für Deutschland (und das benachbarte Dänemark; für Österreich sind leider keine Studien verfügbar). Dabei ist zu betonen, dass QALYs selbst noch kein monetäres Maß darstellen. Eine Möglichkeit der Transformation besteht darin, nach der individuellen Zahlungsbereitschaft zu fragen, eine bestimmte Veränderung der Lebensqualität zu erlangen.⁸ Die angeführten deutschen Studien bewerten QALYs nicht anhand der Zahlungsbereitschaft der Individuen, sondern beziehen sich lediglich auf die Kosten pro QALY.⁹ Als Vergleich werden daher zusätzlich zwei aktuelle Studien aus anderen europäischen Ländern angeführt, die QALYs anhand der individuellen Zahlungsbereitschaft monetär erfassen.¹⁰

Tabelle 5.2: QALYs in Europa (in Euro)¹¹

Studie		Land	Datenbasis/Methode	Wert pro QALY
Autoren	Jahr			
Brennan et al.	2006	Deutschland	Gesundheitskosten	14.285
Greiner et al.	2006	Deutschland	Gesundheitskosten	1.045 bis 1.694
Gyrd-Hansen	2003	Dänemark	Befragungen	12.809
Roels et al.	2003	9 EU-Länder (inkl. Deutschland)	Annahme über Zahlungsbereitschaft	63.066

⁶ Anmerkungen zur Tabelle: HP ... Hedonischer Preisansatz; CV ... *contingent valuation* (Kontingente Bewertung). Die Österreichischen Werte für den VSL wurden mittels des heimischen Verbraucherpreisindex (Statistik Austria) in Euro von 2005 konvertiert. Zur Indexierung der deutschen VSL-Werte wurde der Europäische Verbraucherpreisindex herangezogen.

⁷ Vgl. Hammitt (2002).

⁸ Vgl. Sunstein (2003).

⁹ Vgl. Brennan et al. (2006), Greiner et al. (2006).

¹⁰ Vgl. Theurl (2007) für eine umfassende Darstellung.

¹¹ Die Werte für die QALYs wurden in Euro von 2005 konvertiert. Zur Indexierung der deutschen bzw. EU-Werte wurde der Europäische Verbraucherpreisindex angewandt. Als Wechselkurs für dänische Kronen wurden die Referenzkurse der EZB für 2005 verwendet.

Wenngleich das Ziel der beiden Bewertungsmethoden unterschiedlich ist, weisen VSL und QALYs die Gemeinsamkeit auf, dass das Individuum – mittels Befragungen oder Beobachtungen des tatsächlichen Marktverhaltens – in den Bewertungsprozess eingebunden wird.¹² Dies könnte die relativ großen Unterschiede in den Werten des menschlichen Lebens bei beiden Bewertungsansätzen erklären (insbesondere in Tabelle 5.1).¹³

5.3 Rechtliche Grundlagen des Schmerzgeldanspruchs

Analysiert man die Entwicklung, das Entstehen und den Zuspruch von Schmerzgeld im deutschsprachigen Raum, so handelt es sich auch hier um den Evaluierungsgegenstand Lebensqualität. Das Schmerzgeld kann als eine materielle Entschädigung definiert werden, die einem Opfer im Falle der Erleidung einer Körperverletzung gebührt.¹⁴ Es stellt mit anderen Worten eine Monetarisierung einer veränderten Lebensqualität dar, die sich durch eine (temporäre oder permanente) Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit erklärt. Ausgangspunkt für den Zuspruch von Schmerzgeld stellt ein Anspruch auf Schadenersatz dar.¹⁵ Schadenersatz gilt als Ausgleich eines Schadens, der einer Person durch eine andere Person (Sache) schuldhaft zugefügt wird. Dieser Ausgleich kann vor Zivilgerichten dann eingefordert werden, wenn der Schaden durch ein rechtswidriges und schuldhaftes Verhalten verursacht wird. Als Schaden werden sämtliche Nachteile definiert, die jemandem an Vermögen, Rechten oder der Person erwachsen. Damit kann der Schaden in Form eines Vermögensschadens, eines ideellen/immateriellen Schadens oder eines Nichterfüllungs- bzw. Vertrauensschadens auftreten.

Das Verhalten des Schädigers muss bei der Zufügung des Schadens *rechtswidrig* und *schuldhaft* sein.¹⁶ Als rechtswidrig ist ein Verhalten zu qualifizieren, wenn es im Widerspruch zur geltenden Rechtsordnung bzw. zu einem geschlossenen Vertrag steht. Rechtswidrigkeit bezieht sich auf das Verhaltensunrecht, also auf menschliches Verhalten, das in einem aktiven Tun bzw. einem passiven Unterlassen zu sehen und regelmäßig in einer Rechtsgutverletzung zu erkennen ist.¹⁷ Verschulden ist die Vorwerfbarkeit rechtswidrigen Verhaltens. Eine Person handelt schuldhaft, wenn sie ein Verhalten setzt, das sie hätte vermeiden sollen/können.¹⁸ Das

¹² Vgl. Hammitt (2002) für eine Diskussion.

¹³ In der Literatur werden als weitere Gründe genannt: die Art des zu bewertenden Risikos (z.B. von Menschen verursachte vs. natürliche Risiken, bekannte vs. relativ unbekannte Risiken), die Methode zur Schätzung der Zahlungsbereitschaft (z.B. hedonischer Preisansatz vs. kontingenter Bewertungsmethode; reale vs. hypothetische Märkte), die Datenqualität (z.B. Querschnitt- vs. Paneldaten) und die ökonomische Spezifikation (z.B. Verteilungsannahmen, Modellbildung).

¹⁴ Vgl. Danzl (2008).

¹⁵ Gesetzliche Regelungen finden sich für Österreich in §§1293 ff. ABGB, für Deutschland in §§ 823 ff. BGB.

¹⁶ Rechtswidriges und schuldhaftes Verhalten wird einerseits durch die Verschuldenshaftung und andererseits durch die Gefährdungshaftung abgedeckt. Bei letzterer tritt an die Stelle des Verschuldenselements die objektive Gefährlichkeit einer erlaubten Tätigkeit.

¹⁷ Rechtswidriges Verhalten ist dann als rechtmäßig anzuerkennen, wenn Rechtfertigungsgründe wie beispielsweise Notwehr, Notstand, Selbsthilfe, Einwilligung oder ein medizinischer Notfall vorliegen.

¹⁸ Vgl. Welsch (2007).

Verschulden stellt damit nicht wie die Rechtswidrigkeit auf das Verhalten ab, sondern vielmehr auf den Schädiger *ad personam*, indem zu fragen ist, ob ihm das verbotene Handeln persönlich vorzuwerfen ist. Diese Vorwerfbarkeit lässt sich anhand der zwei Verschuldensformen *Vorsatz* und *Fahrlässigkeit* festmachen. Fahrlässigkeit kann als Außerachtlassen der erforderlichen und gehörigen Sorgfalt verstanden werden. Im Gegensatz dazu ist von Vorsatz auszugehen, wenn dem Täter die Rechtswidrigkeit bewusst ist, er den schädlichen Erfolg vorhersieht und den Eintritt eines Schadens billigt. Verschulden liegt demnach in beiden Fällen vor und ist unabhängig davon, ob dies durch aktives Tun oder passives Unterlassen herbeigeführt wird.

Schließlich ist der Zuspruch eines Schadenersatzanspruchs von der Verursachung (Kausalität) des Schadens abhängig. Demnach muss ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem haftbar machenden Ereignis und dem Schaden vorhanden sein, um Schmerzensgeld überhaupt zugesprochen zu bekommen.

Haftung bei der Verletzung einer Person

Wird die körperliche Unversehrtheit einer Person verletzt, so haftet der Schädiger unter den oben angeführten Schadenersatzkriterien für die Heilungskosten, den (zukünftig) entgangenen Verdienst, wie auch für ein angemessenes Schmerzensgeld und unter Umständen für eine Verunstaltungsentschädigung. Dem Geschädigten stehen damit unterschiedliche zivilrechtliche Schadenersatzansprüche aus einer Körperverletzung zu. Diese Schutzgutverletzung der körperlichen Unversehrtheit umfasst sowohl die Beschädigung des Organismus, im Sinne eines Eingriffs, den man als äußere Verletzung (Wunde) oder eine sogenannte innere Verletzung bezeichnet, oder um eine Funktionsstörung innerer Lebensvorgänge, gleichgültig, ob ein körperliches oder seelisch-geistiges Leiden vorliegt.¹⁹

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf dem Rechtsinstitut des Schmerzensgeldes, das die wichtigste Form des Ersatzes immateriellen Schadens darstellt und als materielle Entschädigung für das erlittene Ungemach bezeichnet werden kann.²⁰ Ausgangspunkt für den Zuspruch von Schmerzensgeld und damit für die Kompensation erlittener Ungemachs sind Schmerzen, eine Begrifflichkeit, die ein weites Spektrum an sensorischen Missempfindungen umfasst.²¹ Dabei lassen sich qualitative und quantitative Unterschiede feststellen, die sich auch auf die persönliche Ausprägung eines jeden Individuums beziehen. Schmerzen weisen damit oftmals

¹⁹ Vgl. Danzl (1990, 2008).

²⁰ Schmerzensgeld ist ein Terminus, der ausschließlich im Zivilrecht (ABGB, BGB) besteht und im Strafrecht (StGB) keine Deckung findet. Daher kommt der Interpretation des Begriffes „Körperverletzung“ im strafrechtlichen Sinne eine zentrale Bedeutung zu, da Schmerzensgeld – als privatrechtlicher Anspruch – nur als Folge einer körperlichen Verletzung gebührt (vgl. Müller 2008). Bei Körperverletzungen und Tötung kommt es daher parallel zum Zivilprozess oder häufig diesem vorgeschaltet zu einem Strafverfahren (basierend auf § 75 ff StGB (Österreich), §§ 224 ff StGB (Deutschland)). Das Zivilverfahren und Strafverfahren sind zwei getrennte, voneinander unabhängige Verfahren.

²¹ Vgl. Danzl (2008).

eine stark emotionale Komponente auf und manifestieren sich auf der körperlichen wie auch auf der psychischen und sozialen Dimension der Lebensqualität.²²

Grundfunktionen des Schmerzensgeldes

Die geforderte Schmerzensgeldentschädigung (§ 253 BGB, § 1325 ABGB) infolge eines positiv zu bewertenden Schmerzensgeldanspruchs basiert auf einer Ausgleichs- als auch einer Genugtuungsfunktion. Die damit einhergehende rechtsdogmatische Zweigleisigkeit verfolgt einerseits die Absicht, dass dem Geschädigten ein angemessener Ausgleich für Schäden von nicht-vermögensrechtlicher Art zusteht. Andererseits trägt sie dem Gedanken Rechnung, dass der Schädiger dem Geschädigten Genugtuung für das schuldet, was er ihm angetan hat.²³

Die *Ausgleichsfunktion* bildet die wesentliche Grundlage der Entschädigung und wird vor allem aus dem Grund der entgangenen Lebensfreude geleistet. Ausgeglichen wird der erlittene Schaden außerhalb des Vermögens (sogenannter immaterieller Schaden). Die im Rahmen der Ausgleichsfunktion zugesprochene Geldsumme soll dem Verletzten die Möglichkeit geben, sein seelisches Gleichgewicht wieder zu finden, soweit die Schwere der Verletzung und des Leides dies überhaupt zulässt.²⁴ Der Umfang des Schadens und das Ausmaß der konkreten Beeinträchtigung sind für die Bemessung des Schmerzensgeldes ausschlaggebend.²⁵ Maßgeblich sind nicht nur Körperschäden im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr auch subjektive Empfindungen und damit abschließend, das Ausmaß der Lebensbeeinträchtigung (im Sinne einer veränderten Lebensqualität). Damit können im Rahmen der Ausgleichsfunktion folgende Faktoren Berücksichtigung finden:

- Schmerzen, Heftigkeit und Dauer der Verletzung
- Verletzungsbedingte Leiden
- Alter, Geschlecht
- Soziale und seelische Belastung

Die zweite und historisch früher entwickelte Funktion findet sich in der *Genugtuung*. Demnach soll dem Geschädigten dahingehend Befriedigung erbracht werden, als dass der Täter zumindest einen finanziellen Schaden aus der Schädigung trägt und damit auch zivilrechtlich sanktioniert wird.²⁶ Die Genugtuungsfunktion rückt damit das Schmerzensgeld in die Nähe der Strafe, sodass es eine irrationale Funktion erhält. Dieser Lehre folgend soll die Verbitterung des Verletzten über das ihm zugefügte Unrecht besänftigt werden und vom Gefühl des Hasses und dem Wunsch nach Vergeltung entlasten.²⁷ Wichtig ist allerdings, dass nicht Verbitterung

²² Vgl. Danzl (2008).

²³ Vgl. Schäfer/Ott (2000).

²⁴ Vgl. Luckey (2005). Unerheblich ist dabei die Wahrnehmungsfähigkeit des Verletzten, vielmehr wird auf die tatsächliche Beeinträchtigung abgestellt. Vgl. hiezu BGH, Urteil vom 13.10.1992 – VI ZR 201/91 –, BGHZ 120, 1 und OGH in ZVR 1993/150.

²⁵ Diese Meinung vertrat der BGH bereits in der Entscheidung vom 29.9.1952 – III ZR 340/51 –, BGHZ 7, 223, 225.

²⁶ Vgl. diesbezüglich die Rolle von *Punitive Damages* (Strafschadenersatz) im angelsächsischen Haftungsrecht.

²⁷ Vgl. Luckey (2005), Henke (1969).

und Hass als rechtliche Argumente angeführt werden, sondern vielmehr durch die Addition der Genugtuungskomponente eine erleichterte Kompensation des Schadens möglich wird. Von maßgeblicher Bedeutung können somit für den Zuspruch der Genugtuungsfunktion die folgenden Faktoren sein:

- Das Verschulden des Schädigers (grobe Fahrlässigkeit bzw. Vorsatz)
- Der Anlass des Unfalls oder der Verletzungshandlung
- Die symbolische Wiedergutmachung bei Verlust des subjektiven Empfindungsvermögens

Der Genugtuungskomponente wird bei Vorliegen einer der genannten Faktoren verstärkter Wiedergutmachungscharakter zugesprochen, sie bleibt allerdings hinter der Ausgleichsfunktion zurück.

Bemessungsformen des Schmerzgeldes

Als Schutzobjekt des Schmerzgeldes ist die körperliche Integrität zu sehen, somit also die körperliche Unversehrtheit in ihrer Gesamtheit, unabhängig davon, ob es sich um ein anatomisches, funktionelles, geistiges oder psychisches Defizit handelt. Damit schützen die vorliegenden Normen jedwede Beschädigung des menschlichen Organismus (außer- wie innerkörperlich). Das Schmerzgeld hat dabei nicht nur die bereits erlittenen, sondern auch die künftig zu erwartenden Schmerzen und Leidenszustände in Form einer „Einmalabfindung“ abzugelten.²⁸ Durch die Möglichkeit, Schmerzen zivilrechtlich einzuklagen, bedarf es allerdings eines Abstraktionsniveaus, das diese emotionale, persönliche und schwer quantifizierbare Größe einfängt. Als eine mögliche und mittlerweile bereits allgemein anerkannte Methode hat sich hierfür in Österreich die Verwendung von Tagsätzen etabliert, gegliedert nach den entsprechenden Schweregraden der Schmerzen (stark, mittelstark und leicht).²⁹ In Deutschland werden Schmerzen nicht durch diesen Zwischenschritt abstrahiert.

Die Höhe und das Ausmaß des Schmerzgeldes werden von den Gerichten und damit durch den jeweilig zuständigen Spruchkörper zuerkannt (vgl. Instanzenzug). Damit findet das Gericht eine Entscheidungsbasis vor, die sich einerseits auf die beiden bereits diskutierten

²⁸ Eine mehrmalige Geltendmachung kommt ausnahmsweise dann in Betracht, wenn eine Globaleinschätzung (noch) nicht möglich ist oder nachträglich unvorhersehbare Komplikationen eingetreten sind, die im Rahmen der ersten Einschätzung noch nicht berücksichtigt werden konnten. Ein Zuspruch mehrerer Teilbeträge darf allerdings nicht dazu führen, dass der Geschädigte insgesamt mehr erhält als bei einer einmaligen Globalbemessung.

²⁹ Die Schweregrade können wie folgt definiert werden (vgl. Diemath und Zerlauth 2002): (a) *Starker Schmerzzustand*: Schmerz- und Krankheitsgefühl beherrschen den Verletzten so, dass er trotz Behandlung oder gerade wegen dieser nicht in der Lage ist, sich selbst von diesem Zustand zu abstrahieren, in dem er sich nicht ablenken, an nichts erfreuen kann, in dem er nur im wahrsten Sinne des Wortes ein Leidender und Schwerstkranker ist. (b) *Mittelstarker Schmerz – Leidenszustand*: Ein Zustand, der sich mit der Fähigkeit, sich von ihm selbst zu abstrahieren, die Waage hält, wenn der Kranke also schon zu gewissen Interessenverwirklichungen bereit und fähig ist. (c) *Leichter Schmerzzustand*: Der Patient kann über seinen Leidenszustand dominieren, er kann sich zerstreuen und ablenken, er kann sogar einer, der Situation entsprechenden, Beschäftigung nachgehen. Er ist aber keineswegs frei von Schmerzen und Unlustgefühl.

Grundfunktionen (Ausgleich und Genugtuung) stützt, andererseits aber auch auf die durch die Rechtsprechung entschiedenen Vergleichsfälle (Präjudizien) und Faktoren wie Schwere der Verletzung und Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes (der determinierende Faktor), Intensität der mit der Verletzung einhergehenden Schmerzen einschließlich der psychischen Belastung des Verletzten sowie der Dauer der Schmerzen (aufgeklärt durch medizinische Sachverständigengutachten).

Die dabei oftmals als Hilfsmittel herangezogenen Schmerzensgeldtabellen können als nichtlegislative Tabellen mit einem unverbindlichen Charakter definiert werden. Trotzdem wird ihnen in Literatur und Rechtsprechung besondere Beachtung geschenkt, was sich durch die Nähe zum Richterrecht und damit zu einer „sekundären Rechtsquelle“³⁰ erklären lässt. Schmerzensgeldtabellen können als eine Zusammenstellung der Kernaussagen bereits bestehender Urteile und damit als Sammlung von Präjudizien charakterisiert werden. Basierend auf dem Postulat der Vorhersehbarkeit der Judikatur (Rechtsstaatlichkeitsprinzip und Gleichheitsgrundsatz) sollten entsprechend nachfolgende Gerichtsentscheidungen auf vorhergehenden Urteilen basieren. Von dem vorhergehenden Urteil ist nur dann abzuweichen, wenn sich die in ihm findende Rechtsansicht im Lichte der Rechtsordnung insofern als falsch erweist, als dass die neu entstandene Rechtsmeinung besser begründbar ist und dem Gesetz folglich eher entspricht.³¹ Wichtig erscheint es in diesem Kontext für Lehre und Literatur, dass es sich bei den entsprechenden Schmerzensgeldtabellen lediglich um eine Bemessungshilfe (im Sinne einer rechtstatsächlichen Teiluntersuchung und von Erfahrungswerten), keineswegs jedoch um eine Berechnungsmethode handelt, da ansonsten allfällige weitere Kriterien in den Hintergrund gedrängt würden, die für Sinn und Zweck des Schmerzensgeldes von Relevanz sind.

5.4 Empirische Analyse von Schmerzensgeldentscheidungen

Im Folgenden wird anhand eines deutsch-österreichischen Datensatzes gezeigt, wie sich aus Schmerzensgeldzusprüchen der Wert von Körperfunktionen ermitteln lässt und diese wiederum verwendet werden können, um den Wert des menschlichen Lebens als Ganzes zu berechnen. Dazu wird in einem ersten Schritt der Datensatz vorgestellt. Dabei werden auch Faktoren diskutiert, die einen Einfluss auf den individuellen Schmerzensgeldanspruch ausüben (z.B. Geschlecht, Alter, Beruf oder Art und Intensität der Verletzung). Als Hauptteil des Abschnitts werden anschließend Körperteile und der gesamte menschliche Körper monetär bewertet. Abgeschlossen wird dieser Abschnitt mit einer Einschätzung des Bewertungsansatzes, wobei insbesondere Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den bestehenden Ansätzen des VSL und der QALYs herausgearbeitet werden.

³⁰ Das Richterrecht ist als subsidiäre Rechtsquelle zu verstehen, da einerseits die im Urteil enthaltene Rechtsaussage (*ratio dicendi*) nur dann Bedeutung erhält, wenn das Gesetz selbst keine Äußerung tätigt und andererseits die im Präjudiz enthaltene Rechtsansicht Verbindlichkeit erlangt (vgl. Stefula 2002).

³¹ Vgl. Stefula (2002).

Datenbeschreibung und deskriptive Statistik

Für die Analyse der Schmerzensgelder in Deutschland und Österreich werden zwei Datenquellen verwendet. Informationen zum deutschen Schmerzensgeld wurden der Hacks'schen Schmerzensgeldtabelle der Jahre 2006 und 2007 entnommen.³² Diese beinhaltet Entscheidungen von deutschen Gerichten, die von Anwälten und Richtern den Autoren zugesandt wurden.³³ Die österreichischen Daten stammen aus den Aufstellungen von Danzl et al. (2007). In Deutschland sind Beobachtungen für einen Zeitraum von 32 Jahren vorhanden (1974 bis 2006), in Österreich liegen die Daten für 24 Jahre vor (von 1980 bis 2004). In Summe stehen 4.893 Beobachtungen (Deutschland: 2.871; Österreich: 2.022) zur Analyse der Schmerzensgeldzusprüche zur Verfügung, alle Geldwerte wurden dabei natürlich inflationsbereinigt.³⁴

Abgesehen von der Abweichung in der Beobachtungsdauer unterscheiden sich die zwei Datenquellen weiter in den darin berichteten Informationen. Der deutsche Datensatz beinhaltet Fälle auf jeder Instanzebene (Amtsgericht, Landgericht, Oberlandesgericht, Bundesgerichtshof)³⁵ und gibt neben der Schmerzensgeldhöhe Auskunft über die Art der Verletzung, eventuelle Dauerschäden, soziodemografische Merkmale des Geschädigten (Geschlecht, Alter, Beruf) und Prozessmerkmale (Vertretung, Mitverschulden, Instanz der Entscheidung, Gerichtstyp). Die österreichische Datensammlung inkludiert Fälle der vier Oberlandesgerichte (Graz, Innsbruck, Linz, Wien) und des Obersten Gerichtshofes, weshalb andere Prozessmerkmale zur Verfügung stehen. Enthalten sind Informationen über die, zwischen Unfall und Gerichtsurteil liegende Zeit, den Gerichtsort sowie die Höhe des beantragten und tatsächlich zugesprochenen Schmerzensgeldes. Wie auch im deutschen Datensatz sind das Geschlecht und zum Teil das Alter und der Beruf des Geschädigten bekannt. Umfassende Informationen stehen hinsichtlich der Verletzung zur Verfügung. Neben Art der Verletzung werden die Dauer der mit der Verletzung verbundenen Schmerzentage (unterteilt in leichte, mittlere und schwere Schmerzen) sowie zukünftiger Schmerzen, eventuelle Dauerschäden, die Dauer des Aufenthaltes in einer Intensivstation, in einem Krankenhaus oder in einem Rehabilitationszentrum angeführt.

In der folgenden empirischen Analyse werden die nachstehenden Variablen verwendet: Geschlecht und Alter des Geschädigten, Informationen über das Vorliegen eines Dauerschadens, die Anzahl und Art der Verletzungen und die Höhe des zugesprochenen Schmerzensgeldes. Tabelle 5.3 gibt einen Überblick über die Anzahl der Beobachtungen und die jeweiligen Ausprägungen dieser Variablen.

³² Vgl. Hacks et al. (2006, 2007).

³³ Vgl. Hacks et al. (2007).

³⁴ Für die empirische Analyse werden alle Verletzungen (Fälle) des deutschen und des österreichischen Schmerzensgeldsatzes einem einheitlichen Verletzungshaupt- und Verletzungsunterklassenschlüssel zugeteilt. Danach werden beide Datensätze nach diesem Schlüssel zu einem Datensatz vereint. Die nachfolgende deskriptive Statistik zeigt, dass die Datenstruktur der Schmerzensgelder in beiden Ländern starke Ähnlichkeiten aufweist, sodass eine Zusammenfassung der beiden Datensätze gerechtfertigt erscheint.

³⁵ Zusätzlich sind noch vier Fälle aus dem Arbeitsgericht bzw. Landesarbeitsgericht enthalten.

Tabelle 5.3: Datenzusammensetzung und deskriptive Statistik

Daten liegen vor für (Zahl der Fälle):	Deutschland	Österreich	Gesamt
Wurde Schmerzensgeld zugesprochen?	2.871	2.022	4.893
<i>dabei Mittelwert (in Euro)</i>	<i>24.654</i>	<i>21.106</i>	<i>23.140</i>
Geschlecht der/des Betroffenen	2.642	1.929	4.567
<i>davon „weiblich“ (in Prozent)</i>	<i>43</i>	<i>41</i>	<i>42</i>
Alter der/des Betroffenen	1.119	947	2.068
<i>dabei Mittelwert (in Jahren)</i>	<i>30</i>	<i>32</i>	<i>31</i>
Liegt ein Dauerschaden vor?	2.857	1.998	4.855
<i>davon „Ja“ (in Prozent)</i>	<i>53</i>	<i>8</i>	<i>35</i>
Liegen mehrere Verletzungen vor	2.871	2.022	4.893
<i>davon „Ja“ (in Prozent)</i>	<i>55</i>	<i>83</i>	<i>67</i>

Der durchschnittliche Schmerzensgeldzuspruch beträgt in Deutschland rund 24.700 Euro. In Österreich fällt dieser Wert mit 21.100 Euro deutlich (und statistisch signifikant) geringer aus. Der Frauenanteil ist in beiden Samples mit rund 40 Prozent nahezu identisch. Im Durchschnitt sind die Geschädigten 30 (Deutschland) bzw. 32 (Österreich) Jahre alt. Ein Dauerschaden aus einer Verletzung ist in 53 Prozent der deutschen und in 8 Prozent der österreichischen Fälle zu verzeichnen. Damit wird bereits ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Datensätzen deutlich. Eine weitere Abweichung liegt im Anteil von mehreren Verletzungen, der in Deutschland 55 (Österreich 83) Prozent beträgt. Schließlich geht aus Tabelle 5.3 hervor, dass der Datensatz insbesondere für die Altersvariable relativ wenige Beobachtungen aufweist. Im Rahmen der empirischen Analyse wird daher auf Alterskategorien zurückgegriffen, für die in beiden Datensätzen wesentlich mehr Beobachtungen zur Verfügung stehen.

Schmerzensgeld nach ausgewählten Variablengruppen

Das durchschnittliche Schmerzensgeld beträgt rund 23.100 Euro (vgl. Tabelle 5.3). Tabelle 5.4 stellt den Schmerzensgeldzuspruch getrennt nach Variablengruppen und deren Ausprägungen dar.

In Bezug auf das Geschlecht zeigt sich, dass Frauen im Durchschnitt signifikant weniger Schmerzensgeld als Männer erhalten (auf 5%-Niveau). Diese Tendenz gilt prinzipiell für Deutschland und für Österreich, wenngleich der Unterschied in Deutschland stärker ausgeprägt ist. In Bezug auf das Alter lässt sich feststellen, dass die durchschnittliche Kompensation mit dem Alter abnimmt.³⁶

Hinsichtlich der Auswirkungen eines Dauerschadens auf die Schmerzensgeldhöhe bestätigt sich die Erwartung, dass bei Vorliegen eines Dauerschadens signifikant höhere Schmerzen-

³⁶ Eine Ausnahme tritt in Österreich auf, wo zwischen Erwachsenen und Pensionisten eine Zunahme zu verzeichnen ist.

gelder zugesprochen werden als bei temporären Schäden. In Bezug auf diese Größe ist allerdings ein markanter Unterschied zwischen Deutschland und Österreich festzustellen: Während in Deutschland Personen mit dauerhafter Schädigung mehr als sechsmal soviel wie Geschädigte ohne Dauerschaden erhalten, beträgt der Zuschlag in der Kompensationshöhe in Österreich lediglich knapp 50 Prozent. Dies lässt sich rechtspolitisch dadurch erklären, dass in Österreich nur in Ausnahmefällen Dauerschäden bei Schwerstverletzungen zuerkannt werden, während in Deutschland wesentlich öfter auf die Schmerzengeldrente für Dauerschäden zurückgegriffen wird.³⁷ Eine weitere signifikante Einflussgröße stellen – wie erwartet – die Anzahl der Verletzungen dar. Personen mit mehreren Verletzungen erhalten im Durchschnitt in Deutschland rund das Dreifache, in Österreich das Zweieinhalbfache an Kompensation im Vergleich zu Geschädigten mit nur einer Verletzung.

Tabelle 5.4: Schmerzengeld nach Variablenausprägungen (in Euro)

Kategorie	Deutschland		Österreich		Gesamt	
	Fälle	Mittelwert	Fälle	Mittelwert	Fälle	Mittelwert
Geschlecht						
Männer	1.522	24.863	1.138	21.598	2.660	23.466
Frauen	1.117	20.326	790	19.441	1.907	19.959
Alter						
Kinder	325	61.372	197	28.351	522	48.910
Jugendliche	194	30.585	147	24.927	341	28.146
Erwachsene	1.025	30.800	1.479	19.546	2.504	24.153
Pensionisten	78	19.200	195	22.520	273	21.571
Dauerschaden						
Kein Dauerschaden	1.341	6.345	1.833	20.073	3.174	14.273
Dauerschaden	1.516	40.308	165	29.763	1.681	39.273
Anzahl Verletzungen						
Eine Verletzung	1.286	11.920	346	11.365	1.632	11.803
Mehrere Verletzungen	1.585	34.839	1.676	23.117	3.261	28.814

Generell zeigt Tabelle 5.4 für beide Länder gleichgerichtete Unterschiede in den Schmerzensgeldzusprüchen innerhalb der Variablengruppen. Für Deutschland sind diese Unterschiede etwas akzentuierter als für Österreich. Dies könnte darin begründet sein, dass im deutschen Sample Entscheidungen aller Instanzen erfasst sind, während der österreichische Datensatz nur Fälle ab der zweiten Instanz beinhaltet.

Monetäre Werte für menschliche Körperteile und der Wert des Lebens

Für die monetäre Bewertung von menschlichen Körperteilen werden nur jene Schmerzensgeldzusprüche aus Deutschland und Österreich herangezogen, die auf einer Einzelverletzung

³⁷ Vgl. dazu OGH 2 Ob145/02s, Danzl (2008).

basieren. Bei diesen Entscheidungen kann die Kompensation eindeutig einer Verletzungs-kategorie zugeordnet werden. Entschädigungen für multiple Verletzungen sind hingegen nur sehr eingeschränkt einer Verletzungs-kategorie zuordenbar und würden daher die monetären Werte für die einzelnen Körperteile und -funktionen verzerren. Mit der Einschränkung auf Einzelverletzungen ist allerdings eine beträchtliche Reduktion des Datensatzes von etwa 4.900 auf 1.500 Beobachtungen verbunden.

Die Tabellen 5.5 und 5.6 zeigen auf Basis der rund 1.500 Einzelverletzungen, die Mittelwerte, Minima und Maxima der zugesprochenen Entschädigungen für ausgewählte Verletzungen bzw. Beeinträchtigungen von Körperfunktionen (Tabelle 5.5) und für eine Auswahl von Körperteilen (Tabelle 5.6). Aus Tabelle 5.5 geht beispielsweise hervor, dass im Durchschnitt die Entschädigung für eine Querschnittslähmung ca. 160.000 Euro beträgt. Die Schwankungsbreite liegt dabei zwischen knapp 73.000 Euro und 250.000 Euro. Ähnlich zeigt Tabelle 5.6 für ein (gesamtes) Bein einen durchschnittlichen Schmerzensgeldanspruch von 277.000 Euro (bei einem Minimum von 157.000 und einem Maximum von 527.000 Euro). Dieser Wert basiert, wie aus Tabelle 5.6 ersichtlich, auf den unterschiedlichen Komponenten des Beins (Fuß, Ober- und Unterschenkel etc.), deren Werte wiederum aus den Schmerzensgeldzusprüchen sämtlicher bekannten Funktionseinschränkungen und Verletzungsarten berechnet wurden.

Tabelle 5.5: Schmerzensgelder für ausgewählte Verletzungen bzw. Einschränkungen in Körperfunktionen (in Euro)

Verletzungsart	Fälle	Mittelwert	Minimum	Maximum
Rücken				
Querschnittslähmung	7	159.956	72.673	250.000
Wirbelsäulenverletzung	89	7.961	727	100.000
Bein				
Unterschenkelbruch	68	8.620	1.250	22.500
Beinprellung	4	3.488	450	10.000
Knie- od. Bänderverletzung	23	6.932	1.000	17.500
Kopf, Gesicht				
Gesichtsnarben	8	4.104	650	18.000
Zahnbeschädigung	67	2.615	175	15.000
Gehirnerschütterung	3	1.551	654	2.500
Sinnesorgane				
Schwerhörigkeit (Ohr)	9	4.329	1.500	10.000
Verlust Geruchssinn	4	14.305	3.500	30.000

Aus den Ergebnissen von Tabelle 5.5 und 5.6 lässt sich der Wert eines Lebens als Summe aller für einen funktionsfähigen Körper notwendigen „Komponenten“ berechnen (vgl. Tabelle 5.7). Die dafür erforderlichen Informationen – insbesondere im Hinblick auf die Frage, ob und wie man einen Menschen auf diese Weise überhaupt „zusammensetzen“ kann – wurden aus Gesprächen mit Medizinerinnen gewonnen. Basierend auf diesen medizinischen Back-up und den, aus den Schmerzensgeldentscheidungen für Deutschland und Österreich ermittelten, mo-

netären Werten der Körperteile bewegt sich der Wert für ein menschliches Leben zwischen 0,6 Mio. Euro (Minimum) und 4,8 Mio. Euro (Maximum), der Mittelwert liegt bei 1,8 Mio. Euro.

Tabelle 5.6: Schmerzengelder für ausgewählte Körperteile (in Euro)

Körperteil	Fälle	Mittelwert	Minimum	Maximum
Bein				
Fuß	66	71.855	44.100	123.083
Unterschenkel	103	59.163	24.200	136.500
Knie	64	52.932	36.400	97.046
Oberschenkel	64	68.235	39.645	135.203
Hüfte	7	24.945	12.174	35.174
Summe	304	277.130	156.519	527.006
Arm				
Hand	69	46.574	18.000	98.522
Arm	137	56.916	18.600	148.957
Summe	206	103.490	36.600	247.479
Sinnesorgane				
Ohr	22	33.457	10.244	63.554
Auge	47	63.415	18.706	273.465
Innere Organe				
Bauch, Magen	21	8.469	200	40.000
Darm	6	10.458	1.500	20.000
Herz, Kreislauf	8	15.656	250	37.500
Leber, Galle	13	12.205	3.500	35.000
Lunge, Luftröhre, Zwerchfell	11	22.296	1.350	160.000
Milz	3	9.000	8.000	10.000
Niere, Blase, Harnröhre	18	29.250	1.250	150.000
Brustkorb	24	18.451	1.713	47.500
Haare	7	2.207	100	10.000

Einordnung in bestehende Bewertungsverfahren des menschlichen Lebens

Ein Vergleich zwischen dem aus den Schmerzengeldzahlungen errechnetem Wert für das menschliche Leben aus Tabelle 5.7 und den VSL-Werten aus Tabelle 5.1 zeigt, dass auf Schmerzengelddaten basierende Berechnungen sich innerhalb jener Bandbreiten bewegen, die aus den Studien zum VSL hervorgehen. Diese Übereinstimmung mit den bislang weithin akzeptierten Bewertungsansätzen liefert ein Indiz dafür, dass die Bewertung mittels Schmerzengeldzahlungen präzise und valide Ergebnisse liefert und damit direkt für gesundheitspolitische Kosten-Nutzen-Analysen verwendbar ist.

Tabelle 5.7: Wert des menschlichen Lebens (in Euro)

Körperteil	Mittelwert	Minimum	Maximum
Beine	511.345	289.590	1.003.664
Hüften	49.891	24.348	70.348
Becken	23.484	2.913	55.000
Geschlechtsorgane	30.247	1.150	105.000
Brust/Brustkorb	18.451	1.713	47.500
Innere Organe	633.418	319.714	1.281.512
Arme	113.832	37.200	297.914
Rücken	226.445	105.950	513.481
Kopf	110.846	7.250	345.123
Gesicht	18.540	3.125	81.197
Sinnesorgane	234.149	66.400	749.038
Nervensystem	145.436	40.250	340.750
Psyche	82.373	2.450	1.170.985
Summe	1.804.603	648.969	4.732.341

Die betragsmäßige Analogie der Schmerzgeldwerte für menschliches Leben zum VSL-Ansatz lässt diesen Ansatz als relevante Alternative zu den bisher vor allem in der Gesundheitsökonomie verwendeten Methoden erscheinen. Tatsächlich weisen die Bewertungen mittels Schmerzgeldentscheidungen und die ökonomischen Bewertungskonzepte der QALYs und des VSL einige Parallelen auf, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

- Die Kompensation von Schmerzen kann als eine Kompensation für entgangene bzw. verminderte Lebensqualität interpretiert werden. Dies gilt auch für das Konzept der QALYs und in einem eingeschränkten Ausmaß auch für den VSL. Damit versuchen alle drei Bewertungsansätze, eine *Veränderung der Lebensqualität* monetär zu quantifizieren.
- Hinsichtlich des *Zeitpunktes der Bewertung* gilt, dass Schmerzgelder ex-post gewährt werden. Eine ex-post-Bewertung liegt auch für QALYs vor, wenn sich die Bewertung auf die Veränderung der aktuellen Lebensqualität bezieht und „einen eventuellen Optionsnutzen aus einer Veränderung der zukünftigen Lebensqualität außer Acht lässt.“³⁸ Eine ex-ante-Bewertung stellt das Konzept des VSL als auch der QALYs dar, wenn sich die Bewertung auf zukünftige Gesundheitszustände bezieht.
- Eine *Berücksichtigung individueller Charakteristika bzw. Lebensumstände* (z.B. Alter, Geschlecht, sozialer Hintergrund) ist bei den Konzepten des VSL und auch der QALYs möglich. Im Rahmen von Schmerzgeldverfahren ist dies ebenfalls vorgehen, was in den Daten auch beobachtbar ist.

Es stellt sich die Frage, wie der auf Schmerzgeldzahlungen basierende Bewertungsansatz von den bestehenden Bewertungsansätzen abzugrenzen ist. Die Grundlage von Schmerzen-

³⁸ Vgl. Gyrd-Hansen (2003).

geldzusprüchen ist in einer Störung der körperlichen Unversehrtheit zu finden. Dieser imperfekte Gesundheitszustand wird durch den Zuspruch von einer monetären Kompensation ausgeglichen, womit im materiellen Sinne eine monetäre Bewertung der veränderten Lebensqualität stattfindet. Der Schmerzensgeldzuspruch erfolgt durch ein Zivilgericht, es sind daher bezüglich des Bewertungsprozesses mehrere Faktoren zu berücksichtigen. Der Spruchkörper (Einzelrichter oder Senat) setzt das Ausmaß und die Höhe des Schmerzensgeldes ex post fest, erst nachdem es zu einer Störung der Unversehrtheit (Verletzung) gekommen ist und damit bereits eine Veränderung der Lebensqualität erfolgt ist. Die einhergehende ex post Bewertung basiert wiederum auf medizinischen Gutachten, individuellen Merkmalen des Geschädigten sowie rechtsdogmatischen Überlegungen, wie etwa jener der Ausgleichs- und Genugtuungsfunktion, liegt aber final in der Entscheidungskompetenz des Richters. Damit entscheidet über die tatsächliche Bewertung der verminderten Lebensqualität nicht das betroffene Individuum selbst (wie bei den QALYs und dem VSL), sondern Dritte. In diesem Sinne erfolgt die Bewertung einer Beeinträchtigung der Lebensqualität *objektiv*. Die entsprechende Monetarisierung der verringerten Lebensqualität ist zudem risikounabhängig, d.h., sie ist unabhängig vom Risiko, das einer bestimmten Verletzung zugrunde liegt.

Bei den Konzepten des VSL und der QALYs spielt bei der Ermittlung der Zahlungsbereitschaft für eine Risikoreduktion das, von den Betroffenen wahrgenommene Risiko eine zentrale Rolle. Die aus den VSL und QALYs ermittelten Werte des (statistischen) Lebens werden wesentlich von der zu bewertenden Risikoart (z.B. Krebsrisiko, Verkehrsrisiko, Arbeitsrisiko) beeinflusst, indem die Individuen ein konkretes Risiko direkt oder indirekt basierend auf ihrem individuellen Wertesystem evaluieren. Die daraus resultierenden Werte sind damit einerseits durch die individuellen Charakteristika der Beobachteten/Befragten und andererseits durch das konkrete Risiko definiert. Im Gegensatz dazu fließt beim Schmerzensgeldansatz weder das individuell wahrgenommene Risiko (und die Risikoneigung) noch das zugrunde liegende Risiko des Ereignisses selbst in die Bewertung ein.

5.5 Schlussfolgerungen

Wie hoch ist der gesellschaftliche Nutzen von Impfungen? Was bringen neue Operationstechniken oder medizinisch-technische Innovationen für (potenziell) Betroffene? Antworten auf diese – exemplarisch herausgegriffenen – Fragen lassen sich mit den bisherigen Methoden zur Bewertung des menschlichen Lebens nicht geben, da diese auf den gesamten Körper abzielen und damit nur eine allgemeine Nutzenbewertung zulassen. Die monetäre Bewertung von Veränderungen der Lebensqualität ist jedoch für die Gesundheitspolitik bedeutsam, da sie erlaubt, Kosten-Nutzen-Analysen nicht nur dann durchzuführen, wenn der Schutz des Lebens betroffen ist (z.B. bei Katastrophenschutzbauten), sondern auch dann, wenn es um eine Einschätzung über Verbesserungen der Funktionsfähigkeit von Körperteilen und -organen geht.

Im vorliegenden Beitrag wird ein neuer Bewertungsansatz basierend auf Schmerzengeldentscheidungen vorgestellt, der es erlaubt, Veränderungen der Lebensqualität infolge von Veränderungen der Funktionsfähigkeit einzelner Körperteile monetär zu bewerten. Im Gegensatz zu den bisherigen Methoden zur Bewertung des menschlichen Lebens (VSL, QALYs) ist der Bewertungsansatz mit Schmerzengeld nicht auf subjektive Risikoeinschätzungen angewiesen. Vielmehr basiert er auf richterliche Urteile (meist gestützt auf Expertenmeinungen) und spiegelt damit objektiv den gesellschaftlichen Wert eines Menschen wider. Darin besteht ein zweiter Vorteil des neuen Bewertungsansatzes.

Anhand eines Datensatzes von 1.500 Schmerzengeldentscheidungen aus Deutschland und Österreich wird illustriert, wie sich aus dem Wert von einzelnen Körperteilen und -organen ein Mensch „zusammensetzen“ lässt, dessen Wert direkt mit den alternativen Bewertungsmethoden menschlichen Lebens vergleichbar ist. Im Durchschnitt beträgt der Wert eines Menschen für Deutschland und Österreich etwa 1,8 Mio. Euro, was innerhalb der Bandbreiten des VSL und der QALYs liegt. Verwendet man diese Bandbreiten als „Eichstrich“ für die Bewertung des menschlichen Lebens, lässt sich also schließen, dass die Bewertung basierend auf Schmerzengeldentscheidungen zuverlässig und valide ist. Dies wiederum legt nahe, dass auch die entsprechende Bewertung von einzelnen Körperteilen und -organen zulässig ist. Damit können die eingangs gestellten Fragen grundsätzlich beantwortet werden.

Die Forschungsarbeiten zur Bewertung der Lebensqualität bzw. des menschlichen Lebens mit Schmerzengeldentscheidungen befinden sich in einem Anfangsstadium. Insofern sind die in diesem Beitrag angegebenen Werte von Körperteilen und des menschlichen Lebens als vorläufig zu betrachten. Eine wesentliche Einschränkung des Ansatzes besteht darin, dass die Höhe des Schmerzengeldzuspruchs nicht nur von objektiv-nachvollziehbaren Faktoren wie der Art und der Intensität einer Verletzung bestimmt wird, sondern auch von Einflüssen, die nicht ursächlich mit der Verletzung in Zusammenhang stehen (z.B. dem Gerichtsort, der richterlichen Instanz oder dem Vorhandensein einer juristischen Vertretung). Diese „verschmutzenden“ Größen können die Bewertung des menschlichen Lebens verzerren. Die künftigen Forschungsarbeiten werden sich darauf beziehen, die Daten um derartige Verzerrungen zu bereinigen. Eine zweite Weiterentwicklung besteht darin, nicht nur – wie in dieser Arbeit – Einzelverletzungen, sondern auch multiple Verletzungen zu erfassen. Dazu ist der Gesamtbeitrag des Schmerzengeldzuspruchs den einzelnen Körperteilen und -funktionen zuzuordnen. Die Datenbasis würde sich dadurch auf etwa 5.000 Schmerzengeldzusprüche erweitern. Beide Erweiterungen sollten es ermöglichen, genauere und verzerrungsfreie Angaben über den Nutzen einer verbesserten Lebensqualität als Folge von gesundheitspolitischen Maßnahmen zu liefern. Erst dann lässt sich die Methode für gesundheitspolitische Kosten-Nutzen-Analysen heranziehen.

Literatur

Brennan, Alan/Ara, Robert/Sterz, Raimund/Matiba, Bernd/Bergemann, Rito (2006): „Assessment of Clinical and Economic Benefits of Weight Management with Sibutramine

- in General Practice in Germany“, in: *European Journal of Health Economics* 7, S. 276-284.
- Danzl, Karl-Heinz (1990): „Die (psychische) Gesundheit als geschütztes Rechtsgut des § 1325 ABGB“, in: *Zeitschrift für Verkehrsrecht* 1990, 1 S. 18-19.
- Danzl, Karl-Heinz (2008): „Zivilrecht“, in: Danzl, Karl-Heinz/Gutierrez-Lobos, Katrin/Müller, Otto F. (Hrsg.): *Das Schmerzensgeld in medizinischer und juristischer Sicht*. 9. Auflage, Wien: Manz, S. 62-341.
- Danzl, Karl-Heinz/Gutierrez-Lobos, Katrin/Müller, Otto F. (2007): *Das Schmerzensgeld in medizinischer und juristischer Sicht*. 8. Auflage, Wien: Manz.
- Diemath, Hans-Erich/Zerlauth, Siegfried (2002): „Die Schmerzeinschätzung aus medizinischer Sicht“, in: Emberger, Herbert/Zahl, Johannes/Diethman, Hans E./Grabner, Kurt (Hrsg.): *Das ärztliche Gutachten*. 4. Auflage, Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- Greiner, Wolfgang/Lehmann, Klaus A./Earnshaw, Stephanie R./Bug, Christoph/Sabatowski, Rainer (2006): „Economic Evaluation of Durogesic in Moderate to Severe, Nonmalignant, Chronic Pain in Germany“, in: *European Journal of Health Economics* 7(4), S. 290-296.
- Gyrd-Hansen, Dorte (2003): „Willingness to pay for a QALY“, in: *Health Economics* 12, S. 1049-1060.
- Hacks, Susanne/Ring, Ameli/Böhm, Peter (2006): *Schmerzensgeld Beträge*. 24. Auflage, Bonn: Deutscher Anwaltsverlag.
- Hacks, Susanne/Ring, Ameli/Böhm, Peter (2007): *Schmerzensgeld Beträge*. 25. Auflage, Bonn: Deutscher Anwaltsverlag.
- Hammitt, James K. (2002): „QALYs versus WTP“, in: *Risk Analysis* 22, S. 985-1001.
- Henke, Horst-Eberhart (1969): *Die Schmerzensgeldtabelle*. München: Beck.
- Hultkrantz, Lars/Lindberg, Gunnar/Andersson, Camilla (2006): „The Value of Improved Road Safety“, in: *Journal of Risk and Uncertainty* 32, S. 151-170.
- Leiter, Andrea M/Pruckner, Gerald J. (2007a): *Dying in an Avalanche: Current Risks and Valuation*. Working Paper, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Linz.
- Leiter, Andrea M/Pruckner, Gerald J. (2007b): „Ökonomie und der Wert des Lebens“, in: Exenberger, Andreas/Nussbaumer, Josef (Hrsg.): *Von Menschenhandel und Menschenpreisen – Wert und Bewertung von Menschen im Spiegel der Zeit*. Innsbruck: innsbruck university press, S. 109-130.
- Lesser, Jonathan A./Dodds, Daniel E./Zerbe, Richard O. (1997): *Environmental Economics and Policy*. Reading: Addison Wesley.
- Luckey, Jan (2005): „Schmerzensgeld in Deutschland – Tendenzen der Rechtssprechung“, in: Ratjczak, Thomas/Stegers, Christoph M. (Hrsg.): *Arzthaftungsrecht – Rechtspraxis und Perspektiven*. Heidelberg: Springer, S. 49-77.
- Maier, Gunther/Gerking, Shelby/Weiss, Peter (1989): „The Economics of Traffic Accidents on Austrian Roads: Risk Lovers or Policy Deficit?“, in: *Empirica* 16, S. 177-192.
- Müller, Otto F. (2008): „Strafrecht“, in: Danzl, Karl-Heinz/Gutierrez-Lobos, Katrin/Müller, Otto F. (Hrsg.): *Das Schmerzensgeld in medizinischer und juristischer Sicht*. 9. Auflage, Wien: Manz, S. 349-363.

- Roels, Leo/Kalo, Zsoltan/Boesebeck, Detlef/Whiting, James/Wight, Celia (2003): „Cost-Benefit Approach in Evaluating Investment into Donor Action: the German Case“, in: *Transplant International* 16, S. 321-326.
- Schäfer, Hans-Bernd/Ott, Claus (2000): *Lehrbuch der ökonomischen Analyse des Zivilrechts*. Heidelberg: Springer.
- Slovic, Paul/Fischhoff, Baruch/Lichtenstein Sarah (1982): „Facts versus Fears: Understanding Perceived Risk“, in: Kahneman, Daniel/Slovic, Paul/Tversky, Amos (Hrsg.): *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Cambridge/UK: Cambridge University Press, S. 463-489.
- Slovic, Paul/Fischhoff, Baruch/Lichtenstein Sarah (2000): „Facts and Fears: Understanding Perceived Risk“, in: Slovic, Paul (Hrsg.): *The Perception of Risk*. London: Earthscan Publications, S. 137-153.
- Spengler, Hannes (2004): „Kompensatorische Lohndifferential und der Wert eines statistischen Lebens in Deutschland“, in: *Zeitschrift für Arbeitsmarkt Forschung* 37, S. 269-305.
- Spengler, Hannes/Schaffner, Sandra (2007): *Using Job Changes to Evaluate the Bias of the Value of a Statistical Life*. Ruhr Economic Paper 14, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Stefula, Martin (2002): „Rechtsnatur, Verbindlichkeit und Zulässigkeit nichtlegislativer Tabellen“, in: *Journal für Rechtspolitik* 10, S. 146.
- Sunstein, Cass R. (2003): *Lives, Life-Years, and Willingness to Pay*. Working Paper 03-5, AEI-Brookings Joint Center for Regulatory Studies.
- Theurl, Engelbert (2007): „QALY: Die neue Recheneinheit des Gesundheitswesens?“, in: Exenberger, Andreas/Nussbaumer, Josef (Hrsg.): *Von Menschenhandel und Menschenpreisen – Wert und Bewertung von Menschen im Spiegel der Zeit*. Innsbruck: Innsbruck University Press, S. 131-155.
- Viscusi, W. Kip (1992): *Fatal Tradeoffs: Public and Private Responsibilities for Risk*. New York: Oxford University Press.
- Weiss, Peter/Maier, Gunther/Gerking, Shelby (1986): „The Economic Evaluation of Job Safety – A Methodological Survey and Some Estimates for Austria“, in: *Empirica* 13, S. 53-67.
- Welser, Rudolf (2007): „Grundriss des bürgerlichen Rechts, Band II (Schuldrecht Besonderer Teil)“, in: Koziol, Helmut/Welser, Rudolf (Hrsg.): *Bürgerliches Recht*. 13. Auflage, Wien: Manz, 143-391.

6 *Menschliche Eizellen – ein kostbares Gut*

Gabriele Werner-Felmayer

„Braune Eier kosten mehr als weiße in meinem Supermarkt. Von groß zu extra groß zu jumbo gibt es eine geordnete Zunahme des Preises, mit einem Zuschlag für die Farbe. Der Markt für menschliche Eier verwendet andere Kriterien, ist dabei jedoch ebenso ein Markt“

Barbara Katz Rothman¹

6.1 Vorab ein wenig Biologie

Menschliche Eizellen waren über einen langen Zeitraum der Menschheitsgeschichte unbekannt. Erst 1826 entdeckte der deutschbaltische Zoologe, Karl Ernst von Baer, damals Universitätsprofessor in Königsberg, die Eier von Säugetieren und auch die, des Menschen als einen Bestandteil des sogenannten Gelbkörpers. Nach seinem Entdecker, der 1672 erstmals die Funktion der weiblichen Keimdrüsen für die Fortpflanzung erkannte, auch Graaf'scher Follikel genannt.² Erst nach der Definition der *Zelle* als elementaren Baustein von Geweben und Orga-



¹ Katz Rothman (2000), 174. Der Originaltext lautet: “Brown eggs cost more than white at my supermarket. From large through extra large through jumbo, there’s an orderly progress of prices, with a premium for color. The market in human eggs uses different criteria but is no less a market for doing so”. Übersetzung GWF.

² Vgl. Beier (2002).

nismen durch Theodor Schwann und Mathias Jakob Schleiden im Jahr 1839 wurde dann der Ausdruck *Eizelle* für weibliche Geschlechtszellen gebräuchlich. Dass der weibliche Körper, die Eierstöcke oder schließlich Eizellen nur als Nährboden für die Heranreifung der im männlichen Samen angelegten Nachkommen dient, – eine Vorstellung, die bis ins alte Ägypten zurückreicht und seither in der einen oder anderen Ausprägung tradiert wurde –, blieb jedoch unhinterfragt. Der Ausdruck *Same* veranschaulicht vielmehr das lange gängige Weltbild in Bezug auf Fortpflanzung: Analog zum Pflanzensamen, in dem der pflanzliche Embryo von Nährgewebe und einer Samenschale umgeben ist, wurde auch dem männlichen Samen bereits ein darin enthaltener, sich zum Nachkommen entwickelnder Embryo zugeschrieben. Diese Vorstellung hielt sich auch nach der Entdeckung der Spermien durch Antoine van Leeuwenhoek 1677 und nahm in der Präformations- oder Einschachtelungshypothese³ eine besonders illustrative Form an. Demnach läge im Spermium ein bereits vollkommen ausgeformtes und fertiges Miniatur-Menschlein, ein Homunculus, vor, der im weiblichen Körper lediglich entwickelt würde. Diese Darstellung geht übrigens nicht, wie oft behauptet, auf Leeuwenhoek zurück, sondern auf den jungen Wissenschaftler Plantade, der sich damit offenbar einen Scherz erlaubte.⁴ Vielmehr stellte Leeuwenhoek die Hypothese auf, dass zur Befruchtung das Spermium, in das damals bereits vermutete, doch noch nicht aufgefundene Ei, zur Befruchtung eindringen müsse. Die von William Harvey geprägte gängige Lehrmeinung vertrat, dass sich ein Organismus zur Gänze aus dem Ei entwickle,⁵ dazu aber freilich auf nicht näher geklärte Weise durch den Samen befähigt werden müsse.

Dass sowohl bei Pflanzen als auch bei Tieren und dem Menschen für die Entwicklung des Embryos zunächst eine Befruchtung stattfinden muss, bei der die Zellkerne der männlichen und der weiblichen Keimzelle verschmelzen und eine Kombination des väterlichen und des mütterlichen Erbguts erfolgt, wurde erst durch die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstehende Entwicklungsbiologie aufgezeigt. Ein wesentlicher Beitrag für das diesbezügliche Verständnis stammt von Gregor Mendel, der bereits 1865 angesichts seiner Resultate mit Erbsen schloss, dass den weiblichen Keimzellen nicht bloß „die Rolle einer Amme zugeheilt“ werden könne.⁶

Und wie sieht die Sache heute aus? Heute wissen wir, dass die Keimzellen beider Eltern und ihre Verschmelzung zur Zygote Grundvoraussetzung für die Entstehung eines Kindes sind. Wir kennen die Schritte der Embryonal- und Fetalentwicklung im Detail. Wir wissen, dass jede Körperzelle eines Menschen 23 Chromosomenpaare aufweist, wobei jeweils ein Chromosom das mütterliche und das andere Chromosom das väterliche Erbgut aufweist.

Auch die Entwicklung der Keimzellen ist im Detail bekannt. Dabei muss der diploide elterliche Chromosomensatz halbiert werden. Dies geschieht durch die sogenannte Reifeteilung (Meiose), die in zwei Schritten abläuft (Meiose I und Meiose II). Während der Meiose kommt es außerdem zu einer Rekombination des väterlichen und mütterlichen Erbguts in, für jede gereifte Keimzelle individueller Ausprägung.

³ Vgl. Beier (2002).

⁴ Vgl. Howards (1997).

⁵ Vgl. Howards (1997).

⁶ Mendel (1865).

Obwohl die Entwicklung der Keimzellen bei Männern und Frauen gewisse Analogien aufweist, stehen doch einige grundsätzliche Unterschiede im Vordergrund:⁷ So entstehen bei der Frau noch in der Fetalzeit aus den Urkeimzellen primäre Oozyten, die mit Follikelzellen umgeben sind und Primordialfollikel genannt werden. Die in diesen Follikeln enthaltenen primären Oozyten treten in die Meiose I ein und die meisten Zellen bleiben bis zur Pubertät in diesem Stadium arretiert. Erst mit Eintreten des Monatszyklus tritt diese primäre Eizelle kurz vor dem Eisprung in den zweiten Teil der Reifeteilung (Miose II). Aus dem Primordialfollikel entsteht dabei unter hormoneller Steuerung während des Zyklus über einen Primär- und einen Sekundärfollikel schließlich ein bis zu 25 mm großer Tertiärfollikel (Graaf'scher Follikel). Dieser enthält die, für eine Befruchtung bereite Eizelle (sekundäre Oozyte) und öffnet sich während des Eisprungs, sodass die Eizelle in den Eileiter gelangt, wo sie für einige Stunden befruchtungsfähig ist. Die Meiose II wird erst nach der Befruchtung abgeschlossen. Ohne Befruchtung stirbt die gereifte Eizelle ab. Pro Zyklus reift in der Regel nur eine Eizelle heran. Zweieiige Zwillinge und Mehrlinge illustrieren die Ausnahmen von dieser Regel.

Man geht heutigem Wissensstand zufolge davon aus, dass bei der Frau der ganze Vorrat an Keimzellen, der während ihres Lebens zur Verfügung steht, pränatal angelegt wird und es daher später nicht zu einer Nachproduktion von Primordialfollikeln kommen kann. Neuere Arbeiten diskutieren die mögliche Existenz von Vorläuferzellen, welche auch bei erwachsenen Frauen die Neubildung von Primordialfollikeln ermöglichen könnten.⁸ Die postnatale Neubildung von Keimzellen konnte jedoch bisher weder bei Frauen noch in den besser untersuchten Mäusen nachgewiesen werden.⁹ Die Zahl, der vor der Geburt angelegten Keimzellen wird jedenfalls bereits während der Fetalentwicklung sukzessive durch sogenannte Follikelatresie dezimiert, ein Vorgang, der mit dem Eintritt in die Menopause abgeschlossen ist. Um die 20. Woche während der Fetalentwicklung finden sich maximal etwa sieben Millionen Keimzellen pro Ovar, die bis zur Geburt bereits auf ca. zwei Millionen zurückgehen. Schon vor der Geburt können einzelne Primordialfollikel unter dem Einfluss der mütterlichen Hormone auch zu Tertiärfollikeln heranreifen. Nach der Geburt sinken diese Hormonspiegel und alle bereits gereiften Follikelstadien sterben ab. Mit der Pubertät kommt es zu einer Erhöhung des Östrogenspiegels und dadurch bedingt zu einem Abfall der Keimzellen auf etwa 250.000, der mit dem Einsetzen eines regelmäßigen Zyklus weiter fortschreitet und ab etwa dem 40. Lebensjahr noch zunimmt. Damit nimmt die Östrogenproduktion ab und schließlich wird auch um das 50. Lebensjahr die Ovulation eingestellt. Während der gesamten Entwicklung liegen Eizellen bzw. Follikel unterschiedlichen Reifegrads vor, doch nur in den fruchtbaren Jahren einer Frau reifen insgesamt etwa 300 bis 500 Eizellen zum befruchtungsfähigen Stadium heran. Auch bei Männern entstehen bereits in einer Frühphase der embryonalen Entwicklung Urkeimzellen, die in der 7. Woche in die Hodenanlagen einwandern. Unter dem Einfluss von Testosteron kommt es zur Entwicklung der Hoden, doch erst in der Pubertät reift das Keimepithel und es bilden sich die Hodenkanälchen. Aus den Urkeimzellen entstehen dann die sogenannten Spermatogonien, insgesamt über eine Milliarde in beiden Hoden. Ein Teil dieser

⁷ Vgl. Embryology.ch (o.J.).

⁸ Vgl. Virant-Klun et al. (2008); Bukovsky et al. (2008).

⁹ Vgl. Liu et al. (2007).

Spermatogonien sind Stammzellen, d.h., sie teilen sich durch Mitose weiter ohne weitere Reifung und sichern so die Aufrechterhaltung des Stammzellen-Pools, im Prinzip während des ganzen Lebens. Aus diesen Vorläuferzellen entstehen in einem mehrstufigen Prozess, der 64 Tage dauert, die haploiden Spermien. Die, in diesem Prozess ablaufende Meiose dauert 24 Tage. Damit die Spermien befruchtungsfähig werden, müssen eine Reihe von Veränderungen ablaufen, die die Aktivierung der Beweglichkeit durch die Ejakulation und den etwa 12-stündigen Vorgang der Kapazitation (einer biochemischen Veränderung der Spermienoberfläche, die die Anheftung an die Eizelle erlaubt) im weiblichen Genitaltrakt beinhalten. Durch die Bindung des Spermiums an die Eizelle wird schließlich die Akrosomreaktion – das Akrosom ist ein Vesikel im Spermienkopf – ausgelöst, wodurch die Schutzhülle der Eizelle (Zona pellucida) an dieser Stelle aufgelöst wird und der Zellkern des Spermiums in die Eizelle eindringen kann. Nur wenn alle diese Schritte vollständig ablaufen können, sind die Spermien befruchtungsfähig.

Die Spermienproduktion verläuft entlang der spiralig verwundenen, etwa 300 m langen Spermienkanäle in zahlreichen Generationen. Man rechnet, dass auf diese Weise etwa 100 Millionen Spermien pro Tag gebildet werden. Das Ejakulat besteht zu 90 % aus Seminalplasma und zu etwa 10% aus Spermien (Normalwerte laut WHO: ≥ 20 Millionen/ml; $\geq 50\%$ lebendig) in einem Volumen von 2 bis 6 ml. Auch unter normalen Umständen weist ein Teil der Spermien, die übrigens wesentlich kleiner als Eizellen sind (3-5 μm mit einer ca. 50 μm langen Geißel), verschiedene Abnormalitäten auf, wie etwa zu kleine oder zu schmale Köpfe, mehrere Köpfe, mehrere Geißeln oder Defekte des Akrosoms.¹⁰

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass bei Frauen der Großteil der pränatal angelegten Keimzellen abstirbt, während ein Bruchteil davon zu reifen, etwa 100 bis 200 μm großen sekundären Eizellen heranreift, die befruchtet werden können. Eine Neubildung von Keimzellen nach der Geburt konnte bisher nicht stichhältig nachgewiesen werden¹¹ und wäre, selbst wenn sie tatsächlich auftritt, keineswegs mit der Neubildung männlicher Keimzellen vergleichbar, welche in großer Zahl, wenn auch mit schwankender Quantität und Qualität, laufend neu gebildet werden.

6.2 Eizellgewinnung

Die immer detailliertere Kenntnis der biologischen Vorgänge zur Fortpflanzung hat in den letzten Jahrzehnten die Entwicklung der Reproduktionsmedizin mit all ihren Techniken zur künstlichen Befruchtung (im Fachjargon kurz ART genannt, von *artificial reproduction technology*) ermöglicht und forciert. In diesem Zusammenhang ist ein wesentlicher Schritt die Gewinnung von Keimzellen, um mit ihnen unter Laborbedingungen hantieren zu können. Während dies beim Mann normalerweise einfach ist – Ausnahmen sind freilich Zustände, in denen die Spermienproduktion oder die Fähigkeit zur Ejakulation beeinträchtigt sind –, so ist

¹⁰ Vgl. Embryology.ch (o.J.).

¹¹ Gargett (2007) diskutiert die diesbezügliche Literatur ausführlich.

bei der Frau immer ein invasiver Eingriff nach vorangegangener hormoneller Manipulation des gesamten Organismus notwendig. Ziel ist es in der Regel, möglichst viele gereifte Eizellen gewinnen zu können. Dazu wird einerseits die körpereigene Regulation des Eisprungs ausgeschaltet und dann entweder im Anschluss daran oder parallel dazu die Reifung mehrerer Follikel hormonell stimuliert. Die reifen Follikel werden schließlich transvaginal und in der Regel unter Narkose abgesaugt (Follikelpunktion), reife Eizellen werden isoliert und entweder mit Spermien in einer Petrischale zur *in vitro* Befruchtung (IVF) gemischt oder ein ausgewähltes Spermium wird in die Eizelle eingebracht (intrazytoplasmatische Spermieninjektion, ICSI).

Der Vorgang der Follikelstimulation erstreckt sich, je nach Behandlungsprotokoll¹², über zwei bis vier Wochen und erfordert tägliche Injektionen. Je nach Dosierung und eingesetzten Medikamenten kann die Stimulation mehr oder weniger stark sein, dementsprechend reifen mehr oder weniger Eizellen heran. Dass die hierfür eingesetzten Medikamente nicht immer gut vertragen werden, ist zwar bekannt, wird jedoch in der Regel als harmlos dargestellt. Lupron beispielsweise, ein synthetisches Analogon des *gonadotropin releasing hormone* GnRH, das dazu dient, in der Vorbereitungsphase auf die Follikelstimulation die natürliche Ovulation zu unterbinden, wird, obwohl es für diese Anwendung von der US-amerikanischen *Food and Drug Administration* (FDA) nie eine Zulassung erfuhr, und obwohl zahlreiche Berichte über teils schwere und auch späte Nebenwirkungen vorliegen, nach wie vor eingesetzt.¹³ Auch die schädigende Wirkung von Lupron auf den Fötus ist bekannt.¹⁴ Für die Vorbereitung auf eine künstliche Befruchtung kann das Medikament deshalb eingesetzt werden, weil es schnell ausgeschieden wird.

Dass die heute üblichen Methoden zur Gewinnung von Eizellen für die betroffenen Frauen wohl doch nicht ganz so unproblematisch sind, wie die Informationen auf den Webseiten diverser IVF Zentren suggerieren, wird auch daraus ersichtlich, dass seit einiger Zeit Bestrebungen bestehen, eine sogenannte „sanfte“ IVF zu etablieren. Dabei werden entweder mildere Stimulierungsprotokolle verwendet und/oder unreife Follikel entnommen und *in vitro* gereift. Die Erfolgsraten scheinen durchaus mit denen, der Standardmethoden vergleichbar und insgesamt überwiegen die Vorteile dieser Methode,¹⁵ was sich auch ökonomisch niederschlägt.¹⁶ Eine der wesentlichen Komplikationen, die im Rahmen der üblichen, künstlich induzierten Follikelstimulation auftreten kann, ist das ovarielle Hyperstimulationssyndrom (OHSS). Die Klassifikation der verschiedenen Schweregrade erfuhr seit der Einführung der künstlichen Befruchtung im Jahr 1960 laufend Modifizierungen.¹⁷ Derzeit werden vier Schweregrade unterschieden, von mild (das Ovar erreicht eine Größe von 5 – 10 cm, Erbrechen und Diarrhoe treten auf), über mäßig (Ovar > 10 cm, Wassereinlagerungen im Bauchraum, d.h. Aszites), schwer (Ovar > 12 cm, Wassereinlagerungen in sämtlichen Geweben, Leberfunktionsstörung

¹² Typische Protokolle für die Follikelstimulation variieren je nach Klinik. Eine Übersicht über verschiedene gängige Protokolle findet sich z.B. auf der „Kinderwunschseite“ Wunschkinder.net (o.J.).

¹³ Vgl. Hayasaka (2006); Werner-Felmayer (2005); Norsigian (2005); Engel et al. (2003).

¹⁴ Vgl. FDA (2004).

¹⁵ Vgl. Nargund/Frydman (2007); Edwards (2007).

¹⁶ Vgl. Polinder et al. (2008).

¹⁷ Vgl. Delvigne/Rozenberg (2003).

u.a.) bis zu lebensbedrohlich (akutes Nierenversagen, akutes Atemnotsyndrom). Die milden OHSS Formen treten häufig auf (ca. 30%), gelten jedoch als klinisch unbedeutend. Schwere bis lebensbedrohliche Fälle kommen in ca. 0,5 – 5% vor. Diese Zahl erhöht sich noch drastisch durch verschiedene Risikofaktoren. Bei, vor der Stimulation erhöhten Östradiolspiegeln treten die schweren OHSS Formen in 38% der Fälle aller behandelten Frauen auf. Weiters erhöhen Protokolle, die auf die Reifung möglichst vieler Follikel abzielen, das Risiko für schwere OHSS Formen auf 23%. Junge sowie untergewichtige Frauen sind zudem besonders gefährdet, OHSS zu entwickeln.¹⁸ IVF Kliniken versichern allerdings in der Regel, dass OHSS nur selten auftritt und dass eine laufende gynäkologische Überwachung mit eventuellem Abbruch der Stimulationsbehandlung das Risiko stark eindämmen kann.¹⁹

6.3 Wer braucht Eizellen?

Im Wesentlichen gibt es zwei Anwendungsgebiete, für die reife menschliche Eizellen gebraucht werden: die embryonale Stammzellforschung sowie die Reproduktionsmedizin. Zunächst seien hier einige fachliche Hintergründe zu diesen beiden Forschungs- bzw. Therapietechnologien erläutert.

Embryonale Stammzellforschung

Embryonale Stammzellen können aus Blastozysten, also sehr frühen, noch nicht implantierten Embryos, gewonnen und unter Laborbedingungen prinzipiell in unbegrenzter Zahl und über viele Generationen gezüchtet werden. Die Besonderheit embryonaler Stammzellen liegt darin, dass sie sich einerseits „selbst erneuern“, d.h., sie teilen sich und die Tochterzellen entsprechen in ihren Merkmalen über viele Generationen der Ausgangszelle, dass sie aber andererseits unter geeigneten Bedingungen in beinahe jeden Zelltyp des Körpers ausdifferenzieren können, also pluripotent sind. Darin liegt auch ihr therapeutisches Potenzial, das trotz einer Reihe grundsätzlicher ethischer Fragen (Stichwort „verbrauchende Embryonenforschung“) und etlicher noch ungelöster technischer Fragen, in großem Stil propagiert wird. Die bis jetzt noch nicht erfüllte Hoffnung wäre es, dereinst diverse Gewebetypen aus embryonalen Stammzellen zu züchten und therapeutisch einsetzen zu können. Allerdings dürfte man davon noch relativ weit entfernt sein. Die Datenbank *Clinical Trials* der US-amerikanischen *National Institutes of Health* jedenfalls verzeichnet keine einzige klinische Studie mit embryonalen Stammzellen, sondern nur sechs laufende Studien zur Gewinnung von embryonalen Stammzelllinien.²⁰

¹⁸ Vgl. für umfassende Informationen zu OHSS z.B. Wikipedia (o.J.).

¹⁹ Informationen auf PFC (o.J.), der Homepage des *Pacific Fertility Center* in San Francisco, sowie Linderhof (o.J.), der Homepage des IVF-Teams am Linderhofspital in Bern.

²⁰ Vgl. *ClinicalTrials.gov* (o.J.).

Besonders ideal wäre es, wenn man so genannte „klonierte“ Stammzellen verwenden könnte, bei denen die Stammzelllinie keine immunologische Abwehrreaktion hervorruft, weil sie durch Einbringen des Kerns einer Zelle des zu behandelnden Patienten in eine entkernte Eizelle entstanden ist. Aus dieser kann sich dann ein Embryo entwickeln, der hauptsächlich (ein ungelöstes Problem ist die, von der Eizelle stammende mitochondriale DNA, die zu Immunreaktionen führen kann) das Erbgut des eingebrachten Zellkerns exprimiert. Daraus isolierte Zellen könnten dann (im Idealfall) ohne Immunsuppression in jenem Patienten, von dem der Zellkern stammt, eingesetzt werden.²¹ Diese Technik wird *somatic cell nuclear transfer* (SCNT) genannt, umgangssprachlich auch „therapeutisches Klonen“, oder auch „Dolly-Methode“ weil Dolly, das Schaf mit Hilfe dieser Technik gezeugt wurde. Es handelt sich hierbei um eine trotz intensiver Bemühungen nach wie vor höchst experimentelle Technik, die vor allem in verschiedenen Tiermodellen etabliert ist.

Für den Menschen wurde erst im Jänner 2008 erstmals berichtet, dass Blastozysten, aus denen theoretisch eine Stammzelllinie isoliert werden könnte, mittels SCNT generiert werden konnten.²² Bis dahin waren Embryonen nach SCNT nur bis zum 6-Zellstadium herangewachsen.²³ In den Jahren 2004 und 2005 schlug allerdings die Euphorie über die scheinbar gelungene Isolierung mehrerer durch SCNT gewonnener experimenteller sowie patientenspezifischer embryonaler Stammzelllinien hohe mediale Wellen. Woo Suk Hwang, der koreanische Stammzellforscher schien das Feld zu revolutionieren und eine große Hoffnung zu erfüllen. Zur Feier druckte die südkoreanische Post 2005 in einer Auflage von 1,6 Millionen eine Sondermarke, auf der Hwangs wissenschaftlicher Durchbruch dargestellt wird: Eine Sequenz zeigt, wie ein Mann aus dem Rollstuhl aufsteht, läuft, springt und schließlich einer Frau in die Arme fällt.²⁴ Noch als Hwang seine Erfolge feierte, wurde erstmals in Zusammenhang mit seinen Forschungen auch hinterfragt, ob es ethisch sei – in Anbetracht der gesundheitlichen Risiken – gesunde, junge Frauen zur Eizellspende für diese Forschung heranzuziehen, wie dies für die Arbeiten von Hwang geschehen war.²⁵ Die Aufklärung eines der eindrucksvollsten wissenschaftlichen Betrugsfälle der Geschichte kam schließlich im November 2005 ins Rollen, als sich einer der Koautoren von Hwang von den Arbeiten distanzierte, weil Hwang Frauen, einige davon seine Mitarbeiterinnen, unter Druck gesetzt hatte, für seine Forschungen Eizellen zu spenden und etliche auch dafür bezahlt wurden, allerdings scheinbar ohne Hwangs Wissen.²⁶ Als an der Jahreswende von 2005 zu 2006 klar wurde, dass die von Hwang publizierten Daten gefälscht waren und es keine patientenspezifischen Stammzelllinien gab, wurde unter anderem auch endlich zugegeben, dass die Verfügbarkeit von Eizellen ein wesentliches Problem für die embryonale Stammzellforschung darstellt. Ein Umstand, der be-

²¹ Vgl. Hall/Stojkovic (2006)

²² Vgl. French et al. (2008)

²³ Vgl. Hall/Stojkovic (2006)

²⁴ Vgl. für die Abbildung der Marke z.B. SSC (o.J.), auf der Homepage des *Syracuse Stamp Club*. Das Bild selbst ist unter http://www.syracusestampclub.org/som/som_images/cloning_stamp.jpg abrufbar.

²⁵ Vgl. Magnus/Cho (2005)

²⁶ Vgl. Cho et al. (2006)

reits vor dem Skandal um Hwang evident war,²⁷ jedoch kaum öffentliche Beachtung fand und letztlich durch die koreanische Frauenorganisation *WomenLink* publik wurde.²⁸

Eine Besonderheit an Hwangs schließlich zurückgezogenen Arbeiten im renommierten Wissenschaftsjournal *Science*²⁹ war der relativ geringe Verbrauch von Eizellen in diesen Studien: 242 Eizellen von 16 Frauen in der 2004 veröffentlichten Studie und 185 Eizellen von 18 Frauen in der Studie von 2005. Im Durchschnitt wären dann einer einfachen Rechnung zufolge 15 bzw. 10 Eizellen pro Frau isoliert worden. Im Lauf der Untersuchungen des Falls Hwang wurde jedoch klar, dass Hwangs Team für diese Arbeiten zumindest 2.236 Eizellen von 122 Frauen, von denen 71 auch bezahlt worden waren, verwendet hatte. Die Bezahlung für Eizellen wurde auch nach Inkrafttreten eines Gesetzes im Jänner 2005, welches dieses Vorgehen untersagte, fortgesetzt.³⁰ Diese publizierten Zahlen zeigen, dass im Durchschnitt mehr als 18 Eizellen pro Frau isoliert wurden, d.h., dass von einem schonenden Protokoll zur Follikelstimulation keine Rede sein kann. Dementsprechend wird berichtet, dass etwa 20% der Frauen OHSS entwickelten, 12% von ihnen mussten behandelt werden, zwei Frauen mussten stationär aufgenommen werden.³¹ Von einer Frau wurden überhaupt 43 Eizellen isoliert.³² Nicht umsonst heißt die Gewinnung der Eizellen im Fachjargon *egg cell harvest*.

Reproduktionsmedizin

Was erst durch den koreanischen Stammzellskandal augenfällig wurde, nämlich dass Eizellen „nicht einfach auf Bäumen wachsen“³³, hätte man im Rahmen der Reproduktionsmedizin schon lange wahrnehmen können. Doch hier gab es lange Zeit Stillschweigen, denn man bewegt sich sozusagen in den Schlafzimmern ungewollt kinderloser Paare, deren es anscheinend immer mehr gibt. Aktuelle Schätzungen zufolge bleibt in Österreich der Kinderwunsch bei mittlerweile mehr als 22% der Paare unerfüllt,³⁴ andere Berichte sprechen von etwa 15%.³⁵ Auch in anderen europäischen Ländern liegt diese Zahl zwischen etwa 10 und 20%, wobei in Deutschland bei 1965 geborenen Frauen, die ungewollt kinderlos sind, ein Anstieg auf 26,4% in den neuen Bundesländern, sowie auf 31,3% in den alten Bundesländern verzeichnet wurde.³⁶ Gründe für diesen eklatanten Anstieg dürften nicht zuletzt soziale, psychologische und ökologische Faktoren sein, sodass folgerichtig die „Förderung kindorientierter Gesellschaftsnormen und politische Maßnahmen zur Realisierung eines Kinderwunsches in frühem Lebensalter“ sowie eine „Verminderung der Umweltschadstoffe in Luft, Wasser und

²⁷ Vgl. Werner-Felmayer (2005)

²⁸ Eine detaillierte Analyse von Eizellspenden in Zusammenhang mit embryonaler Stammzellforschung findet sich in Dickenson (2008), 63-89.

²⁹ Für eine Dokumentation und Publikationen vgl. Science (o.J.) auf der Homepage des Wissenschaftsmagazins Science.

³⁰ Vgl. Wohn/Normile (2006).

³¹ Vgl. dazu CGS (2006) auf der Homepage des *Center for Genetics and Society*.

³² Dickenson (2008), 67.

³³ Dickenson (2008), 77.

³⁴ Information online unter http://www.online-artikel.de/print.php?art_id=3690 (Zugriff am 18. Mai 2008)

³⁵ Information online unter <http://www.wecarelife.at/index.php?type=99&id=8834> (Zugriff am 5. Juni 2008)

³⁶ Strauß et al. (2004).

Nahrungsmitteln“ zur Prävention ungewollter Kinderlosigkeit gefordert wird.³⁷ Man darf jedoch getrost davon ausgehen, dass diese durchaus richtigen und wohlgemeinten Forderungen ungehört verhallen, denn längst hat sich im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit das Machbare etabliert und nicht von ungefähr spricht man von der „IVF-Industrie“, die in den letzten 30 Jahren seit Louise Browns Geburt 1978 entstanden ist. Man schätzt, dass mehr als 1,5 Millionen Menschen durch IVF weltweit gezeugt wurden. Die Rate in England, das hier quasi eine Vorreiterrolle spielt, beträgt etwa 9.000 Geburten pro Jahr.³⁸

Weltweit gesehen gibt es, was Möglichkeiten und Regulation reproduktionsmedizinischer Maßnahmen betrifft, bedeutende Unterschiede: Beispielsweise ist Leihmutterchaft in den USA, in Großbritannien, Südafrika, der Ukraine und Russland erlaubt. Auch die Verwendung der Eizellen einer anderen Frau (Eizellspende) ist in vielen Ländern gestattet, in Österreich, Deutschland und der Schweiz ist sie untersagt, ebenso in Norwegen und Schweden.³⁹ In Italien ist die Eizellspende zwar verboten, was aber nur den öffentlichen, nicht jedoch den privaten Sektor betrifft, eine „italienische Lösung“ sozusagen.⁴⁰ Durch die unterschiedlichen Regelungen und Möglichkeiten ergibt sich ein reger „IVF-Tourismus“, sowohl innereuropäisch als auch weltweit, der ein praktisch unkontrollierbares weltweites Phänomen darstellt.⁴¹

Vor allem in den USA werden die wichtigen Fragen von Zugang zu high-tech Medizin und den Kosten für die Behandlung von nationaler Seite her praktisch nicht angesprochen, was, durchaus im Sinne des Erfinders, einen deregulierten und dementsprechend blühenden Markt fördert, bei dem geschätzte 3 Milliarden US-Dollar pro Jahr im Spiel sind.⁴² In Deutschland andererseits ist zwar augenscheinlich so gut wie alles geregelt und das meiste verboten. Trotzdem sind es gerade auch deutsche Paare, die die IVF-Zentren beispielsweise in Spanien oder den benachbarten ost-europäischen Ländern aufsuchen.⁴³ Für das Jahr 2006 wurde geschätzt, dass etwa 464 Kinder deutscher Paare infolge einer Eizellspende im Ausland geboren wurden.⁴⁴ Zum Vergleich einige Zahlen aus den USA aus dem Jahr 2001: Circa 41.000 Kinder kamen nach IVF zur Welt, etwa 6.000 davon nach Eizellspende und an die 600 infolge einer Leihmutterchaft.⁴⁵ Die Zahl der für spätere Behandlungsversuche aus den durchgeführten IVF-Zyklen „übrig“ gebliebenen, eingefrorenen Embryonen belief sich im April 2002 auf 396.526 Embryonen, in Kanada wurden im Vergleich dazu 2003 15.615 eingefrorene Embryonen gemeldet,⁴⁶ was einen Eindruck über das Ausmaß des IVF-Booms in den USA geben mag.

In Österreich scheint der „Markt“ derzeit weitgehend geregelt und überschaubar. Im Jahr 2000 wurde der *IVF Fonds* eingerichtet, der bei entsprechender medizinischer Indikation 70%

³⁷ Strauß et al. (2004).

³⁸ Vgl. Moreton (2007).

³⁹ Vgl. Österreichische IVF Gesellschaft (o.J.), die Europeaninformationen auf der Homepage der Österreichischen IVF Gesellschaft; European Commission (2006); Janke (2007).

⁴⁰ Vgl. Graumann (2003).

⁴¹ Vgl. Spar (2005).

⁴² Vgl. Spar (2006); Hopkins (2006).

⁴³ Vgl. Truscheit (2007).

⁴⁴ Vgl. Janke (2007).

⁴⁵ Vgl. Spar (2006).

⁴⁶ Vgl. Hug (2008).

der Kosten für eine IVF bzw. ICSI Behandlung übernimmt. Im öffentlichen Bereich sind diese etwas niedriger, als im privaten Bereich und betragen rund 1.500 bis 2.500 Euro. Damit ist die Behandlung in Österreich vergleichsweise preiswert. Insgesamt werden vier Versuche pro Paar gefördert.⁴⁷ Derzeit gibt es österreichweit 25 Krankenanstalten, die die Kriterien des Fonds zur Durchführung von IVF bzw. ICSI erfüllen. Dem *IVF Fonds Bericht* von 2006⁴⁸ lässt sich entnehmen, dass im Berichtszeitraum 4.070 Paare an 5.575 Versuchen teilnahmen, wobei 1.568 Schwangerschaften entstanden. In 27% der Fälle betraf die Indikation die Frau, in 56% den Mann, in 17% beide. Dementsprechend wurde etwa in 71% ICSI, in 24% IVF und in 5% der Transfer von kryo-gelagerten Embryonen durchgeführt. Damit wird etwa doppelt so oft männliche Infertilität behandelt als Weibliche, was zahlreiche Studien bestätigt, die eine Abnahme der Spermienqualität aufzeigen.⁴⁹ Einer neueren Studie zufolge sind allerdings die derzeit verwendeten Parameter zur Feststellung der Spermienqualität fragwürdig und Methoden, die die Funktionalität der Spermien testen, müssten entwickelt werden,⁵⁰ was eventuell einige dieser Zahlen wieder relativieren könnte.

Pro Patientin wurden laut IVF Bericht 2006⁵¹ im Schnitt 9,4 Eizellen gewonnen und zwei Embryonen transferiert. Vorzeitige Abbrüche wegen OHSS mussten in 2% (vor der Punktion) bzw. 10% (nach der Punktion) durchgeführt werden. Die klinische Schwangerschaftsrate lag durchschnittlich bei 31,1% pro Follikelpunktion bzw. bei 42% pro Transfer bei Verwendung von Blastozysten und 29% bei weniger weit entwickelten Embryonen. Dokumentiert sind 814 Geburten, wobei diese Dokumentation nicht vollständig ist, weil keine Meldepflicht besteht. Davon waren 75% Einlinge, 22% Zwillinge und 1% Drillinge. Ähnlich wie bei der natürlichen Schwangerschaft wird berechnet, dass etwa 54% der Schwangerschaften erfolgreich sind. Ebenso wie bei der künstlichen Befruchtung liegt auch die natürliche Wahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft in einem Zyklus bei 25 – 30%, sodass die effektive Schwangerschaftsrate (Lebendgeburt) in beiden Fällen bei etwa 15% liegt.

6.4 Von Eizellspenden und Eizellhandel

Blieben die künstliche Befruchtung sowie die embryonale Stammzellforschung von Kommerzialisierung ausgespart und würden diese Techniken nur bei sehr wohl überlegter Indikation eingesetzt – zwei, wie wir wissen, völlig unrealistische Vorgaben –, wären Eizellen zwar immer noch etwas ideell Kostbares, aber längst nicht so heiß begehrt. Doch die großen Versprechungen, sowohl bei IVF (das eigene Kind für alle, die selbst keine geeigneten Eizellen aus welchen Gründen auch immer bilden können), als auch in der Stammzellforschung (die eigene Therapie für jeden einzelnen Patienten) kreieren eine offenbar kaum zu befriedigende Nachfrage nach Eizellen. Ein kleines Rechenbeispiel veranschaulicht die Dimensionen, in

⁴⁷ Vgl. die Homepage der Österreichischen IVF Gesellschaft, <http://ivf.hez1-1.srv.hoster03.de/index.php?id=109>.

⁴⁸ Vgl. Gesundheit Österreich (2007).

⁴⁹ Vgl. Rozati et al. (2002); Jorgensen et al. (2006).

⁵⁰ Vgl. Lewis (2007).

⁵¹ Vgl. Gesundheit Österreich (2007).

denen hier gedacht wird: Noch bevor Hwangs Fälschungen aufflogen und man also der Meinung war, dass patientenspezifische Zelllinien durch SCNT hergestellt werden könnten (nach wie vor wird daran gearbeitet und früher oder später wird dies vermutlich auch gelingen), musste man davon ausgehen, dass 50 bis 100 Eizellen für die Entwicklung einer patientenspezifischen Stammzelllinie gebraucht würden.

Allein um den Bedarf von 17 Millionen Diabetes-Kranken in den USA zu decken, wären zumindest 850 Millionen Eizellen nötig. Würden pro Frau 10 Eizellen entnommen, müssten 85 Millionen Frauen ihre Eizellen abgeben. Im Jahr 2000 lebten jedoch nur 60 Millionen Amerikanerinnen im geeigneten Alter in den USA. Bei Verwendung von Lupron wäre mit 400.000, an OHSS Verstorbenen zu rechnen.⁵² Einer ähnlichen Berechnung zufolge, die von Hwangs Studien ausging, der viel optimistischer, aber leider rein fiktiv nur zehn Eizellen für eine Stammzelllinie brauchte, müsste für die etwa 2,4 Millionen Diabetesfälle in Großbritannien jede zweite bis dritte Engländerin im Alter zwischen 20 und 34 Jahren Eizellen zur Verfügung stellen und in den USA 34 Millionen der Frauen derselben Altersgruppe.⁵³ Allein diese Milchmädchenrechnung führt vor Augen, wie unrealistisch die Hoffnung auf patientenspezifische Zelllinien mit den vorhandenen Techniken ist. Nichtsdestotrotz hält sich diese Hoffnung medial nach wie vor und der Mangel an verfügbaren Eizellen (*egg cell shortage*) sowohl im Zusammenhang mit IVF als auch mit Stammzellforschung ist ein beklagenswerter Dauerzustand, der gezielt dazu eingesetzt wird, Frauen zur altruistischen „Eizellspende“ zu motivieren.⁵⁴

Die bisherige Erfahrung, sowohl im Bereich der IVF als auch der Stammzellforschung, zeigte, dass die Eizellen junger gesunder Frauen zu den besten Ergebnissen führen. Das heißt auch, dass die Verwendung „übriger“ Eizellen aus der IVF-Behandlung von Frauen, die ja wegen einer Infertilität in Behandlung sind, nicht sonderlich gut geeignet ist, weder, um anderen Frauen bei IVF zu helfen, noch in der Stammzellforschung. Dementsprechend umstritten sind sogenannte *egg sharing* Programme, die vorsehen, dass Frauen, die sich einer IVF-Behandlung unterziehen, einige ihrer Eizellen an andere Frauen oder an die Forschung abgeben und dafür die Kosten für ihre Behandlung reduziert werden. Bedenklich ist dabei, dass einerseits dadurch eine indirekte Bezahlung für Eizellen erfolgt bzw. Frauen dann Eizellen abgeben, wenn sie sich sonst eine IVF-Behandlung nicht leisten können.⁵⁵ Andererseits besteht ein gewisser Druck, vor allem Frauen mit guter Prognose, also z.B. junge Frauen, die sich einer IVF aufgrund der Infertilität ihres Partners unterziehen, zum *egg sharing* zu motivieren, obwohl diese Frauen weit besser mit einer Samenspende oder zumindest einer der bereits erwähnten, „sanften“ IVF-Methoden beraten wären. Ganz abgesehen davon, dass vermutlich versucht würde, von solchen Spenderinnen, die ja an sich „gute“ Eizellen haben, möglichst viele Eizellen zu gewinnen, also wenig schonend Protokolle anzuwenden.⁵⁶

⁵² Vgl. de Solenni (2005).

⁵³ Vgl. Sexton (2005).

⁵⁴ Eine detaillierte Analyse der freiwilligen „Eizellspende“ und ihrer Hintergründe findet sich bei Sexton (2005) und Dickenson (2008). Zur Problematik siehe auch Werner-Felmayer (2005) und (2008).

⁵⁵ Vgl. Brüser (2007); Dickenson (2008), 79-82; Sexton (2005).

⁵⁶ Vgl. Heng (2008).

Ein weiterer kontroversieller Punkt ist die Bezahlung bzw. die Entschädigung für Eizellen. In England beispielsweise ist offiziell keine Entschädigung erlaubt, weswegen wird die, seit Februar 2007 gestattete Bezahlung von 250 £ für Eizellspenden für die Forschung, durchaus kritisch gesehen.⁵⁷ Für IVF ist in vielen Ländern der EU die Eizellspende zwar erlaubt bzw. nicht geregelt, zumeist jedoch unter bestimmten Bedingungen und nur „altruistisch“. Eine Ausnahme stellt Spanien dar, wo die zahlreichen privaten IVF-Kliniken rund 600 – 1000 Euro als Entschädigung bezahlen.⁵⁸

In den USA hingegen können Eizellspenderinnen mit hohen Summen rechnen. Das Ethikkomitee der Amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin hat festgelegt, dass alle Zahlungen über 5.000 US-Dollar gerechtfertigt werden müssten, ab 10.000 US-Dollar würde die Sache unethisch.⁵⁹ Ungeachtet dessen kursieren in diversen Zeitungsberichten Summen von bis zu 50.000 und 100.000 US-Dollar, vor allem wenn es sich bei den Spenderinnen um Studentinnen von Elite-Universitäten handelt, wo die Aufrufe für Eizellspenden zum Alltag gehören.⁶⁰ Während 1984 noch 250 US-Dollar mit einer Eizellspende zu verdienen waren, galten im Jahr 2003 5.000 US-Dollar als Standard.⁶¹ Das IVF-Zentrum an der *University of California in San Francisco* zum Beispiel bietet 7.000 US-Dollar⁶² Entschädigung und das Yale Fertility Center 8.000 US-Dollar.⁶³ Einer Studie der Amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin zufolge ist jedoch angeblich nur für etwa 30 % der Spenderinnen das Geld die Motivation für die Spende, für die Altruismus eine wesentlich wichtigere Rolle spielt.⁶⁴ In den USA werden Eizellspenden für IVF offiziell und legal auch durch private *egg agencies* bzw. *egg broker* vermittelt. Wer im Fall von Komplikationen durch die hormonelle Stimulation für die Kosten der Behandlung aufkommt, ist häufig ungeklärt.⁶⁵ Eine seit 2003 bestehende Regelung zur Sicherung der Eizellqualität durch die *Food and Drug Administration* (FDA) befasst sich lediglich mit der Herstellung eines „krankheits-freien Produkts“, nicht mit der Gesundheit der Spenderin oder der des zukünftigen Kindes.⁶⁶ Dementsprechend bleibt der US-amerikanische Eizellmarkt weitgehend unregelt. Es ist durchaus üblich, dass „erfolgreiche“ Spenderinnen bei weiteren Spenden einen höheren Preis erzielen können.⁶⁷ Häufig wird von den Kliniken geraten, nicht öfter als 6 Mal zu spenden, doch da kein nationales Register vorliegt, ist dies praktisch unkontrollierbar.⁶⁸ Anders als in anderen Ländern gibt es in den USA auch keine Anonymität der Eizellspenderinnen, deren Merkmale, z.T. auch mit Fotos, in Datenbanken verzeichnet sind. Genaue Vorstellungen hinsichtlich dieser Merkmale seitens der Kundinnen wie etwa „*donor ideally has artistic skills as intended mother is a ta-*

⁵⁷ Vgl. Dickenson (2008), 84-89; Campbell (2007).

⁵⁸ Vgl. Schindele/Zimmermann (2007).

⁵⁹ Vgl. ECASRM (2007).

⁶⁰ Vgl. Hopkins (2006); Subrahmanyam (2008); Darnovsky (2008).

⁶¹ Vgl. Binham (2003).

⁶² Vgl. dazu UCSF (o.J.), die Homepage des *Center for Reproductive Health* der Klinik.

⁶³ Vgl. Subrahmanyam (2008).

⁶⁴ Vgl. Subrahmanyam (2008).

⁶⁵ Vgl. Binham (2003); Werner-Felmayer (2005).

⁶⁶ Vgl. Binham (2003).

⁶⁷ Vgl. Hopkins (2006); Spar (2007).

⁶⁸ Vgl. Hopkins (2006).

lented oil painter and piano player“ sind durchaus keine Seltenheit.⁶⁹ Im Gegensatz zur IVF-Industrie ist es der Stammzell-Industrie in den USA untersagt, Eizellspenderinnen mit vergleichbaren Summen zu bezahlen. Hier werden lediglich die Kosten der Behandlung übernommen.⁷⁰ Dementsprechend klagen die Stammzellforscher über den Mangel an ihnen zur Verfügung stehenden Eizellen⁷¹ und kooperieren mit IVF-Kliniken⁷². Daraus ergibt sich ein Markt der „Reproduktionsarbeit“ für die Forschung.⁷³

Nur auf den ersten Blick scheint in Europa die Situation übersichtlicher. Zwar sind vermutlich nicht so hohe Summen wie in den USA zu verdienen, doch der Skandal um Eizellspenden in der rumänischen GlobalART Klinik in Bukarest 2004 spricht für sich: Nicht nur wurden Spermien englischer Männer nach Bukarest gebracht, um dort die, von rumänischen Spenderinnen gekauften Eizellen zu befruchten und dann die Embryonen wieder nach England transportiert (alles übrigens durchaus mit Wissen der britischen *Human Fertilisation and Embryology Authority*) und den Partnerinnen der jeweiligen Männer eingepflanzt. Es wurde auch verabsäumt, Spenderinnen, bei denen Komplikationen durch OHSS auftraten, zu behandeln, was ein mehr als schlechtes Licht auf das ganze Geschäft wirft.⁷⁴ Die Spenderinnen wurden mit etwa 250 US-Dollar entschädigt, doch selbst nachdem der Skandal publik und seitens des EU-Parlaments auch scharf verurteilt wurde, verkaufte die angeblich geschlossene Bukarester GlobalART Klinik, an der die Eizellspenden und Befruchtungen vorgenommen wurden, Eizellen für 8.000 US-Dollar an ihre Kundinnen.⁷⁵ Bei dieser Klinik handelt es sich um ein international operierendes Unternehmen mit Sitz in den USA. Die aktuellen Preise für Eizellen in *shared* und *unshared* Programmen betragen derzeit 8.400 bzw. 13.650 US-Dollar, alle vier bis sechs Wochen sind neue Spenderinnen verfügbar, die Liste der Spenderinnen ist online abrufbar.⁷⁶ In Spanien, dem europäischen El Dorado für IVF mittels Eizellspende, werden häufig ebenfalls Studentinnen für die Eizellspende motiviert, wenngleich, wie gesagt, die Bezahlung weitaus geringer ist als in den USA. Spanische Fertilitätszentren werben damit, dass es keine Wartezeiten gäbe, stets werden 200 bis 300 Spenderinnen zugleich stimuliert, quasi auf Vorrat.⁷⁷ In Spanien gibt es jedoch eine lange Tradition der freiwilligen Organspende, weswegen auch die Eizellspende offenbar wenig hinterfragt wird. Anders als bei der Organspende, die von einer staatlichen Fachkommission begleitet und geregelt wird, befindet sich die Eizellspende jedoch rein in der Hand der privaten IVF-Kliniken. Seit 20 Jahren wird es verabsäumt, die vorgeschriebenen Register für Keimzellspender und für Aktivitäten einzurichten. Auch eine Revision der, 1988 in Kraft getretenen Regelung der ART beinhaltet keinerlei Passus zur Eizellspende und dem Schutz von Spenderinnen. Wie die Juristin und

⁶⁹ Vgl. Hopkins (2006).

⁷⁰ Vgl. Spar (2007).

⁷¹ Vgl. Spar (2007); California Stem Cell Report (2008).

⁷² Vgl. Lahl (2008); Schindele/Zimmermann (2006).

⁷³ Eine detaillierte Analyse über die Verquickung von IFV und Stammzellforschung in einem globalen Markt findet sich bei Waldby (2008).

⁷⁴ Ausführliches dazu findet sich bei Schindele/Zimmermann (2006) und (2007); Schindele (2006).

⁷⁵ Vgl. Schindele/Zimmermann (2006) und (2007); Schindele (2006).

⁷⁶ Vgl. GlobalART USA (o.J.), die Homepage des Unternehmens.

⁷⁷ Vgl. Schindele/Zimmermann (2006) und (2007); Schindele (2006).

Bioethikerin Itziar Alkorta Idiakez bemerkt, ist die spanische Fertilitätsindustrie bestrebt, diesen Zustand aufrecht zu erhalten.⁷⁸

6.5 Schlussbemerkung

Bedenkt man die Komplexität der, zur Bildung reifer Keimzellen und zur Fortpflanzung nötigen biologischen Voraussetzungen, erscheinen die Erfolge der Reproduktionsmedizin geradezu erstaunlich. Sich diese Komplexität bewusst machend wird auch klar, dass Eingriffe in diese Steuerungsprozesse, wie sie für eine Eizellgewinnung notwendig sind, mit Sicherheit für den Organismus problematisch sind. Auch mehren sich die Berichte, dass IVF, vor allem in Verbindung mit den auf Optimierung der Eizellausbeute ausgerichteten Stimulationsprotokollen, nicht ohne negative Auswirkung auf den Schwangerschaftsverlauf, sowie die solcherart gezeugten Kinder ist, selbst wenn die Mehrzahl der geborenen Kinder gesund zur Welt kommen.⁷⁹ Vor allem bei männlicher Infertilität, die mittels ICSI „behandelt“ werden kann, wird häufig verabsäumt, auf das erhöhte Risiko von chromosomalen Abnormalitäten hinzuweisen, da im Vordergrund vor allem eine optimale Schwangerschaftsrate steht.⁸⁰

Dessen ungeachtet boomen weltweit die IVF-Zentren, die wegen der höheren Erfolgchancen immer mehr auf Eizellspenden zurückgreifen und auch die embryonale Stammzellforschung ist auf Eizellspenden angewiesen. Vor diesem Hintergrund ist es kaum denkbar, von konventionellen Follikelstimulationsprotokollen wegzukommen, auch wenn ihre Nachteile unbestritten sind und immer wieder Fälle von grober Fahrlässigkeit bekannt werden, etwa wenn 70 Eizellen von einer Frau isoliert werden (die ein dementsprechend schweres OHSS entwickelte).⁸¹ Reglementierungen können zwar lokal unter Umständen die Dynamik verlangsamen, global gesehen hat sich jedoch aufgrund sehr unterschiedlicher legislativer Regelungen bereits ein blühender und weitgehend unregulierter Handel mit Eizellen etabliert. Während dieser in den USA mehr oder weniger offen liegt und im Rahmen der IVF-Industrie vor allem auf weiße US-Bürgerinnen zurückgreift, ist er in Europa sozusagen ein, an den Rand verlagertes Geschäft, das auf dem Einkommensgefälle sowie unterschiedlichen Gesetzgebungen auch innerhalb der EU-Staaten basiert. Eizellspenderinnen aus osteuropäischen Ländern sind wegen ihrer kaukasischen Merkmale gesucht, können jedoch nur landesübliche Entschädigungen erwarten, während die westliche IVF-Kundin durchwegs einen etwa 20- bis 40-fach höheren Preis für die Eizellen bezahlen muss, woraus sich eine beachtliche Gewinnspanne ergibt. Da die besten Erfolge erzielt werden, wenn die Eizellen möglichst schnell nach der Entnahme befruchtet werden, ist es durchaus keine Seltenheit, dass beispielsweise ukrainische IVF-Kliniken Eizellspenderinnen rekrutieren und sie in IVF-Kliniken auf Zypern oder in anderen Urlaubsregionen schicken, die die Kinderwunsch-Paare aus Mittel- und Nordeuropa

⁷⁸ Vgl. Alkorta Idiakez (2006).

⁷⁹ Vgl. Allen et al. (2006).

⁸⁰ Vgl. Allen et al. (2006).

⁸¹ Vgl. Jacobs et al. (2001).

aufsuchen.⁸² Damit werden sämtliche Reglementierungen bezüglich Import oder Export von Eizellen umgangen. Viele der Eizellspenderinnen bestreiten damit ihren Lebensunterhalt, sie verdingen sich mit Reproduktionsarbeit. Eine rege Reisetätigkeit entsteht dadurch, die offensichtlich mit jener des Prostitutions-Frauenhandels überlappt.⁸³

Wie immer könnte dieser Entwicklung nur seitens der Konsumentinnen entgegen gewirkt werden, indem diese zumindest nachfragen, woher die Eizellen für ihr Wunschkind kommen. Doch kaum ein Sektor ist so auf Anonymität bedacht, wie dieser, denn es geht um die Intimsphäre eines Paares bzw. einer Familie auf der einen Seite und auch Spenderinnen wollen in der Regel lieber anonym bleiben. In England können zwar Kinder, die nach April 2005 mit Spenderhilfe gezeugt wurden, mit 18 Jahren die Herkunft ihrer genetischen Eltern in Erfahrung bringen, doch der globale Markt bleibt davon weitgehend unbetroffen. Denn in der Regel gibt es keine Registrierungspflicht oder sie wird, wie bereits erwähnt, nicht umgesetzt.

Ein weiterer *global player* im IVF- und Eizellgeschäft ist Israel, wo weltweit die höchste Anzahl von IVF Behandlungen pro Einwohner bei voller staatlicher Unterstützung durchgeführt wird – etwa 57 Millionen US-Dollar werden staatlicherseits pro Jahr für IVF-Behandlungen ausgegeben.⁸⁴ Seit 2002 ist die Einfuhr von Eizellen gestattet. Vor allem aus Rumänien, wohin israelische Ärzte in Sachen Eizellhandel reisen (so ist auch z.B. der Mitbegründer der oben erwähnten GlobalART USA ein israelischer IVF-Mediziner, der die umstrittene Klinik in Bukarest betrieb), werden Eizellen bezogen. Die Befruchtung der Eizellen muss in Israel erfolgen,⁸⁵ was im Klartext heißt, dass die Spenderinnen nach Israel reisen. Aufgrund der pronatalistischen und protechnologischen Einstellung in Israel werden IVF bzw. Nebenwirkungen der Hormonstimulation praktisch nicht hinterfragt. Frauen durchlaufen auch 20 erfolglose Zyklen,⁸⁶ obwohl dies – bisherigem Wissen nach – schlechte medizinische Praxis darstellt. „Medizinisch gesehen kann IVF Behandlung jeden zweiten Monat, und, in speziellen Fällen, jeden Monat – insgesamt fünf bis sieben Mal pro Jahr durchgeführt werden“ heißt es denn auch auf der Homepage einer großen israelischen IVF-Klinik.⁸⁷ Vielen ist ihr eigener Körper egal, Hauptsache, die ersehnten Kinder werden gezeugt.⁸⁸ Stimmen, die eine Beschränkung dieses übermäßigen Gebrauchs von IVF fordern, bleiben bisher wenig beachtet, da die Nachfrage ungebrochen scheint, es gleichzeitig jedoch offenbar an Aufklärung mangelt.⁸⁹

Wie sehr zudem die moderne Technologie alt hergebrachten Einstellungen, unter denen Frauen in vielen Ländern der Welt zu leiden haben, in die Hände spielt, zeigt das Beispiel einer 16-jährigen Araberin, die in den zwei Jahren ihrer bisherigen Ehe kein Kind empfangen konnte, nun aber mittels IVF schwanger wurde.⁹⁰ Die Auswirkung der Behandlung im Jugendalter ist medizinisch völlig ungeklärt und auch rechtlich ergeben sich eine Reihe offener

⁸² Vgl. Waldby (2008).

⁸³ Vgl. Waldby (2008).

⁸⁴ Vgl. Kraft (2006).

⁸⁵ Vgl. Horsey (2002).

⁸⁶ Vgl. Kraft (2006).

⁸⁷ Vgl. dazu Assuta Hospital (o.J.), die Homepage der IVF-Abteilung dieses Krankenhauses.

⁸⁸ Vgl. Kraft (2006).

⁸⁹ Vgl. Shalev/Gooldin (2006); Kraft (2006).

⁹⁰ Vgl. Callaway (2008).

Fragen, z.B. war die Patientin zu jung, um selbst die nötigen Einwilligungen zu unterschreiben. Es wird daher ein unteres Alterslimit von 18 Jahren für IVF gefordert.⁹¹ Mit einer ähnlichen Argumentation, nämlich um Frauen vor sozialer Ausgrenzung wegen Kinderlosigkeit zu schützen, wurde auch 2006 „billige IVF für Afrika“ gefordert.⁹² Es gibt demnach viele Gruppen, die den Markt generieren. Dass dabei die Gefahr der Ausbeutung nicht nur für Eizellspenderinnen, sondern auch für Eizellempfängerinnen gegeben ist, scheint den wenigsten bewusst zu sein.⁹³

Literatur

- Alkorta Idiaketz, Itziar (2006): „IVF trafficking, egg cell donation“, European Biopolitics Conference, Berlin, 17.-19. März 2006, http://www.boell.de/alt/downloads_uk/Alkortaldiaketz_Workshop2a.pdf (Zugriff am 8. Juni 2008).
- Allen, Victoria M. (2006): „Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology“, in: *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada* 28, S. 220-233.
- Assuta Hospital (o.J.): „I.V.F. Center, FAQ“, <http://www.ivfisrael.co.il/showArticle.asp?id=276&categoryId=86> (Zugriff am 8. Juni 2008).
- Beier, Henning M. (2002): „Die Entdeckung der Eizelle der Säugetiere und des Menschen“, in: *Reproduktionsmedizin* 18, S. 333-338.
- Binham, Caroline (2003): „The egg market: the (lack of) regulation of the egg donation industry“, in *portfolio*, http://journalism.nyu.edu/portfolio/binham/egg_market.html (Zugriff am 7. Juni 2008).
- Brüser, Boon C. (2008): „Egg sharing in return for subsidized fertility treatment – ethical challenges and pitfalls“, in: *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 25, S. 159-161.
- Bukovsky, Antonin, et al. (2008): „Mammalian neo-oogenesis and expression of meiosis-specific protein SCP3 in adult human and monkey ovaries“, in: *Cell Cycle* 7, S. 683-686.
- California stem cell report (2008): „An egg shortage: is more cash the answer?“, <http://californiastemcellreport.blogspot.com/2008/03/egg-shortage-is-more-cash-answer.html> (Zugriff am 2. Juni 2008).
- Callaway, Ewen (2008): „Interview: Why I gave a teenager IVF“, in: *New Scientist*, <http://www.newscientist.com/article/dn13867-interview-why-i-gave-a-teenager-ivf.html> (Zugriff am 13. Mai 2008).
- Campbell, Denis (2007): „Women will be paid to donate eggs for science“, in: *The Observer*, 18. Februar 2007.

⁹¹ Vgl. Callaway (2008).

⁹² Vgl. Pilcher (2006).

⁹³ Eine detailliertere Analyse über die Rolle, die Frauen als Kundinnen, sowie als Spenderinnen im Topos von Fruchtbarkeit und Heilung spielen, findet sich in Werner-Felmayer (2008).

- CGS [Center for Genetics and Society] (2006): „Women’s eggs for research: scandal expands“, 27. Jänner 2006, <http://www.geneticsandsociety.org/article.php?id=2636> (Zugriff am 4. Juni 2008).
- Cho, Mildred K., et al. (2006): „Lessons of the stem cell scandal“, in: *Science* 311, S. 614-615.
- ClinicalTrials.gov (o.J.): „U.S. National Institutes of Health, Verzeichnis klinischer Studien“, Abfrage zum Thema embryonische Stammzelltherapie, <http://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=embryonic+stem+cell> (Zugriff am 4. Juni 2008).
- Darnovsky, Marcy (2008): „Expanding the egg business“, Center for Genetics and Society, <http://www.biopoliticaltimes.org/article.php?id=3934> (Zugriff am 10. Juni 2008).
- de Solenni, Pia (2005): „Testimony before the Massachusetts State Legislature’s Joint Committee on Economic Development and Emerging Technologies regarding adult stem cell research and ambryonic stem cell research“, <http://www.stemcellresearchfacts.com/articles/PiaDeSolenniTestimony.pdf> (Zugriff am 6. Juni 2008).
- Delvigne, Annick & Rozenberg, Serge (2003): „Review of clinical course and treatment of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS)“, in: *Human Reproduction Update* 9, S. 77-96.
- Dickenson, Donna (2008): *Body shopping*. Oxford, England: Oneworld Publications.
- ECASRM [Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine] (2007): „Financial compensation of oocyte donors“, in: *Fertility and Sterility* 88, S. 305-309.
- Edwards, Robert G. (2007): „IVF, IVM, natural cycle IVF, minimal stimulation IVF – time for a rethink“, in: *Reproductive BioMedicine Online* 15, S. 106-119.
- Embryology.ch (o.J.): „Online Embryologie Kurs für Studierende der Medizin“, entwickelt von den Universitäten Fribourg, Lausanne und Bern, <http://www.embryology.ch/genericpages/moduleembryode.html> (Zugriff am 27. Mai 2008).
- Engel, Gregory, et al. (2003): „Pituitary apoplexy after leuprolide injection for ovum donation“, in: *Journal of Adolescent Health* 32, S. 89-93.
- European Commission (2006): „Report on the regulation of reproductive cell donation in the European Union“, Health & Consumer Protection DG: Directorate 6 – Public Health and Risk Assesment, http://ivf.hez1-1.srv.hoster03.de/fileadmin/redaktion/files/Downloads/Report_EU-Regulation.pdf (Zugriff am 7. Juni 2008).
- FDA [US Food and Drug Administration] (2004): „Medical Drug Safety Information on Lupron“, http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2004/oct_PI/Lupron_PI.pdf (Zugriff am 3. Juni 2008).
- French, Andrew, et al. (2008): „Development of human cloned blastocysts following somatic cell nuclear transfer with adult fibroblasts“, in: *Stem Cells* 26, S. 485-493.
- Gargett, Caroline E. (2007): „Stem Cells in Human Reproduction“, in: *Reproductive Sciences* 14, 405-424.
- Gesundheit Österreich (2007): „IVF Register. Jahresbericht 2006“, http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/2/2/CH0775/CMS1038912858686/ivf-jahresbericht_2006.pdf (Zugriff am 8. Juni 2008)
- GlobalART USA (o.J.): „About GlobalART“, <http://www.globalartusa.com/about.cfm> (Zugriff am 8. Juni 2008).

- Graumann, Sigrid (2003): „Praxis, rechtliche Regulierung und ethische Diskussion der Präimplantationsdiagnostik in Italien“, Gutachten im Auftrag des Deutschen Bundestages, Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Berlin, <http://www.imew.de/imew.php/cat/122/aid/177> (Zugriff am 7. Juni 2008).
- Hall, Vanessa J./Stojkovic, Miodrag (2006): „The status of human nuclear transfer“, in: *Stem Cell Reviews* 2, S. 301-308.
- Hayasaka, Elana (2006): „The health risks of egg extraction“, Korea Womenlink Forum on Biotechnology and Women's Rights, Seoul, South Korea, <http://2006forum.womenlink.or.kr/Hayasaka20060921.pdf> (Zugriff am 3. Juni 2008).
- Hopkins, Jim (2006): „Egg-donor business booms on campuses“, in *USA Today*, http://www.usatoday.com/money/industries/health/2006-03-15-egg-donors-usat_x.htm (Zugriff am 7. Juni 2008).
- Horsey, Kirsty (2002): „Israel allows payments for imported eggs“, in: *BioNews*, http://www.ivf.net/ivf/israel_allows_payments_for_imported_eggs-011-en.html (Zugriff am 8. Juni 2008).
- Howards, Stuart S. (1997): „Antoine van Leeuwenhoek and the discovery of sperm“, in: *Fertility and Sterility* 67, S. 16-17.
- Hug, Kristina (2008): „Motivation to donate or not donate surplus embryos for stem-cell research: literature review“, in: *Fertility and Sterility* 89, S. 263-277.
- IVF Fonds (o.J.): „Information und Jahresberichte“, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0775&doc=CMS1038912858686> (Zugriff am 5. Juni 2008).
- Jacobs, Allen et al. (2001): „Seventy ova“, in: *Hastings Center Report* 31, S. 12-14.
- Janke, Silvia (2007): „Familienbildung mit Eizellspende“, laufende Dissertation an der Freien Universität Berlin, <http://www.eizellspende-dissertation.de/> (Zugriff am 7. Juni 2008).
- Jorgensen, Niels et al. (2006): „Coordinated European investigations of semen quality: results from studies of Scandinavian young men is a matter of concern“, in: *International Journal of Andrology* 29, S. 54-61.
- Katz Rothman, Barbara (2000): *Recreating Motherhood*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Kraft, Dina (2006): „Bringing a baby“, in: *The Jewish Standard*, <http://www.jstandard.com/articles/1743/1/Bringing-a-baby/print/1743> (Zugriff am 13. Mai 2008).
- Lahl, Jennifer (2008): „California scheming“, The center for bioethics and culture network, http://www.cbc-network.org/research_display.php?id=359 (Zugriff am 6. Juni 2008).
- Lewis, Sheena E.M. (2007): „Is sperm evaluation useful in predicting human fertility?“, in: *Reproduction* 134, S. 31-40.
- Linderhof (o.J.): „Nebenwirkungen, Komplikationen“, <http://www.linder-ivf.ch/fachinformationen/9/nebenwirkungen.html> (Zugriff am 3. Juni 2008).
- Liu, Yifei et al. (2007): „Germline stem cells and neo-oogenesis in the adult human ovary“, in: *Developmental Biology* 306, S. 112-120.
- Magnus, David and Cho, Mildred K. (2005): „Issues in oocyte donation for stem cell om research“, in: *Science* 307, S. 1747-1748.
- Mendel, Gregor (1865): „Versuche über Pflanzen-Hybriden“, Mendel's Original Paper, <http://www.mendelweb.org/MWGerText.html> (Zugriff am 28. Mai 2008).

- Moreton, Cole (2007): „World’s first test-tube baby Louise Brown has a child of her own“, in: *The Independent*, 14. Jänner 2007, <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-wellbeing/health-news/worlds-first-testtube-baby-louise-brown-has-a-child-of-her-own-432080.html> (Zugriff am 5. Juni 2008).
- Norsigian, Judy (2005): „Egg donation dangers“, in: *GeneWatch* 18, <http://www.genewatch.org/genewatch/articles/18-5Norsigian.html> (Zugriff am 3. Juni 2008).
- Österreichische IVF Gesellschaft (o.J.): „IVF in der EU“, <http://ivf.hez1-1.srv.hoster03.de/index.php?id=29> (Zugriff am 7. Juni 2008).
- PFC [Pacific Fertility Center] (o.J.): „Ovulation Induction“, http://www.infertilitydoctor.com/ivf/ivf_ovul.htm (Zugriff am 3. Juni 2008).
- Pilcher, Helen (2006): „Fertility on a shoestring“, in: *Nature* 442, S. 975-977.
- Polinder, Suzanne et al. (2008): „Cost-effectiveness of a mild compared with a standard strategy for IVF: a randomized comparison using cumulative term live birth as the primary endpoint“, in: *Human Reproduction* 23, S. 316-323.
- Rozati, Roya et al. (2002): „Role of environmental estrogens in the deterioration of male factor fertility“, in: *Fertility and Sterility* 78, S. 1187-1194.
- Schindele, Eva & Zimmermann, Imke (2006): „Rohstoff für das Mutterglück“, Feature auf WDR 3, http://www.wdr.de/radio/wdr3/bilder/sendung/wdr_3_diskurs/20060704_schindele_eizellenhandel.pdf (Zugriff am 8. Juni 2008).
- Schindele, Eva (2006): „Der Eierdeal“, Deutschlandradio, <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/wib/545060/> (Zugriff am 8. Juni 2008).
- Schindele, Eva/Zimmermann, Imke (2007): „Rohstoff für das Mutterglück“, in *Die Zeit* 04 (18. Jänner), S. 29.
- Science (o.J.): „Special Online Collection: Hwang et al. Controversy – Committee Report, Response, and Background“, <http://www.sciencemag.org/sciext/hwang2005/> (Zugriff am 4. Juni 2008).
- Sexton, Sarah (2005): „Transforming ‚Waste‘ into ‚Resource‘: from women’s eggs to economics for women“, Reprokt workshop at Femme Globale Conference, Heinrich Böll Foundation, Berlin, Germany, <http://www.thecornerhouse.org.uk/pdf/document/eggs.pdf> (Zugriff am 6. Juni 2008).
- Shalev, Carmel & Gooldin, Sigal (2006): „The uses and misuses of in vitro fertilization in Israel: some sociological and ethical considerations“, in: *NASHIM* 12, S. 151-176.
- Spar, Debora L. (2005): „Reproductive tourism and the regulatory map“, in *New England Journal of Medicine* 352, S. 531-533.
- Spar, Debora L. (2006): „Where babies come from: supply and demand in an infant marketplace“, in: *Harvard Business Review* 84, S. 133-140.
- Spar, Debora L. (2007): „The egg trade – making sense of the market for human oocytes“, in: *New England Journal of Medicine* 356, S. 1289-1291.
- SSC [Syracuse Stamp Club] (o.J.): „Featured Stamps“, online unter: http://www.syracusestampclub.org/som/stamp_month.htm (Zugriff am 4. Juni 2008).
- Strauß, Bernhard et al. (2004): „Ungewollte Kinderlosigkeit“, in: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* 20, Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin, <http://www.gbe-bund.de/> (Zugriff am 5. Juni 2008).

- Subrahmanyam, Divya (2008): „Ivy league egg donor wanted“, in: *Yale Daily News*, 23. April, <http://www.yaledailynews.com/articles/printarticle/24634> (Zugriff am 6. Juni 2008).
- Truscheit, Karin (2007): „Spanische Gene, deutsche Mutter“, in: *Frankfurter Allgemeine*, <http://www.faz.net/s/Rub867BF88948594D80AD8AB4E72C5626ED/Doc~EECD3F2F1EB1249DD8BB95E59A28214B0~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (Zugriff am 7. Juni 2008).
- UCSF (o.J.): „Ovum Donor Program: For Donors“, <http://www.ucsfvfv.org/donors.htm> (Zugriff am 8. Juni 2008).
- Virant-Klun, Irma et al. (2008): „Putative stem cells with an embryonic character isolated from the ovarian surface epithelium of women with no naturally present follicles and oocytes“, in: *Differentiation*, 29. April [online-Vorabpublikation].
- Waldby, Catherine (2008): „Oocyte markets: global tissue economies and women’s reproductive work in embryonic stem cell research“, in: *New Genetics and Society* 27, S. 19-31.
- Werner-Felmayer, Gabriele (2005): „Menschliche Eizellen – Lebensspender, Hoffnungsträger und Handelsware“, in: *Imago Hominis* 3, S. 207-215.
- Werner-Felmayer, Gabriele (2008): „Frauenkörper – im Topos von Fruchtbarkeit und Heilung“, in: Hochleitner, Margarethe (Hrsg.): *Gender Medicine, Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck Band 1*. Wien: facultas.wuv, S. 37-53.
- Wikipedia (o.J.): „Ovarielles Hyperstimulationssyndrom“, <http://de.wikipedia.org/wiki/OHSS> (Zugriff am 3. Juni 2008).
- Wohn, Yvette D./Normile, Dennis (2006): „Prosecutors allege elaborate deception and missing funds“, in: *Science* 312, S. 980-981.
- Wunschkind.net (o.J.): „Protokolle“, <http://www.wunschkind.net/theorie/behandlungenmethoden/hormone/protokolle-stimulation-hormongaben/> (Zugriff am 3. Juni 2008).

7 *Organknappheit? Wie lösen?*

*Eine Zusammenfassung der Podiumsdiskussion am
15. Mai 2008 in Innsbruck*

Matthias Stöckl

Organe werden knapp, insbesondere in der entwickelten Welt, wo die Hochleistungsmedizin im Laufe des 20. Jahrhunderts nahezu alles möglich gemacht zu haben scheint. Der „Austausch“ von Herzen, Nieren, Lungen oder anderen Körperteilen ist inzwischen fast schon Routine. Angesichts dieser Möglichkeiten ergibt sich immer stärker eine Differenz zwischen der Nachfrage nach Organen und deren Angebot. Zudem erhöhen sich auch ständig die Kosten und Gesundheitsreformen werden nötig.

Im Titel dieser Veranstaltung stehen daher nicht zufällig zwei Fragezeichen. Zum einen ist es alles andere als klar, dass es so etwas wie eine „Knappheit“ an Organen gibt: Zwar bleibt unter bestimmten Bedingungen offensichtlich eine Lücke zwischen der Zahl der zur Transplantation verfügbaren Organe und der Zahl der bedürftigen Patientinnen und Patienten, wie etwa teils lange Wartelisten zeigen. Ob gerade in diesem Bereich das Machbare aber auch gemacht werden soll, ist nicht allein eine medizinische und ökonomische Frage, sondern auch eine ethische. So ergeben sich jedenfalls verschiedene Spannungen, die gelöst werden wollen. Dazu zählen etwa das Problem des Zugangs zu Intensivmedizin, in Österreich ebenso wie global, das Problem der Ausbeutung bestimmter Weltregionen als „Ersatzteillager“, was von manchen freilich auch als Chance gesehen wird, oder auch das Problem vom Anfang und vor allem vom Ende menschlichen Lebens.



*Bild (v.l.n.r.): Raimund Margreiter, Józef Niewiadomski,
Ulrike Finkenstedt, Thomas Rudolf, Erika Feyerabend*

7.1 Am Podium

Im Rahmen des zweiten Wirtschaftshistorischen Symposiums *Von Körpermärkten*, diskutier- te unter der Leitung von Ulrike Finkenstedt (ORF Tirol) eine hochkarätig besetzte Diskussi- onsrunde über Organknappheit, ob und inwieweit diese überhaupt besteht und welche mögli- chen Lösungsansätze denkbar sind. Die Diskussionsteilnehmer sind der bekannte Innsbrucker Transplantationschirurg Prof. Dr. Raimund Margreiter, der Dipl.-Volkswirt Thomas Rudolf, der Dekan der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Innsbruck Prof. Dr. Józef Niewiadomski und Dr. Erika Feyerabend, ihres Zeichens Herausgeberin der Zeitschrift *Bi- oskop*, die sich kritisch mit den Biowissenschaften und ihren Technologien auseinandersetzt.

Zu Begin der Diskussion hatten die Diskussionsteilnehmer die Möglichkeit, ihre Sichtweise zum Thema Organknappheit darzulegen und mögliche Auswege aus dieser Problematik zu erläutern. Den Anfang machte Thomas Rudolf. Zu seinen Forschungsinteressen zählen vor allem Fragestellungen im Grenzbereich von Ökonomik und Ethik. Gemeinsam mit Prof. Dr. Oberender entwickelte er ein Versicherungsmodell zur Lösung der Organknappheit. Grund- sätzlich soll dabei versucht werden, das ökonomische Problem des Angebotsdefizites, das sich durch das Vorhandensein von Wartelisten für Organempfänger manifestiert, durch Zwi- schenschaltung eines Versicherungsmarktes zu beheben. Ausgangspunkt für das Modell ist die Fragestellung, ob und wie es gelingen kann, ökonomische, dazu gehören nicht nur mone- täre, Anreize zu setzen, um die Anzahl der Spenderorgane zu erhöhen. Entscheidend für dies- es „Versicherungsmodell“ (Rudolf) ist die Aufspaltung des Organmarktes in seine zwei Teilmärkte, den Organbeschaffungs- und Organabgabemarkt. Der Grund für diese Trennung ist, dass monetäre Vergütungen ausschließlich für die Bereitschaft zur Abgabe von Körperor- ganen bezahlt werden können. Denn es kann und darf in einer aufgeklärten Gesellschaft keine monetär orientierte Lösung zur Vergabe von Organen geben. Präziser formuliert darf die in- dividuelle Zahlungsbereitschaft und die Vermögenssituation eines Patienten keine Rolle bei der Vergabe von Spenderorganen spielen. Im Detail sieht das Versicherungsmodell die Zah- lung kleinerer Beträge während der Lebenszeit des potenziellen Organspenders vor. Nach Ableben des Spenders und bei Einhaltung der zuvor festgelegten Kriterien erfolgt eine ent- sprechend höhere Auszahlung an die Erben bzw. Begünstigten. Im Fall des meist nachgefrag- ten Ersatzorgans (d.h. das Organ mit den längsten Wartelisten) – der Niere, würde sich dieses Modell für die Krankenversicherungen rechnen, wenn die möglichen Kosteneinsparungen (diese ergeben sich vor allem durch eine Reduktion von Patienten, die eine regelmäßige Dia- lyse benötigen) mit kalkuliert werden, so Rudolf.

Im Gegensatz zu diesem bereits sehr konkreten Lösungsansatz für Organknappheit betont E- rika Feyerabend, dass die erste Fragestellung dieses Abends, ob es Organknappheit überhaupt gibt, einer eingehenderen Betrachtung zu unterziehen ist. In der gesamten Diskussion um Or- gantransplantationen wird diese Knappheit als unverrückbare Tatsache dargestellt. Grundsätz- lich ist hierzu festzustellen, dass es eine Diskrepanz zwischen den wartenden Patienten und den durchgeführten Transplantationen pro Jahr gibt. Grundlegender ist aber vielmehr die Fra- ge, wann eine Nachfragerlücke am Organmarkt überhaupt als geschlossen anzusehen ist. Be- steht keine Knappheit, wenn jemand, der ein Organ benötigt, unverzüglich nach der Indikati- on das entsprechende Organ erhält? Wenn sich aber ein gewisse Wartezeit und somit eine

Warteliste nicht verhindern lassen, wie lang sollte diese Wartezeit sein, bzw. wer bestimmt die Länge der Wartezeit? Feyerabend betont in ihrer Argumentation, dass zurzeit in Deutschland rund 12.000 Patienten auf ein Organ warten. Anzuzweifeln ist aber, ob diese Zahl auch als objektiv einzustufen ist, das heißt, ob diese 12.000 Patienten eine akute Transplantation benötigen oder ob dahinter noch andere Motivlagen zu vermuten sind.

Zusätzlich kommt sie zum Schluss, dass sich diese Angebotslücke, mit welchen Mitteln auch immer, nicht schließen lässt, da fortschrittlichere Transplantationstechniken, verträglichere Immunsuppression und ausgereifere Techniken zur Organgewinnung bzw. -beschaffung, einerseits die Anzahl der durchgeführten Transplantationen erhöhen werden und andererseits auch die Anzahl der Indikationen steigern werden.

Ein weiterer Kritikpunkt in der gesamten Debatte um menschliche Organe ist die Verwendung des ökonomischen Begriffes der „Knappheit“. Dieser stammt aus der Güterproduktion, was wiederum suggeriert, dass Organe wie Medikamente oder sogar Sachen behandelt und produziert werden könnten. Diese Diktion ist für menschliche Organe nicht zulässig. Eine „Produktion“ von Organen ist nicht möglich. Auch die Unterzeichnung eines Organspendeausweises führt – anders als in der allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit suggeriert – nicht sozusagen automatisch dazu, dass Organe verfügbar werden. Immerhin muss tatsächlich gestorben werden, und zwar in der Regel auf einer Intensivstation und unter Einhaltung der medizinischen Kriterien für den „Hirntod“. Eine verbesserte Verkehrssicherheit, wirksamere Therapien bei Schlaganfällen oder Hirnverletzungen beispielsweise, lassen die Anzahl von transplantierbaren Organen sinken.

Ein weiterer Begriff, der untrennbar mit Organknappheit verbunden ist, ist der Begriff des „Todes auf der Wartliste“. Allein schon aufgrund dieser Formulierung werden gesellschaftlicher Druck und Handlungszwang erzeugt. Feyerabend vertritt dabei die Meinung, dass Menschen auf der Warteliste an ihren Krankheiten versterben. Dennoch ist dieser Tod ein besonderer, ist er weder dem Schicksal noch dem Unvermögen der Medizin geschuldet, sondern aufgrund mangelnder Spendenbereitschaft, als ein gesellschaftlich verschuldeter Tod verstanden und kommuniziert, für den es kein Verständnis geben kann. Aufbauend auf dieser Rhetorik werden Lösungskonzepte entwickelt, an deren Spitze der reguläre Verkauf von Organen diskutiert wird. Feyerabend unterstreicht dabei, dass diese Möglichkeit vor allem ärmere Bevölkerungsschichten betreffen würde, die sich und ihren Körper in letzter Konsequenz zu Märkte tragen (müssen).

Auf die Frage, ob das Angebot von Spenderorganen erhöht werden kann und ob somit die Angebotslücke schließbar ist, gibt Prof. Dr. Raimund Margreiter Erika Feyerabend in ihrer Argumentation insoweit Recht, als dass der Bedarf an Organen auch abhängig ist von ihrer Verfügbarkeit und den medizinischen Möglichkeiten. Aufbauend auf einer höheren Verfügbarkeit wird natürlich auch die Indikation zur Organtransplantation großzügiger gestellt. Grundsätzlich ist aber die Frage zu stellen, welchen Bedarf es an Spenderorganen gibt. Das oberste Ziel muss es sein, den Tod auf der Warteliste zu verhindern. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen laut Margreiter in den westlichen Industrieländern ca. 60 Nierenverpflanzungen pro Million Einwohner und Jahr durchgeführt werden. Dafür reichen 30 postmortale Spenderinnen und Spender aus. Wird diese Kennzahl nicht erreicht, muss die Spendenbereitschaft, die länderspezifischen und zeitlichen Schwankungen unterliegt, erhöht werden.

Grundsätzlich sei aber die gesamte Problematik um Organspende und -aufbringung nicht als primär ökonomisches sondern als medizinisches und menschliches Problem zu sehen. Bezogen auf die Situation in Österreich konstatiert Margreiter, dass in den 1980er-Jahren ausreichend Spenderorgane aufgebracht werden konnten, es kam sogar zu einer Reduktion der Warteliste. Den Tod auf der Warteliste gänzlich zu verhindern, kann aber auch bei Vorhandensein von genügend Spenderorganen nicht gewährleistet werden. Für nicht vitale (d.h. nicht lebensnotwendige) Organe wäre eine Wartezeit von 12 Monaten als akzeptabel einzustufen. Dabei ist für den Patienten mit keinerlei Nachteilen in Bezug auf die Lebenserwartung zu rechnen. Im Gegensatz dazu muss es bei vitalen Organen oberstes Ziel sein, den Tod auf der Warteliste zu verhindern. Dass die dafür benötigte Anzahl an Organspendern erreichbar ist, zeigen die Beispiele Spanien und Toskana. Natürlich werden bei Vorhandensein von genügend Organen großzügigere Indikationen gestellt. Daher ist es immanent, dass Organe eine knappe Ressource bleiben werden.

Margreiter unterstreicht noch, dass das Potenzial an brauchbaren Spenderorganen grundsätzlich vorhanden ist. Um die Anzahl der Spenderorgane zu erhöhen und somit das Knappheitsproblem zu minimieren, schlägt er eine Meldepflicht von potenziellen Organspendern vor. Hiervon betroffen sind vor allem die Abteilungen, die mit potenziellen Organspendern zu tun haben. Nach Meinung von Margreiter ist die von ihm vorgeschlagene Lösung auch kompatibel mit dem System der erweiterten Zustimmungslösung, wie es in Deutschland praktiziert wird. Dabei ist, im Gegensatz zur Widerspruchslösung, die in Österreich greift, nicht jeder nach Ableben automatisch Organspender.¹ Um Organspender zu werden, müssen daher nach dem Ableben die nächsten Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter über die Organentnahme informiert werden. Um diese von der Sinnhaftigkeit der Organspende zu überzeugen, sollten sie aktiv in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden. Weiters sei zu beachten, dass es für ein peripheres Krankenhaus, das selbst keine Transplantationen durchführt, mit großem Arbeits- und Kostenaufwand verbunden ist, wenn ein potenzieller Organspender gemeldet wird. Hierbei müssen finanzielle Anreize gesetzt werden, um zumindest die entstandenen Kosten zu decken.

Schlussendlich sei es aber nicht die Aufgabe der Medizin – diese stellt ihr Know-how zur Verfügung – sich darum zu kümmern, ausreichend Organe zur Verfügung zu haben, um den Bedarf zu decken. Stellen Organtransplantationen ein gesellschaftlich akzeptiertes und gewünschtes therapeutisches Konzept dar, muss auch die Gesellschaft die Verantwortung übernehmen und dafür Sorge tragen, dass die Spendenbereitschaft erhöht wird.

An diesem Punkt steigt Józef Niewiadomski in die Diskussion ein. Er betont, dass die katholische Kirche Organspenden seit 1944 befürwortet und es als Zeichen der christlichen Nächstenliebe ansieht, über den Tod hinaus einer anderen Person durch die Organspende ein Weiterleben zu ermöglichen. Eine solche Tat der Nächstenliebe kann aber immer nur freiwillig erfolgen und nie Pflicht sein.

Wo liegt aber nun das grundlegende Problem um die diskutierte Organknappheit? Diese ist eigentlich nur ein Symptom einer tiefer gehenden, gesellschaftlichen Problematik. Würde der

¹ Aus medizinischer Sicht kommt eine Person als Organspender in Frage, wenn der Hirntod eindeutig festgestellt wurde.

Dekalog und im Besonderen das zehnte Gebot in unserer Zeit neu verfasst, müsste dieses folgendermaßen lauten: „Du sollst nicht begehren deines nächsten Haus, nicht seine Frau, seine Niere, sein Herz, seine Leber oder irgendein anderes Organ.“ Dieses zehnte Gebot regelt also das menschliche Begehren. Grundsätzlich ist dieses Begehren grenzenlos, denn was ein anderer hat oder ist, ist immer erstrebenswert. Archaische Gesellschaften konnten dieses Begehren ausreichend über Normen, wie es das zehnte Gebot darstellt, zügeln. Daher litten diese Gesellschaften auch kaum an einem Mangel. In unserer Gesellschaft ist das Begehren aber in alle Richtungen grenzenlos entfesselt und somit unstillbar. Die daraus resultierend Kluft zwischen vermeintlichem Brauchen und tatsächlichem Haben kann also nie geschlossen werden. Als Konsequenz wird die Problematik der Organknappheit immer bestehen, weil die dahinterliegende Systematik nicht gelöst werden kann. Zusätzlich wird das Problem aber verschärft durch den technologischen Fortschritt. Immer mehr Krankheiten und Gebrechen können geheilt werden. In den Menschen erwächst daher das Gefühl, sie hätten Anspruch und Recht auf Ersatzorgane, wenn diese sie heilen können, ähnlich dem Anspruch auf Medikamente. Wurde früher eine Organspende als Gnade verstanden, ist diese Dankbarkeit heute einer Anspruchshaltung gewichen. Daher ist das Problem der Organknappheit kein statistisches oder ökonomisches, sondern ein ethisches. Daher muss in der Gesellschaft die Sensibilität für das Thema der Organspende erhöht werden. Niemals darf aber eine Spende zur Pflicht werden. Niewiadomski versteht daher die Organspende als eine freie Tat der Nächstenliebe und spricht sich gegen eine kommerzielle Ausschlachtung des menschlichen Körpers aus.

Aufgrund der diametral unterschiedlichen Grundeinstellungen der vier Diskutanten zu den Themen Organspende und Organknappheit entwickelte sich eine sehr rege Diskussion. Auf die Ausführungen von Niewiadomski Bezug nehmend, stellt Margreiter fest, dass in Österreich rechtlich nicht geklärt ist, wem ein Leichnam gehört. Dementsprechend gibt es auch kein Begehren nach etwas das einem anderen gehört. Im Gegensatz zu früheren Ausführungen vertritt die Transplantationsgemeinde die Ansicht, dass rechtlich kein Anspruch jedweder Form auf ein Organ besteht. Gibt es aber den Wunsch nach einer Transplantation, werden sich alle Beteiligten um ein gerechtes Verteilungssystem bemühen. Ein Recht auf ein Organ kann aber keiner Person zugebilligt werden.

Auch Feyerabend kritisiert die von ihr als soziale Pflicht klassifizierte Aufforderung zur dann nicht mehr so freiwilligen Organspende. Diese Pflicht kann als juristische (Widerspruchslösung) oder als symbolische Norm (Appell an die christliche Nächstenliebe) ausgestaltet sein. Adressaten sind die potenziellen Spender und ihre Angehörigen – also alle. In der öffentlichen Diskussion wird die Organgabe als gesellschaftlich wünschenswertes Verhalten betont. Dem entspricht aufseiten der potenziellen Empfänger allerdings kein tatsächlicher oder symbolischer Anspruch auf ein Organ. In den vielen Aufklärungsbroschüren zur Organspende wird die individuelle Entscheidungsfreiheit des Einzelnen betont. Über rhetorische Strategien wie den erwähnten „Tod auf der Warteliste“ oder eine Betroffenheitsentgrenzung („Wenn Sie in dieser Lage wären, ...“) wird dennoch das gewünschte Verhalten zu erzeugen versucht: Organspende als gesellschaftliche Norm und individuelle Pflicht. Diese Einstellung manifestiert sich in Österreich über die Widerspruchslösung auch auf juristischem Gebiet. In Deutschland gibt es die erweiterte Zustimmungslösung, die zumindest formal besagt, dass einer Organspende zu Lebzeiten oder nach Ableben von den Angehörigen zugestimmt werden muss. Die

Regel ist: Angehörige entscheiden in einer Schocksituation und unter dem diskursiv erzeugten Vorwurf mangelnder Solidarität und Nächstenliebe. Doch die Diskrepanz zwischen medizinisch erzeugter Nachfrage und Angebot bleibt bestehen. Immer neue Grenzverletzungen sind die Folge: Gravierend ist die Lebendspende, die bei Nieren- und weniger häufig bei Lebertransplantationen immer häufiger praktiziert wird. Hierbei erfolgt ein gravierender medizinischer Eingriff in den Körper eines gesunden Menschen, der Heilung eines anderen willen. Das ist ein neuartiges Konzept in der Medizin. Es widerspricht der berufsethischen Norm, Kranke nur um ihrer selbst willen zu behandeln. Seit Jahren wird in der BRD der Personenkreis für die Lebendspende erweitert. Nicht nur Verwandte sondern auch persönlich nahestehende Menschen dürfen spenden. Mittlerweile wird in besonderen Situationen auch akzeptiert, dass sich diese persönlichen Beziehungen erst über die Spendebereitschaft erstmalig herstellen. Psychischer Druck und finanzielle Anreize sollen über Kontrollen sogenannter Lebendspendekommissionen ausgeschlossen werden. Standards gibt es dafür nicht und verschiedene Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass die Kommissionen dies gar nicht überprüfen können. Der Handel mit menschlichen Organen ist laut Gesetz zwar verboten, die Praxis der Lebendspende außerhalb familiärer Bezüge lässt solchen illegalen Handlungen aber einige Realisierungschancen. Ein weiterer Versuch, die Zahl verfügbarer Organe zu steigern ist in einigen EU-Ländern und den USA zu beobachten. Menschen, die an schwersten Erkrankungen leiden, können über einen „kontrollierten Herztod“ versterben. Nach vereinbarten Regeln dürfen Organe zwei oder zehn Minuten nach einem Herzstillstand entnommen werden. In manchen Ländern wird eine Beatmung im OP beendet und die Organe entnommen, in anderen werden Organe am Krankenbett im Körper gekühlt. Der Diskurs um mögliche Lösungen zur Knappheitsproblematik hat Sagbarkeitsgrenzen verschoben. Diskutiert wird auch über „regulierte Märkte“ und „monetäre Anreize“, um das Organaufkommen zu erhöhen. Nicht Patienten, die auf ein Organ warten, sprechen so, sondern einflussreiche Juristen, Transplantationschirurgen und Ökonomen. Ihr Credo: altruistische Spenden könnten die Nachfrage nicht befriedigen. Feyerabend betont, dass gerade über die symbolische Autorität dieser akademischen Eliten, eine gesellschaftliche Dynamik entstehen kann, die in letzter Konsequenz die Selbstvermarktung und Kommerzialisierung des menschlichen Körpers ermöglicht.

Hier widerspricht Margreiter klar, da er glaubt, dass sich die Transplantationschirurgie über ihre Erfolge selbst legitimiert hat und nicht mehr laufend neu legitimieren muss. Obwohl in der Schöpfung nicht vorgesehen, ist es doch das ethisch Höchste, im Sterben Leben zu schenken. Hier besteht klarer Konsens mit der katholischen Kirche. Das ist auch ein Grund, warum sich die Transplantationschirurgie heute nicht mehr laufend gesellschaftlich legitimieren muss.

Hier ergreift wieder Rudolf das Wort und bringt Argumente für die Schaffung eines regulierten Organmarktes. Aus der Sicht des Ökonomen ist die Tatsache, dass es unregulierte Schwarzmärkte für Organe gibt, bereits die ausreichende Legitimation zur Schaffung eines regulierten Marktes.² Auf den Schwarzmärkten gibt es weder staatliche, juristische noch me-

² Das einzige Land, in dem Organhandel legal ist, ist der Iran. Indizien für die Existenz eines Schwarzmarktes gibt es in Indien, Israel, Rumänien und in den Ländern am Balkan.

dizinische Kontrollen. Diese Märkte entwickeln sich aber, wenn Menschen in industrialisierten Ländern auf eine Organspende warten. Die Wurzel des Problems liegt daher in der Tatsache, dass es Organknappheit in den industrialisierten Ländern gibt. Reiche Patienten aus dem Westen treten dann als Käufer auf diesen Märkten auf. Schätzungen zufolge wird für eine Niere am Schwarzmarkt ein Preis von 70.000 bis 120.000 Euro bezahlt. Beim Lebendspender, meist kommen diese aus der armen Bevölkerungsschicht, kommen aber schlussendlich nur rund 10 Prozent der Kaufsumme an. Daher gelingt es vielen „Anbietern“ von Organen nicht, sich aus der finanziellen Krisensituation zu befreien, die der Grund war für den Entschluss zur Organspende. Altruistische Motive spielen auf Organschwarzmärkten keine Rolle. Die damit verbundenen menschenunwürdigen Umstände können nicht akzeptiert werden. Lösungsvorschläge zur Beendigung der Organknappheit müssen daher auch zum Ziel haben, diese Schwarzmärkte auszutrocknen, um weiteres menschliches Leid zu verhindern.

Niewiadomski kann den Bestrebungen zur Austrocknung dieser Organschwarzmärkte nur zustimmen. Seiner Meinung nach kann ein zivilisierter Organmarkt die Grunddynamik des gesamten Prozesses aber nicht stoppen, vielmehr wird dadurch das endlose Begehren der Menschen noch verstärkt. Es bleibt schlussendlich immer eine ethische Herausforderung, festzulegen, was genug und was zu viel ist, ob Transplantationschirurgie als Standardverfahren zum Einsatz kommt oder doch als etwas Außergewöhnliches wahrgenommen wird. Bezug nehmend auf die Ausführungen von Niewiadomski erachtet Rudolf das Festlegen von Transplantationsquoten als Lösungsvorschlag zur Eingrenzung des Begehrens bzw. des Bedarfs. Diese Quoten könnten von der Medizin festgelegt werden und sollten sich am de facto Bedarf orientieren. Dieser Lösungsvorschlag wiederum beinhaltet aber das bereits besprochene Problem der leichteren Indikation beim Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl von Organen.

Bezug nehmend auf die Schwarzmarkt-Problematik ergänzt Margreiter, dass es diese nachgewiesenermaßen in Indien und Pakistan gibt. Im Iran ist der Handel mit Organen unter staatlicher Kontrolle sogar legalisiert. Dort haben todkranke Menschen die Möglichkeit, durch die Abgabe ihrer nicht lebensnotwendigen Organe, Medikamente zu kaufen, ihre Schulden zu bezahlen oder in die Ausbildung ihrer Kinder zu investieren. Dabei bekommen sie eine fixe, vom Staat festgelegte, Summe an Geld, das ihnen zu 100 Prozent zur Verfügung steht. Ein Schwarzmarkt existiert bekanntermaßen auch in China, wo jährlich ca. 3.000 Hingerichteten die Organe entnommen werden, um diese an begüterte Ausländer zu verkaufen. In Europa, im Besonderen in Deutschland und Österreich, gibt es aber keinen Schwarzmarkt für Organe.

Welche Gründe aber gibt es angesichts der Existenz von Schwarzmärkten, dass sich die Medizin so vehement dagegen ausspricht, monetäre Anreize einzusetzen, um die Anzahl der verfügbaren Organe zu erhöhen?

Margreiter meint dazu, dass grundsätzlich das Problem der Schwarzmärkte kein so gravierendes ist, da diese nicht sehr florierend sind. Das liegt daran, dass die Ergebnisse schlecht und die Komplikationsraten hoch sind. Zusätzlich ist in den betroffenen Ländern das Ansteckungsrisiko für Hepatitis B und C sowie HIV sehr hoch. Die Anzahl der Leute, die sich Organe am Schwarzmarkt organisieren, ist daher gering. Der Hauptgrund aber, warum die Medizin monetäre Anreize ablehnt, liegt darin, dass durch die Verwendung von monetären Anreizen die Organspende keine Spende mehr ist. Margreiter vermutet, dass dadurch die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung drastisch zurückgehen wird. Grundsätzlich können mone-

täre Anreize dabei in unterschiedlichster Form gesetzt werden, beispielsweise durch die Übernahme der Bestattungskosten, durch Nachlässe bei Krankenversicherungsgebühren oder durch die Beteiligung an Ausbildungskosten für die Hinterbliebenen.

Für Feyerabend stellt diese Form der Kostenerstattung schon eine indirekte monetäre Inwertsetzung von menschlichen Organen dar. Wenn nun Bestattungskosten übernommen werden dürfen, steht die „Entscheidungsfreiheit“ zur Disposition. Zusätzlich ist zu fragen, wo denn Monetarisierung oder Kommerzialisierung des menschlichen Körpers beginnt? Sie beginnt mindestens und sichtbar dort, wo Selbstvermarktung des eigenen Körpers möglich wird und wo man Angehörige durch finanzielle Anreize dazu bringt, im Sinne der Transplantationsmedizin zur Erhöhung der Anzahl der Spenderorgane beizutragen. Niewiadomski aber bemängelt neben diesem Aspekt, dass die sachliche Aufklärung und die Begleitung der Angehörigen – im Fall einer möglichen Organspende – unzureichend sind. Wenn es keine Investition in diese ethische Komponente gibt, wird das Angebot an Spenderorganen unzureichend bleiben. Daher muss das gesellschaftliche Bewusstsein geschult werden. Die Kirche hat dabei aber immer betont, dass eine Organspende immer freiwillig erfolgen muss. Entsteht daraus eine Pflicht und es kann die sich daraus entwickelte Dynamik längerfristig sehr schädlich sein für eine Gesellschaft. Im Gegensatz dazu sieht Margreiter keineswegs zu wenig Aufklärung in der Gesellschaft. Beiträge in Verbindung mit dem Thema der Transplantationschirurgie und ihren Möglichkeiten finden sich fast wöchentlich in der Presse. Es bleibt aber zu bemängeln, dass die Gesellschaft trotz massiver Aufklärungsbemühungen, sich zu wenig für das Thema interessiert und sich nicht mit den damit verbundenen Konsequenzen bewusst auseinandersetzt.

In diesem Zusammenhang stellt Feyerabend die Frage in den Raum, wo denn nun der Unterschied zwischen Aufklärung und Werbung liegt. Das einheitliche Ziel ist und bleibt die Erhöhung der Anzahl der Spenderorgane. In dieser Diskussion kommen aber die ethische und moralische Aufklärung zu kurz und damit die Befähigung, sich mit dieser speziellen Sorte des Sterbens, mit dieser speziellen Art von Medizin und mit der speziellen Verbindung, auch wenn sie anonym bleibt, zwischen Organempfänger und Organgeber eingehend auseinanderzusetzen. Über Aufklärungsbroschüren wird vor allem ein Ziel – und ein gesetzlicher Auftrag – zu erfüllen versucht: Steigerung der Organspenderate. Das ist etwas anderes als eine umfassende Aufklärung über die gesellschaftlichen, kulturellen und sozialen Folgen einer Medizin, die den toten, hirntoten oder lebenden Körper für das Versprechen auf Leben und Überleben nutzt. Oder über die internationalen Dimensionen des Organhandels, die bislang weder bewältigt noch vollständig vom regulären Transplantationsgeschehen abgetrennt werden kann. Organe können ja nicht auf der Straße getauscht werden. Kliniken nach westlichem Niveau sind von Nöten und zahlungskräftige Empfänger. Diese Problemkreise müssen aber ohne moralischen Druck diskutiert und der Bevölkerung verständlich gemacht werden.

Ein weiterer großer Diskussionspunkt, der nochmals angesprochen wird, kreist um die Frage, welche rechtliche Lösung zur Anwendung kommt und welche Konsequenzen damit für das Problem der Organknappheit verbunden sind. Österreich verwendet ja die Widerspruchslösung, bei der jeder Österreicher automatisch potenzieller Organspender ist. Raimund Margreiter führt dazu an, dass die Widerspruchquote bei ca. 10 bis 15 Prozent liegt. Im Gegensatz dazu wendet Deutschland ja die erweiterte Zustimmungslösung bzw. die erweiterte Informa-

tionslösung an. Die Entscheidung, in der Regel von Angehörigen, in dieser persönlichen Krisensituation wird meist aufgrund der tiefen Betroffenheit und der Unkenntnis darüber, welche Lösung der Betroffene vorgezogen hätte, abgelehnt. Margreiter betont, dass diese schwere Entscheidung im Falle der Widerspruchslösung den Angehörigen abgenommen wird. Das ist auch der Grund, warum Länder mit der Widerspruchslösung ein höheres Aufkommen an Spenderorganen haben. Józef Niewiadomski fügt an, dass in Österreich diese Lösung schon lange angewendet wird und dass ein großer Teil der Bevölkerung in der einen oder anderen Form bereits damit konfrontiert war. Die Entscheidung, ob man zum Organspender wird, muss jeder für sich selbst treffen. Darüber wird aber nur unzureichend diskutiert.

Nach Erika Feyerabend aber braucht eine erfolgreiche Transplantationsmedizin, die auf Steigerungsraten in der Transplantationsquote angewiesen ist, die Organabgabe als gesetzlich festgelegte Norm, von der es eine individuelle Abweichung geben darf. Diese Abweichung als „Freiheit“ zu kommunizieren, ist aber vermessen. Mehrheiten müssen zustimmen und den Organtausch unterstützen. Dabei ist die Mitmachbereitschaft der sogenannten Spenderkrankenhäuser, die nicht selbst transplantieren, sondern ihre OP-Kapazitäten und Personal für stundenlange Explantationen bereitstellen müssen, wesentlich entscheidender für das Organaufkommen als die Spendeausweise oder das „schweigende Zustimmung“ Einzelner. Der Deutsche Ethikrat hat das in seiner letzten Stellungnahme berücksichtigt.³ Margreiter widerspricht und meint, dass dem Organspender in Ländern mit der Widerspruchslösung mehr persönliche Entscheidungsfreiheit gewährt wird, als in Ländern mit der Zustimmungslösung da diese noch zu Lebzeiten über die Verwendung ihrer Organe entscheiden können. In Ländern mit der Zustimmungslösung fällt diese Entscheidung oft den gesetzlichen Vertretern oder Hinterbliebenen zu. Neben Österreich verwenden noch 13 weitere europäische Länder die Widerspruchslösung, die bereits 1978 auf Empfehlung des Europarates eingeführt wurde.

Dennoch sind beide Lösungsansätze nicht geeignet, das Problem der Organknappheit befriedigend zu lösen. Wo liegen beispielsweise die Schwächen bei der Widerspruchslösung?

Feyerabend betont, dass mit der Widerspruchslösung die Organspende zur Norm und die Weigerung zur Ausnahme gemacht werden. Aber auch das Konzept der erweiterten Zustimmung ist nicht frei von Zwang, wie schon dargelegt. Ob Bürger – neben den Erfordernissen des täglichen Lebens und denen, die weitere technische, medizinische und politische Entwicklungen ihnen abfordern – wirklich informiert sind und werden können; ob die Entscheidungsräume der Transplantationsmedizin gesellschaftlich wünschenswert und verantwortbar sind, darüber wird überhaupt nicht debattiert. Mediziner, Juristen, Theologen und Ethiker entwerfen in speziellen Kommissionen und Gremien ausschließlich Verfahren, die der Transplantationsmedizin dienlich sind. Solche Expertengruppen versuchen, für Politiker wie für Bürger, diese Entscheidungsprozedere plausibel zu machen. Die angebotenen und überhaupt als denkbar eingestuften Alternativen lauten dann: „Wer schweigt, stimmt zu“ oder „Angehörige entscheiden“. Fragen wie diese sind suspendiert: Können Angehörige in einer Schocksituation entscheiden? Sollten Ärzte im Angesicht des Todes nach der nützlichen Verwertung

³ Auch versuchte er, eine Art Widerspruchsregelung politisch stark zu machen. Nach seinem Votum soll zumindest jeder Bürger und jede Bürgerin verpflichtet werden, sich zu entscheiden und diese Entscheidung, wie immer sie auch ausfällt, zu dokumentieren.

von Körperteilen fragen? Zeigt das Schweigen vieler auch an, dass es unentscheidbare Situationen gibt? Können Menschen in gesunden Tagen ermessen, was sie in Todesnähe wünschen?

Margreiter entgegnet heftig, dass die beschriebene Situation ein generelles Problem einer repräsentativen Demokratie ist. Dennoch ist es wichtig, dass sich eine Gesellschaft für einen Weg entscheidet. Spanien beispielsweise, das Land mit der weltweit höchsten Spenderate (34 Spender pro Million Einwohner und Jahr) hat sich vor 20 Jahren entschieden, die Nierentransplantation als therapeutisches Konzept anzuwenden. Neben Kosteneinsparungen waren vor allem die Verbesserung der Lebensqualität und die Verlängerung in der Lebenserwartung der Patienten die ausschlaggebenden Gründe für diese Entscheidung. Nachdem sich der Staat und damit auch die Gesellschaft entschieden hat, wurden Organspendenbeauftragte eingesetzt. Dazu kommt, dass die betroffenen Spenderkrankenhäuser volle finanzielle Kostenabdeckung erhalten. Weiters wird in allen geeigneten Krankenhäusern alle drei Monate eine routinemäßige Besprechung durchgeführt, bei der jeder Todesfall diskutiert wird, der nicht als potenzieller Organspender gemeldet wurde.

Feyerabend kann diese positive Beurteilung des spanischen Systems nicht teilen. Bezug nehmend auf die Pflicht zur Meldung von Organspendern und damit auch zur Pflicht zur Durchführung von Explantationen berichtet sie von Operationsschwestern in einem Spenderkrankenhaus, die bei Explantationen assistieren sollten. Schon die Frage nach Zeit für die Auseinandersetzung und nach arbeitsrechtlicher Absicherung für jene Pflegekräfte, die nicht an Organentnahmen teilnehmen wollten, wurde zurückgewiesen. Dass es Pflegekräfte gibt, die unter Explantationen leiden, bleibt in der Auseinandersetzung mit den Folgen des Transplantationswesens unberücksichtigt. Ebenso, dass belegte OP-Kapazitäten und beanspruchtes Personal auch Konsequenzen für andere Kranke haben können, deren Operation unter Umständen verschoben werden muss. In Spanien – aber auch in Frankreich – werden zudem neue Spenderkreise erschlossen. So gibt es seit einiger Zeit die Anweisung an Rettungskräfte, Unfallverletzte, die einen kontrollierten Herztod gestorben sind, bereits auf der Fahrt ins Krankenhaus für eine Organspende zu „präparieren“, also im Körper Organe zu kühlen oder Herztote in Kliniken kontrolliert versterben zu lassen, um die Organe nutzen zu können. Ganz grundsätzlich ist es bedenklich, für den Erfolg einer rechtlichen Lösung die Rate des Organaufkommens als Maßstab heranzuziehen. Eine objektivere Erfolgsmessung muss noch andere Kriterien berücksichtigen.

Dieser Aussage schließt sich Niewiadomski an und unterstreicht nochmals die Notwendigkeit, qualitative Kriterien zur Erfolgsbestimmung heranzuziehen. Grundsätzlich darf der Umgang mit dem menschlichen Körper nicht zur Routine werden. Daher muss man über vorhandene Grauzonen im Umgang mit Hirntoten diskutieren. Im Fall der betroffenen Krankenschwestern zeigt sich auch die menschliche Dimension der Transplantationsmedizin. Diese Diskussionen stellen aber die Organentnahme als gesellschaftlich wünschenswerten Vorgang nicht in Frage, dennoch müssen die seelischen Probleme der Menschen, die mit dieser Problematik konfrontiert sind, berücksichtigt und wahrgenommen werden. Aber gerade die soziale Seite der Transplantationschirurgie spielt im gesellschaftlichen Diskurs keine Rolle, wie das obige Beispiel zeigt. Feyerabend kann in diesem Zusammenhang auch von einem laufenden Gerichtsverfahren in Deutschland berichten. Der Streitpunkt: Die zweite, verpflichtende Hirn-

toddiagnostik, soll von der Deutschen Stiftung Organtransplantation nur bei jenen Kliniken bezahlt worden sein, bei denen die erste Hirntod-Diagnose bestätigt wurde. Diese Bezahlungspraxis wurde inzwischen eingestellt. Das Beispiel zeigt aber, wie intransparent und fragwürdig die Umstände der Organbeschaffung sein können. Auch dies muss öffentlich kommuniziert werden und ist für eine Entscheidungsfindung dienlich.

Nachdem nun ausführlich über die menschliche Dimension der Organknappheit debattiert wurde, führt Thomas Rudolf das Gespräch auf mögliche Lösungswege zurück. Er konstatiert, dass unabhängig von der angewandten rechtlichen Lösung zu beobachten ist, dass es Wartelisten gibt. Damit ist großes Leid für die betroffenen Patienten verbunden. Zusätzlich scheint das Potenzial an Spenderorganen, die durch Werbung und eine weitere Sensibilisierung der Bevölkerung verfügbar gemacht werden können, ausgereizt. Da es offensichtlich in der näheren Zukunft zu keiner Verkürzung der Warteliste kommen wird, muss auch über ökonomische Lösungen nachgedacht werden. Hier bietet vor allem die moderne Institutionenökonomik Möglichkeiten, diese Problemstellung zu behandeln. Monetäre Anreize könnten das Problem der Knappheit zumindest lindern. Daher muss es möglich sein, ohne falsche Wertediskussion über einen institutionellen Regelrahmen zu diskutieren, der es ermöglicht, Schwarzmärkte auszutrocknen und die Warteliste für Organempfänger zu verkürzen. Rückblickend auf die Bemerkung, dass das Problem der Schwarzmärkte kein übermäßig großes ist (Margreiter), bringt Rudolf ein Gegenbeispiel: In Israel ist der Handel mit Organen illegal. Patienten aber, die für einen gewissen Zeitraum auf der Warteliste stehen und zusätzlich schlechte Aussichten auf ein passendes Transplantationsorgan haben, können von der Krankenversicherung das Geld, das für ihre Transplantation vorgesehen wäre (ein standardisierter Betrag von rund 34.000 US-Dollar), einfordern. Einzige Auflage der Versicherung ist, dass nachgewiesen werden muss, dass dieses Geld für eine Organtransplantation verwendet wurde. Woher, und von wem das Spenderorgan stammt ist in diesem Fall für die Versicherung irrelevant. In den ersten Jahren nach Einführung haben bereits rund 400 Israelis diese Regelung für sich in Anspruch genommen. Es scheint daher klar zu sein, dass das Problem der Organ-schwarzmärkte größer sein dürfte als oft angenommen. Da sich aber, wie bereits erwähnt, keine befriedigende Lösung für das Problem der Knappheit gefunden hat, muss auch über ökonomische Lösungsansätze nachgedacht werden.

Niewiadomski erkennt hier wiederum eine schleichende gesellschaftliche Dynamik, die dazu führen wird, dass Organhandel schlussendlich legalisiert wird. Das ist ein weiteres Zeichen für das grenzenlose Begehren in unserer Gesellschaft und dessen Konsequenzen. Hier muss wieder die Frage gestellt werden, wie dieses Begehren gezähmt werden kann. Dafür gibt es grundsätzlich keine Zaubерlösung. Zu beobachten ist, dass sich zwei konkurrierende Standpunkte gegenüberstehen, die nicht so einfach vereinbar sind. Auf der einen Seite stehen die betroffenen Patienten, die der Auffassung sind, einen Anspruch, ja sogar ein Recht auf ein Ersatzorgan zu haben. Ihnen gegenüber stehen die potenziellen Organspender, die einen gesellschaftlichen Druck, ja vielleicht sogar eine Verpflichtung zur Organspende empfinden. Das ist eine Kultur, die nur auf Rechte und Ansprüche aufgebaut ist, aber die Hingabe zu wenig betont. Daher besteht weiterer Aufklärungsbedarf. Nur mit zusätzlicher Aufklärung ist es aber nicht möglich, Angebot und Nachfrage in ein befriedigendes Verhältnis zu bringen, wie Rudolf anschließend anmerkt.

Schließlich unterstreicht Feyerabend nochmals, wie groß der Druck auf Skeptiker des regulierten Organmarktes ist. Weltweit beginnen Ethiker, Ökonomen und auch Mediziner darüber zu reden, dass solche Märkte wichtig und problemlösend seien. Von einer „Win-win-Situation“ ist die Rede. Die Armen dieser Welt könnten sich ernähren oder eine Existenz gründen, die Organbedürftigen würden zur passenden Zeit ein Organ bekommen. Alle Nicht-Experten und mit wenig gesellschaftlicher Autorität Ausgestatteten geraten bei so viel Fachkenntnis und institutionellen Würden schnell in einen Begründungszwang. Sie müssen „rational“ erklären, warum gegen den Verkauf von Organen vieles einzuwenden ist. Ihre moralischen Intuitionen bleiben auf der Strecke. Und dort, wo der Verkauf von Organen „üblich“ ist, geraten viele in Erklärungsnöte: Warum nicht ein Organ verkaufen, um der alltäglichen Misere zu entgehen, die zuvor als unabänderlich hingenommen wurde. Im Zeitalter der Transplantation gibt es eine neue Option. Wie beschämend der Organverkauf erfahren wird, wie sozial isolierend er ist, wie sehr mit körperlichen Spätschäden verknüpft – all das kommt in den abstrakten Modellspielen einer „Win-win-Situation“ nicht vor.

7.2 Im Plenum

Mit dieser Wortmeldung endete die Podiumsdiskussion und das zahlreich erschienene Publikum hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Der erste Beitrag kommt von einem interessierten Juristen. Seine erste Frage dreht sich um die Praxis der Verteilung von Spenderorganen und bezieht sich auf den Umstand, dass es Gerüchte gibt, wonach Patienten mit Privilegien bzw. mit höherem gesellschaftlichen Status schneller und gegebenenfalls auch öfter Organtransplantationen erhalten. Die zweite Frage betrifft die Zuteilungsmechanismen, die bei der Organverteilung angewendet werden. Bezug nehmend auf die erste Frage widerspricht Raimund Margreiter klar. Für die Beantwortung der zweiten Frage muss etwas weiter ausgeholt werden. Die Zuteilung von Spenderorganen für unseren Raum erfolgt über Eurotransplant (beteiligt an diesem Netzwerk sind die Länder Österreich, Deutschland, Belgien, Luxemburg, die Niederlande und Slowenien). Aufbauend auf komplizierte Algorithmen werden Organe nach unterschiedlichen Kriterien, wie beispielsweise die Übereinstimmung in den Erbmerkmalen zwischen Spender und Empfänger, Dringlichkeit der Organtransplantation sowie die Zeit auf der Warteliste zugeteilt. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die regionale Herkunft der Organspender bei der Verteilung berücksichtigt wird. Somit kann sichergestellt werden, dass Patienten in kleinen Ländern die gleichen Chancen auf ein Spenderorgan haben.



Die nächste Frage behandelt die Praxis der Organentnahme. An Thomas Rudolf gerichtet möchte eine interessierte ZuhörerIn wissen, ob es üblich ist, dass bei hirntoten Patienten, die alle dafür nötigen Kriterien erfüllen, Mehrfachorganentnahmen durchgeführt werden, es demgemäß zu einem Ausschachten des Körpers kommt. Rudolf konnte dazu eine Statistik nennen, die besagt, dass vor einigen Jahren in Deutschland von rund 1.100 Organspendern insgesamt rund 3.600 Organe entnommen wurden. Demnach werden im Durchschnitt jedem Organspender rund drei Organe entnommen.

Die nächste Publikumsfrage ist an Raimund Margreiter gerichtet. Es geht um die Frage, ob es in Zukunft mithilfe der Stammzellenforschung möglich sein wird, sich aus dem Blut der Nabelschnur seine eigenen Ersatzorgane zu züchten. Diese Methode würde das Problem der Organknappheit und die damit verbundenen negativen Konsequenzen beheben. Margreiter führt dazu aus, dass es sich bei diesen Methoden großteils noch um Zukunftsmusik handelt, obwohl bereits kleine Teilerfolge erzielt wurden und laufend Fortschritte gemacht werden. Beim einfachsten Organ, dem Herzen (es besteht nur aus Muskelgewebe), konnte diese Prozedur bereits bei Mäusen erfolgreich durchgeführt werden. Bei Leber oder Lunge kann dieses Konzept aber aufgrund der Komplexität dieser Organe voraussichtlich nicht angewandt werden. Es muss aber angemerkt werden, dass es ein weiteres zukunftsträchtiges Konzept gibt, um der Organknappheit Herr zu werden. Diese Methode konzentriert sich auf die Verwendung tierischer Organe oder tierischer Zellen. Diese Vorgehensweise könnte beispielsweise bei der Behandlung von Diabetes eingesetzt werden.

Eine letzte Frage betrifft die Thematik der kommerziellen Selbstvermarktung des Körpers und richtet sich daher erneut an Rudolf. Grundsätzlich sei es denkbar, dass bei Anwendung einer Marktlösung, Personen in einer finanziellen Krisensituation die Organspende als möglichen Ausweg sehen. Rudolf räumt dazu ein, dass sich alle bisherigen Ausführungen über eine mögliche Marktlösung auf die postmortale Spende bezogen haben. Es ist aber auch anzumerken, dass viele Mediziner die Ansicht vertreten, dass eine Verkürzung der Warteliste nur über Lebendspenden erreicht werden kann. Das Thema der Lebendspende und einer möglichen monetären Abgeltung beinhaltet eine tiefer gehende ethische und moralische Komponente. Sollte in Zukunft eine Lebendspende über den engsten Verwandtenkreis hinaus möglich sein, müssen auch dementsprechende institutionelle und gesetzliche Regeln geschaffen werden, um hier Missbrauch zu vermeiden.

7.3 Zusammenfassung

Eine vierköpfige Expert(inn)engruppe diskutierte im Rahmen des zweiten Wirtschaftshistorischen Symposiums an der Fakultät für Volkswirtschaft und Statistik der Universität Innsbruck die Frage, ob es Organknappheit gibt und wie dieses Problem – sofern existent – gelöst werden könnte. Alle vier Diskutant(inn)en zeichnen sich durch unterschiedliche Herangehensweisen an diese Problematik aus. Im Verlauf der Diskussion wurden daher vielfältige Aspekte rund um die Thematik der Organknappheit besprochen und kontrovers diskutiert.

Aus medizinischer Sicht geht es vor allem darum, den Bedarf an Spenderorganen zu decken um möglichst allen Patienten, die eine Transplantation benötigen, helfen zu können. Werden Transplantationen als gesellschaftlich gewünschtes Therapiekonzept akzeptiert, ist es die Aufgabe einer Gesellschaft, sich mit dieser Frage eingehender auseinanderzusetzen. Das umfasst auch die rechtliche Frage, ob die Widerspruchslösung oder die erweiterte Zustimmungslösung angewandt wird. Es ist aber nicht die Aufgabe der Transplantationschirurgen, sich um die ausreichende Bereitstellung von Spenderorganen zu kümmern. Ziel muss es jedoch sein, das Leid der Patienten gering zu halten und den Tod auf der Warteliste zu verhindern. Einen möglichen Lösungsweg aus der bestehenden Organknappheit sieht der Innsbrucker Transplantationschirurg Prof. Dr. Raimund Margreiter in der Meldepflicht von potenziellen Organ Spendern. Die damit verbundenen zusätzlichen finanziellen Mehraufwendungen müssen den Krankenhäusern abgegolten werden. Die Erhöhung der Anzahl der Spenderorgane über die Schaffung von monetären Anreizen oder durch Zwang lehnt er ab, weil er eine Reduktion der Spendebereitschaft befürchtet.

Neben dieser Herangehensweise präsentierte Dipl.-Volkswirt Thomas Rudolf aus Bayreuth einen ökonomisch orientierten Lösungsansatz. Über ein Versicherungsmodell soll die Anzahl der Spenderorgane erhöht werden. Er betont dabei, dass es von großer Bedeutung ist, die herrschende Angebotslücke ehest möglichst zu schließen, um Organschwarzmärkte, die es vor allem in armen Ländern gibt, auszutrocknen, um das damit verbundene menschliche Leid zu beenden. Über dieses Marktmodell könnten zusätzlich neue Spendergruppen erschlossen werden, die sich bisher nicht mit dem Thema der Organspende auseinandergesetzt haben.

Neben der medizinischen und ökonomischen Sichtweise wurden auch mögliche ethische und moralische Probleme der Transplantationschirurgie ausführlich besprochen. Das Hauptproblem in der gesamten Debatte rund um die Organknappheit sieht Prof. Dr. Józef Niewiadomski, Dekan der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Innsbruck, im unbegrenzten menschlichen Begehren. In einer Gesellschaft, wo das Begehren nicht geregelt und damit zügellos entfesselt ist, kann es, unabhängig vom betrachteten Diskussionssujet, nur Knappheit geben. Als Akt der freiwilligen, tätigen Nächstenliebe ist die Organspende aus Sicht der katholischen Kirche aber durchaus zu begrüßen.

Aufbauend auf diesen Ausführungen kritisierte die Sozialwissenschaftlerin Dr. Erika Feyerebend, Herausgeberin der Zeitschrift *Bioskop*, besonders die Einführung von ökonomischen Begriffs- und Denkwelten in diesen höchst menschlichen Problemkreis. Die Einführung von Marktlösungen birgt auch die Gefahr der Selbstvermarktung und schlussendlich der Kommerzialisierung des menschlichen Körpers in sich. Kommt es zu einer Einführung eines regulierten Organmarktes, würde das hauptsächlich die ärmeren Bevölkerungsschichten treffen. Zusätzlich wird enormer gesellschaftlicher Druck auf die Menschen ausgeübt, der keine freie Entscheidung für die Organspende zulässt. Daher ist auch sie eine Gegnerin der Widerspruchslösung, wie sie in Österreich praktiziert wird.

8 *Anhang: Verwandlungen*

Eine kleine statistische Auswahl, wie Menschen und Körperteile zu Geld werden

Josef Nussbaumer

In der Literatur und im Internet finden sich unzählige Hinweise auf direkte und indirekte monetäre Bewertungen und Bepreisungen von Menschen- und Körperteilen. Die hier zusammengestellte Auswahl bildet so gesehen nur einen (willkürlichen) Bruchteil ab. Menschen, Körper, Körperteile, etc. wurden im Laufe der Geschichte immer wieder mit Geld bewertet – mit anderen Worten: Die Monetarisierung stellt kein Novum dar.¹ Das Neue daran ist vielmehr die bis ins Detail gehende und beinahe allumfassende Abdeckung. Der Kapitalismus hat den Körper (auch den toten und den ungeboren, ja selbst den noch nicht gezeugten) bis in seine kleinsten Bestandteile erfasst. Es ist wohl eine der größten Ironien der Menschheitsgeschichte, dass diese monetäre Bewertung des Menschen (und seiner Teile) mit der vielleicht größten „Entwertung“ und Reduktion seiner selbst einhergeht. Noch nie in der Geschichte (sieht man von den Reliquienpreisen ab) war der Körper des Menschen so viel wert, ohne zugleich sein massenweises Unwertsein zu erleben. Ganz im Gegenteil: Selbst die ethischen Bewertungsnormen scheinen zu einer „Geldgröße“ zu verkommen.

Monetär bewertet (und zu den jeweiligen Preisen gehandelt) wird beinahe alles am Körper, vom ganzen Körper bis zu Körperteilen, beginnend mit den Eizellen und Spermien, über die Föten und Babys bis hin zu toten Körpern und Körperteilen. Interessante Einblicke in die jeweiligen Wertskalen bieten auch Versicherungsverträge bzw. Versicherungssummen, die im Schadensfall ausbezahlt werden. Eine klassische „indirekte“ Bewertungsmethode stellen auch Kopf- und Lösegeldzahlungen dar. Auch der tote Körper wird immer wichtiger – ermöglicht durch den Erfolg der medizinischen Wissenschaft. Als eine Art Exkurse wurden einige Sonderfälle von Bewertungen angeführt (Markenwerte von Modells, Preise von Fußballern und der „Wert“ von Scheidungen) und zu guter Letzt werden Daten aus der wissenschaftlichen

¹ Demnächst wird dazu der Titel: *Menschen-Preis-Listen* (von Josef Nussbaumer, illustriert von Stefan Neuner) im Studienverlag erscheinen.

Menschenwertbemessung angeführt, die in der Literatur unter dem Stichwort *value of statistical life* laufen.

Mögen viele dieser Angaben dem/der Leser(in) auch skurril erscheinen, so seien sie dennoch angeführt. Denn alle diese Preisangaben finden sich fast täglich in den Medien und spiegeln somit einen oft verdrängten aber zugleich sehr präsenten Teil unserer skurrilen Welt wider.

8.1 Zum Einstieg

1. Eizellenpreise

Eizellen sind in den letzten Jahren ein begehrtes Gut der medizinischen Forschung geworden, wie ja auch Gabriele Werner-Felmayer in diesem Band ausführt. Legal, halblegal und illegal wurde und wird dieses begehrte Gut gehandelt. Die im Internet kolportierten Preise zeigen dabei eine ungeheure Spannweite, die etwa bei 100 US-Dollar beginnt und jenseits der 100.000 US-Dollar endet. Sie spiegelt auch den sozioökonomischen Zustand des Landes wider (z.B. durch niedrige Preise in Osteuropa), die Normalität der Spende (z.B. durch niedrige Preise in Spanien) und dokumentiert zudem den Grad der Ausbeutung von Frauen (durch große Unterschiede zwischen Verkaufs- und Kaufpreis). Die USA sind dabei in jeder Hinsicht der interessanteste „Markt“:² Dort werden von Ethikkommissionen 5.000 US-Dollar als gerechtfertigte Entschädigung angesehen, die Fertilitätszentren der Top-Universitäten zahlen aber auch regulär bis zu 8.000 US-Dollar, und für die Eizellen von gut aussehenden und untadelig beleumundeten Abgängerinnen einer der Eliteschmieden sind 50.000 US-Dollar auf dem „freien“ Markt schon geradezu eine Untergrenze.

*Tabelle 8.1: Weltweite Eizellenpreise („Rohstoff“) im frühen 21. Jahrhundert (Auswahl)*³

Rumänien	100 US\$ bis 1.400 Euro
Ukraine	300 bis 500 US\$
Russland	1.000 bis 2.000 Euro
Spanien	600 bis 1.000 Euro, fallweise bis zu 6.000 Euro
Westeuropa	1.400 bis 2.000 Euro, fallweise bis zu 10.000 Euro
„Weltmarkt“	4.000 bis 5.000 US\$
USA, niedrig	2.500 bis 8.000 US\$
USA, hoch	10.000 bis 100.000 US\$, fallweise mehr

² Siehe zu den folgenden Zahlenangaben S. 110 oben oder auch direkt http://journalism.nyu.edu/portfolio/binham/egg_market.html und <http://www.yaledailynews.com/articles/printarticle/24634> (Zugriffe am 12.9.2008).

³ Quelle: Eigene Zusammenstellung aus dem Internet.

2. Vom Spermienkauf im Internet oder: *Man not included.com*

Natürlich werden nicht nur Eizellenpreise im Internet genannt, sondern auch die Preise männlicher Spermien – wobei der Markt hier infolge des „Angebotsüberschusses“ im Vergleich mit Eizellen eher schlecht entwickelt ist. Die Firma „Man not included.com“ warb (bis sie 2005 aufgelöst wurde) z.B. damit, „der einzige Spenderdienst für frische Spermien weltweit“ zu sein und fühlte sich „verpflichtet, den Prozess für die Auswahlmethode eines Spermaspenders für eine Insemination zu Hause so einfach und menschlich wie möglich zu gestalten.“⁴ Es ging also darum, wie auch der Name schon sagte, auch „ohne Mann“ schwanger zu werden. Die Preise der unterschiedlichen „Produkte“ – allfällige Zusatzkosten natürlich nicht berücksichtigt – wurden von den Anbietern dabei wie folgt gestaffelt:

- Silberpaket: Programm mit vier Spermaspenden für 1.706,25 Pfund
- Goldpaket: Programm mit sechs Spermaspenden für 2.199,75 Pfund
- Platinpaket: Programm mit neun Spermaspenden für 3.097,50 Pfund
- Diamant Extra Paket: Programm mit zwölf Spermaspenden für 4.147,50 Pfund

3. Babypreise

Aus den schier unendlichen Angaben über Babypreise seien exemplarisch drei herausgegriffen:

- 14 Euro (Indien)
In ihrer Not verkaufen arme Inder(innen) ihre Kinder (vor allem Mädchen) immer wieder an Menschenhändler. Die Eltern wissen dabei oft nicht, worauf sie sich einlassen. Auch die Analphabetin Najrul, eine junge Frau aus dem indischen Bundesstaat West Bengal, war sich der Folgen nicht bewusst, als sie ihr zwei Monate altes Baby für ein paar Scheine einem Mann überließ. Er war ins bitterarme Dorf gekommen und hatte den Familien Geld für ihre Kinder geboten. Den Säugling verkaufte der Menschenhändler dann an ein kinderloses Paar für umgerechnet 14 Euro weiter.⁵
- 3.500 Euro (Bulgarien/ Griechenland)
Aus der Roma-Siedlung Komluca am Rande der ostbulgarischen Stadt Burgas kommt u.a. der Nachschub für den griechischen „Baby-Supermarkt“. Hier treffen wir Ruska. Sie war selbst noch ein Kind, als sie ihr erstes bekam. Inzwischen hat die 24-jährige Frau fünf Mädchen zur Welt gebracht. Eines hieß Elena. Als Elena neun Monate alt war, verkaufte Ruska sie in Griechenland. Von den 3.500 Euro, die sie für Elena bekam, hat sich Ruska ein Haus gekauft. Wenig später ging Ruska nochmals nach Griechenland, sie war wieder schwanger. Das Mädchen, das sie dort dann

⁴ Die Website <http://www.mannotincluded.com> (Zugriff am 4. Dezember 2004), von der die Zitate stammen (Übersetzung J.N.), ist leider nicht mehr online. Informationen finden sich auf der Website einer Nachfolgefirma <http://www.fertility4life.com> und auf <http://www.aboutus.org/ManNotIncluded.com> (Zugriffe am 12. September 2008).

⁵ Irene Zöch, in: *Die Presse* online, 12. Februar 2008.

gleich nach der Geburt verkauft hat, blieb für sie namenlos. Der Wiederverkaufswert beträgt 15.000 bis 20.000. Dabei macht es einen Unterschied, ob das Kind männlich oder weiblich ist und ob die Haut hell oder dunkel ist.⁶

- 50.000 US-Dollar (USA/ Guatemala):
So viel lassen sich babysuchende Amerikaner(innen) ein Baby aus Guatemala kosten. Der Staat Guatemala verdient dabei mit. Die Kinder werden den Einheimischen oft regelrecht gestohlen und dann von „Banden“ verkauft. 5.000 Adoptionen gab es angeblich 2007, das wäre ein „Marktvolumen“ von 250 Mio. US-Dollar. Damit nimmt die „Ware Kind“ unter den Exportgütern Guatemalas Platz drei ein, nach Kaffee und Zucker.⁷

4. Brautpreise

Nach Angaben von UNICEF gibt es weltweit mehr als 60 Millionen junge Frauen, die vor ihrer Volljährigkeit verheiratet wurden.⁸ In vielen Regionen des Globus ist es dabei immer noch üblich, für Frauen zu bezahlen. Dazu einige Angaben aus Afrika:

Tabelle 8.2: Brautpreise: Beispiele aus Afrika

Kenia	5 Kühe ⁹
Kenia, Samburu	8 Kühe ¹⁰
Südsudan und Südwestäthiopien, Surma	30 Rinder und 1 Kalaschnikow ¹¹
Südäthiopien, Mursi	38 Rinder ¹²
Mali, Nara	400.000,-- CFA-Franc (= 609,80 Euro) ¹³
Togo und Ostghana, Ewe und Losso bzw. Tamberma	2 Flaschen Branntwein und 1 Topf Palmwein bzw. 12 Schnapsflaschen ¹⁴

⁶ Weltspiegel, Sendung vom 7. Jänner 2007 (ARD, 19:20 Uhr), Beitrag des NDR.

⁷ Weltspiegel, Sendung vom 21. Oktober 2007 (ARD, 19:20 Uhr), Beitrag des SWR.

⁸ ZDF-heute, Sendung vom 17. Dezember 2007; siehe auch: <http://www.zdf.de/ZDFheute/inhalt/31/0,3672,7135007,00.html> (Zugriff am 18. Dezember 2008).

⁹ Barreto, Ulla (2005): „Bildung statt ‚Beschneidung‘“, in: *Terres de Femmes – Menschenrechte für die Frau* 2/2005, S. 8-11, hier S. 10 (<http://www.frauenrechte.de/tdf/pdf/zeitschrift-cafgem-2-05.pdf>; Zugriff am 19.12.2005).

¹⁰ Schlee, Günther (1979): *Das Glaubens- und Sozialsystem der Rendille – Kamelnomaden Nordkenias*. Berlin: Reimer, S. 63-66 (Zitat nach: <http://www.ostafrika-forschung.de/2001/Exkursionsreferate/Exkursionsreferate/9SamburusRendille/SamburuRendille.html>; Zugriff am 12. September 2008).

¹¹ Vox-Tours, Sendung vom 6. November 2005 (VOX, 12.55 Uhr).

¹² Turton, David (1980): „The Economics of Mursi Bride-wealth: A Comparative Perspective“, in: Comaroff, John L. (Hrsg.): *The Meaning of Marriage Payments*. London: Academic Press, S. 67-92 (Zitat nach: http://www.pensis.net/documente/12schriftlichearbeiten_Ethno/Heirats-und.Familienformen-SS2003.pdf; Zugriff am 22. Dezember 2005).

¹³ Mayer, Wolfgang (2000): „Überlebensstrategie ‚Exode‘. Eine empirische Fallstudie aus der Region Nara im Sahel“, in: *IMIS-Beiträge* 16/2000, S. 23-50, hier S. 45 (<http://www.imis.uos.de/pdf/files/imis16.pdf>; Zugriff am 12. September 2008). Umrechnung zum Kurs vom 31. Dezember 2000 (identisch mit dem aktuellen Kurs).

¹⁴ Pason, Ortwin (2004): „Grundsätzlich polygam. Zum Ausklang des ‚Kolonialjahres 2004‘: Sexualkultur in ehemaligen deutschen Überseebesitzungen (7): Frauenraub in Togo“, in: *Die Tageszeitung JungeWelt*, 30. Dezember 2004, S. 12.

8.2 Körper(teil)-Versicherungen

5. Kolportierte Versicherungswerte der Körper(teile) von Promis

Viele Prominente, vor allem Sänger(innen), Schauspieler(innen) und Sportler(innen) versichern ihren Körper oder besonders „ertragreiche“ Teile desselben gegen Schädigungen durch Unfälle oder andere kleinere und größere „Katastrophen“. Manche extrem hohe Zahlen haben übrigens mit kurzfristigen Verpflichtungen zu tun: z.B. die Fußball-WM 1998 im Fall von Oliver Bierhoff oder Werbeaufnahmen im Falle von „Rekordhalterin“ Mariah Carey.

Tabelle 8.3: Körper(teil)-Versicherungen von Prominenten¹⁵

Bette Davis (Schauspielerin)	Gewichtszunahme	19.000 Euro (1920er-Jahre)
Bruce Springsteen (Sänger)	Stimme	mindestens 4 Mio. Euro
Claudia Schiffer (Model)	Gesicht	3,7 Mio. Euro
David Beckham (Fußballer)	Beine	52,9 Mio. Euro
Dolly Parton (Sängerin)	Busen	405.000 Euro
Egon Ronay (Gourmetkritiker)	Geschmackssinn	529.000 Euro
Heidi Klum (Model)	Beine	1,1 Mio. Pfund ¹⁶
Jamie Lee Curtis (Schauspielerin)	Beine	kurzfristig 675.000 Euro
Janet Jackson (Sängerin)	Po	45 Mio. Euro
Jennifer Lopez (Sängerin)	Haar und Gesicht	50 Mio. US\$
Jennifer Lopez (Sängerin)	Busen	220 Mio. US\$
Jennifer Lopez (Sängerin)	Po	mindestens 425 Mio. US\$
Keith Richards (Musiker)	kleiner Finger	1,2 Mio. Euro
Kylie Minogue (Sängerin)	Po	3,4 Mio. Euro
Liu Xiang (Hürdensprinter)	Körper	9,3 Mio. Euro ¹⁷
Liz Taylor (Schauspielerin)	Augen	3 Mio. Euro
Mariah Carey (Sängerin)	Beine	kurzfristig 1 Milliarde US\$
Marlene Dietrich (Schauspieler)	Beine	1,8 Mio. US\$ (1930er-Jahre)
Merv Hughes (Cricket-Spieler)	Backenbart	265.000 Euro
Mick Jagger (Sänger)	Penis	unbekannt
Oliver Bierhoff (Fußballer)	Beine	kurzfristig 58 Mio. DM
Sophia Loren (Schauspielerin)	Busen	125.000 Euro
Tiger Woods (Golfprofi)	Körper	0 ¹⁸
Tina Turner (Sängerin)	Stimme	3,4 Mio. Euro

¹⁵ Angaben nach *Kurier* online, 26. Jänner 2008, und *Süddeutsche Zeitung* online, 26. Jänner 2008 (siehe <http://www.sueddeutsche.de/leben/bildstrecke/176/141867/p0/?img=2.0>).

¹⁶ Wobei ihre beiden Beine nicht gleich viel wert sind: 600.000 Pfund für ihr rechtes, „nur“ 500.000 für ihr linkes – schließlich hat es eine kleine Narbe.

¹⁷ Ob und wie viel die Versicherung aufgrund Lius verletzungsbedingtem Ausscheiden bei den Olympischen Spielen 2008 in Beijing bezahlt hat, ist bislang nicht bekannt. Übrigens spendierte Liu außerdem großzügig jedem der 100 Athleten seines Leichtathletik-Teams eine Versicherung über 93.000 Euro.

¹⁸ Tiger Woods kann sich in gewissem Sinn keine Versicherung leisten. Die Prämie gegen Verletzungen würde ihn im Jahr zwischen 6,7 und 13,5 Millionen Euro kosten, was seine jährlichen Preisgelder übertrifft. Sein Einkommen bezieht Woods nämlich hauptsächlich aus Werbeverträgen.

6. Indirekte Bewertung von Körperteilen

Weil es sehr gut zu diesem Thema passt und außerdem ein bislang nicht veröffentlichtes Ergebnis ist, sei an dieser Stelle nochmals auf den Beitrag von Andrea Leiter, Magdalena Thöni und Hannes Winner in diesem Band verwiesen. Bei ihrer Berechnung der Bewertung von Körperteilen durch Gerichte in Deutschland und Österreich in Form von Schmerzensgeld ergaben sich folgende Mittelwerte für die Körperteile von Kopf bis Fuß:

*Tabelle 8.4: Bewertung von Körperteilen in Schmerzensgeldprozessen in Deutschland und Österreich (Mittelwerte in Euro) von Kopf bis Fuß*¹⁹

	Haare	2.207	
	Gehirnerschütterung	1.551	
	Auge	63.415	
	Ohr	33.457	
	Verlust Geruchssinn	14.305	
	Zahnbeschädigung	2.615	
	Gesichtsnarben	4.104	
	Brustkorb	18.451	
	Herz, Kreislauf	15.656	
	Lunge, Luftröhre, Zwerchfell	22.296	
	Arm	56.916	
	Hand	46.574	
	Leber, Galle	12.205	
	Bauch, Magen	8.469	
	Darm	10.458	
	Niere, Blase, Harnröhre	29.250	
	Hüfte	24.945	
	Oberschenkel	68.235	
	Knie	52.932	
	Unterschenkel	59.163	
Fuß	71.855		

7. Indirekte Bewertung von Körperteilen in den USA

Vom US-Bundesstaat Connecticut wurden Orientierungswerte festgelegt, um den Schadenersatz zu bestimmen, der bei Arbeitsunfällen zu leisten ist, wenn einzelne Körperteile verletzt oder „verloren“ werden. Die Werte beziehen sich dabei auf die jeweiligen Löhne und haben so zumindest einen gewissen Inflationsschutz.

¹⁹ Zusammenstellung nach Tabelle 5.5 und Tabelle 5.6, S. 91-92 oben. Grafiken von Stefan Neuner.

Tabelle 8.5: Ausgleichszahlungen bei Arbeitsunfällen in den USA²⁰

<i>Verlorener oder verletzter Körperteil</i>	<i>Ausgleichszahlungen in</i>	
	<i>Wochenlöhnen</i>	<i>Jahreslöhnen</i>
Zehe (jede außer der großen)	9	0,17
Kleiner Finger	17	0,33
Ringfinger	21	0,40
Zehe (große)	28	0,54
Mittelfinger	20	0,56
Nase	35	0,67
Brust	35	0,67
Eierstock	35	0,67
Hoden	35	0,67
Zeigefinger	36	0,69
Daumen (an der „Neben“-Hand)	54	1,04
Daumen (an der „Haupt“-Hand)	63	1,21
Penis	35 bis 104	0,67 bis 2,00
Vagina	35 bis 104	0,67 bis 2,00
Niere	117	2,25
Fuß	125	2,40
Hand („Neben“-Hand)	155	2,98
Auge	157	3,02
Hand („Haupt“-Hand)	168	3,23
Arm („Neben“-Arm)	194	3,73
Arm („Haupt“-Arm)	208	4,00
Leber	347	6,67
Bauchspeicheldrüse	416	8,00
Herz	520	10,00

8.3 Exkurse

8. Was ist Frau Murdoch wert? oder: Von teuren Scheidungen

Die bislang wahrscheinlich monetär teuerste Scheidung der Menschheitsgeschichte war jene im Haus des Medienmogulen Rupert Murdoch. Sie brachte seiner Gattin, Anna nach 32 Ehejahren umgerechnet 1,2 Milliarden Euro ein.²¹

²⁰ Levitt, Steven D./Dubner, Stephan J. (2006): *Freakonomics. Überraschende Antworten auf alltägliche Lebensfragen*. München: Riemann, S. 196-197.

²¹ *Kurier*, 28. Mai 2006, S. 22-23. Der Großteil der Abfindung bestand in Aktien, „nur“ 110 Mio. US-Dollar wurden in bar ausgezahlt.

Tabelle 8.6: Was war das Leben an der Seite von Herrn Murdoch wert?

Pro Ehejahr:	rund 37,5 Mio. Euro
Pro Ehemonat:	rund 3,1 Mio. Euro
Pro Ehetag:	rund 100.000 Euro
Pro Ehestunde:	rund 4.300 Euro
Pro Eheminute:	rund 70 Euro
Pro Ehesekunde:	rund 1,20 Euro

Hinter der Murdoch-Scheidung folgen Phillis und Sumner Redstone mit umgerechnet 1,1 Milliarden Euro nach 55 Ehejahren sowie David und Suzanne Saperstein mit vermuteten 1,0 Milliarden nach 23 Jahren.²² Auf den weiteren Plätzen landen Adnan Khashoggi und Ted Turner (jeweils ca. 720 Mio.), Pablo Picasso (350 Mio.), Aga Khan (143 Mio.), Neil Diamond (100 Mio.), Luciano Pavarotti, Stephen Spielberg (jeweils 70 Mio.), Michael Douglas, Harrison Ford (jeweils 60 Mio.), Kevin Costner (57 Mio.), Eminem (vermutlich 35 Mio.), Donald Trump (25 Mio. plus 1,2 pro Jahr), Prinz Charles (23 Mio.), Ron Perelman (15 Mio.) und schließlich Mick Jagger (10 Mio.), alle Angaben jeweils in Euro.²³

Um von Anfang an Klarheit zu schaffen, hat z.B. Nicole Kidman bei ihrer Hochzeit mit dem Countrysänger Keith Urban die Summe für eine etwaige Scheidung gleich festgelegt: pro Ehejahr werden 500.000 Euro fällig, verglichen mit Frau Murdoch eine bescheidene Summe.²⁴

9. Vom Marken-Wert eines Top-Models

Die *BBDO Consulting*, Managementberatungstochter des Werbekonzerns BBDO, veröffentlichte im Sommer 2005 eine Liste mit den Markenwerten der teuersten (also „wertvollsten“?) Models. Es war dies, so wird berichtet, die „erstmal durchgeführte Markenstudie von Top-Models“, also des Werts dieser Menschen als „Marke“. Die Streuung der Werte ist dabei ganz erheblich. Spitzenreiterin Karolina Kurkova (Tschechien) hatte 2005 den 15-fachen Markenwert z.B. der sich auf Platz 18 befindlichen Nadja Auermann (Deutschland). Ein Gutteil dieser Unterschiede hängt wohl mit den künftig zu erwartenden Einkommensströmen zusammen – war doch Kurkova damals erst 21. Aktuell (2007) liegt beim Einkommen laut dem Magazin *Forbes* übrigens Giselle Bündchen mit 33 Mio. US-Dollar an der Spitze, was schon darauf hindeutet, dass Marktentwicklungen nicht ohne weiteres abschätzbar sind. Dahinter folgen Kate Moss (9 Mio.), Heidi Klum (8 Mio.) sowie die Brasilianerin Adriana Lima und die Italienerin Alessandra Ambrosio (jeweils 6 Mio.).²⁵

²² *FOCUS* online, 12. Juni 2006 (http://www.focus.de/kultur/leben/modernes-leben-fuer-1-milliarde-dollar_aid_219106.html). Der kalifornische Milliardär David Saperstein soll den Preis der Scheidung übrigens mit einem Trick drücken haben wollen: Auf dem Weg nach Europa hat er seiner Frau die Papiere bei einer Zwischenlandung des Privatjets in Texas übergeben lassen, wo im Scheidungsfall lediglich ein Unterhalt von maximal 25.000 US\$ pro Monat für maximal drei Jahre vorgesehen ist.

²³ *Kurier*, 28. Mai 2006, S. 22-23.

²⁴ *Der Standard* online, 23. Juni 2006.

²⁵ Quelle: http://www.forbes.com/media/2007/07/19/models-media-bundchen-biz-media-cz_kb_0716topmodels.html (Zugriff am 5. September 2008).

Tabelle 8.7: Markenwerte der wertvollsten Models in Mio. Euro (2005) ²⁶

Rang	Name (Geburtsjahr)	Markenwert in Mio. Euro
1	Karolina Kurkova (1984)	42,6
2	Julia Stegner (1984)	36,5
3	Heidi Klum (1973)	28,5
4	Natalia Vodionova (1982)	27,4
5	Laetitia Casta (1978)	22,3
6	Liya Kebebe (1978)	16,9
7	Giselle Bündchen (1980)	16,4
8	Eva Padberg (1980)	15,3
9	Naomi Campbell (1970)	14,3
10	Kate Moss (1974)	12,7
11	Claudia Schiffer (1970)	7,6
12	Karen Elson (1968)	6,1
13	Linda Evangelista (1965)	5,7
14	Eva Mendes (1974)	5,4
15	Carmen Kass (1978)	5,0

10. Von teuren Beinen

In kaum einem Bereich findet Menschenhandel so offen statt wie im Fußball. Auch dessen Transfersummen orientieren sich im Wesentlichen am Marktwert des potenziellen Arbeitnehmers, also an den Ertragsersparungen. Dass sich inzwischen ein großer Teil dieser Erwartungen auf Merchandising-Erträge bezieht, nicht mehr unbedingt auf TV- oder gar Eintrittsgelder, sei an dieser Stelle nur nebenbei erwähnt.

Die beteiligten Akteure erhalten natürlich von ihren Arbeitgebern außerdem ein Gehalt in Millionenhöhe. Das verüßt oft auch die „Leiden“ der wechselwilligen Sportler, die in langjährigen Verträgen „festsitzen“, was Cristiano Ronaldo (Manchester United) im Frühsommer 2008 dazu veranlasst hat, in diesem Zusammenhang von „moderner Sklaverei“ zu sprechen.²⁷ Besagter Cristiano Ronaldo wird übrigens derzeit vom Investmentfonds Abu Dhabi United Group (ADUG) heftigst umworben, der mit großen Zielen bei Manchester City eingestiegen ist. Das aktuell kolportierte Angebot liegt bereits bei 165 Millionen Euro.²⁸

Mit Fußballern wird auch langfristig spekuliert, wie etwa der Fall von Muhammed Demirci zeigt. Dessen Klub Besiktas Istanbul wollte 2007 für einen Transfer 3 Mio. Euro, der FC Barcelona bot allerdings nur 1 Mio. – für den damals 12-jährigen „zweiten Ronaldinho“.²⁹

²⁶ Quelle: <http://www.wiwo.de/lifestyle/weltrangliste-der-top-models-kurkova-ist-die-wertvollste-107676/>; die ursprüngliche Quelle (http://bbdo.de/de/home/news/2005/kurkova_stegner_und.html) ist inzwischen leider nicht mehr online.

²⁷ Pressemeldung vom 10. Juli 2008, siehe z.B. <http://www.goal.com/de/Articolo.aspx?ContenutoId=771433> (Zugriff am 5. September 2008). Die Analogie geht übrigens auf FIFA-Präsident Joseph Blatter zurück.

²⁸ *Die Presse* online, 3. September 2008.

²⁹ *Der Standard* online, 13. März 2007.

Tabelle 8.8: Rekordtransfersummen von Fußballern in Mio. Euro (2008) ³⁰

Rang	Wer? Wann? Wo?	Summe
1	Zinedine Zidane 2002 von Juventus zu Real	73,5
2	Luis Figo 2001 von Barcelona zu Real	60,0
3	Hernan Crespo 2000 von Parma zu Lazio	55,0
4	Gianluigi Buffon 2001 von Parma zu Juventus	54,1
5	Gaizka Mendieta 2001 von Valencia zu Lazio	48,0
6	Rio Ferdinand 2002 von Leeds zu Manchester United	46,0
7	Ronaldo 2002 von Inter zu Real	45,0
8	Christian Vieri 1999 von Lazio zu Inter	45,0
9	Andrij Schewtschenko 2006 von Milan zu Chelsea	45,0
10	Juan Sebastian Veron 2001 von Lazio zu Manchester United	42,6
11	Rui Costa 2001 von Fiorentina zu Milan	42,0
12	Pavel Nedved 2001 von Lazio zu Juventus	41,2
13	Filippo Indaghi von Juventus zu Milan	40,9
14	Marc Overmars 2000 von Arsenal zu Barcelona	40,0
15	Mickael Essien 2005 von Lyon zu Chelsea	38,0
16	Fernando Torres 2007 von Atletico Madrid zu Liverpool	38,0

8.4 „Bewertung“ via Kopf- und Lösegelder: eine kleine Auswahl

11. Von „Aldi“ bis „Remtsma“: Entführungen in Mitteleuropa ³¹

- 1971 19. November: Aldi-Chef Theo Albrecht wurde auf dem Weg zu seiner Wohnung entführt und 17 Tage festgehalten. Lösegeld: 7 Mio. D-Mark. Vermittler bei der Lösegeldübergabe war ein Bischof, die Erpresser fliegen durch markierte Scheine auf und werden 1973 zu jeweils achteinhalb Jahren Freiheitsstrafe verurteilt.
- 1973 13. November: Die Tochter des Wienerwald-Chefs, Evelyn Jahn, wird entführt und nach zwei Tagen freigelassen. Lösegeld: 3 Mio. D-Mark.
- 1976 14. Dezember: Der Industriellensohn Richard Oetker wird vor der Universität Weihenstephan entführt und zwei Tage in einer Holzkiste gefangen gehalten. Lösegeld 21 Mio. D-Mark. Oetker wird dabei schwer verletzt. Als Täter wird 1979 der Gebrauchtwarenhändler Dieter Zlof ermittelt. Er hatte 1.000-Mark Scheine aus der Lösegeldsumme in Umlauf gebracht.

³⁰ http://diepresse.com/home/sport/fussball/euro2008/375837/index.do?_vl_backlink=/home/sport/index.do (Zugriff am 18. April 2008).

³¹ Quelle: diverse Zeitungsmeldungen.

- 1977 9. November: 31 Mio. Schilling werden an die Entführer des Wiener Strumpfzaren Walter Michael Palmers übergeben. Die Täter wollten zwar ursprünglich 50 Mio. erpressen, begnügten sich allerdings dann damit, was die Familie aufreiben konnte, und ließen den Industriellen frei. Sie werden eine Woche später gefasst.
- 1987 23. Dezember: Die Kinder des Drogeriefilialen-Inhabers Schlecker werden aus dem Elternhaus entführt. Nach der Lösegeldübergabe können sich die Kinder selbst aus einer Fischerhütte befreien. Lösegeld: 9,6 Mio. D-Mark. Erst 1998 können die Täter gefasst werden. Sie gehen für jeweils 13 Jahre und 6 Monate ins Gefängnis.
- 1991 19. Dezember: 70 Mio. Schilling fordern die Entführer Günther Ragers von dessen Schwager, Multi-Millionär Friedrich Karl Flick. Die Täter wollten mit dem Geld Bordelle eröffnen, wurden aber bei der Übergabe gefasst.
- 1996 25. März: Der Verleger Jan Philipp Remtsma wird vor der Tür seines Hauses entführt und nach 33 Tagen freigelassen. Lösegeld: 30 Mio. D-Mark. Die insgesamt fünf Entführer verlangten ursprünglich 20 Mio. und erhöhten später auf 30. Die Kommunikation mit den Entführern erfolgte über Kleinanzeigen in der *Hamburger Morgenpost*, die mit den Worten „Alles Gute Ann Kathrin“ begannen. Nach fünf Jahren wurde der Letzte der Entführer gefasst, das Lösegeld blieb aber weitestgehend verschwunden.
- 2000: 23. April: Die Terrorgruppe Abu Sayyaf kidnappt 21 Menschen, darunter das Göttinger Ehepaar Wallert mit Sohn Marc, und verschleppt sie auf die philippinische Insel Jolo. Nach zähen Verhandlungen kommen die Geiseln nach und nach frei. Wie der *Spiegel* meldete, verschwand rund die Hälfte der Lösegelder von 20 Mio. US-Dollar in den Taschen korrupter Politiker, allein 40 Prozent seien an Staatschef Estrada gegangen, 10 Prozent an dessen Chef-Unterhändler Roberto Aventajado. Als der Abu-Sayyaf-Führer „Commander Robot“ schließlich 2003 gefasst wurde, sprach sich Wallert, der umgehend ein Entführungstagebuch veröffentlicht hatte, gegen eine Auslieferung nach Deutschland aus: „Ein deutscher Knast wäre nicht das Richtige, da würde er sich doch fühlen wie in einem Luxus-Hotel.“

12. Kopfgelder um 2004³²

Der Gründer des Terrornetzwerks Al Kaida, Osama Bin Laden, ist einer der meistgesuchten und damit „wertvollsten“ Extremisten: 25 Mio. US-Dollar ist den USA die Ergreifung ihres Staatsfeindes Nummer eins wert, weitere 2 Mio. hat die US-Pilotenvereinigung ausgesetzt. Ebenfalls 25 Mio. US-Dollar „wert“ sind Abu Mussab al Sarkawi, den die USA für den Drahtzieher zahlreicher Anschläge im Irak halten, Aiman al Sawahiri, die Nummer zwei der Al Kaida, und Khalid Sheikh Mohammed, der mutmaßliche Drahtzieher der Anschläge vom 11. September 2001, der sich bereits in US-Gefangenschaft befindet.

³² Quelle: <http://russlandonline.ru/schlagzeilen/morenews.php?iditem=1470> (Zugriff am 9. September 2004).

Dieselbe Summe war außerdem auf den irakischen Diktator Saddam Hussein ausgesetzt, der im Dezember 2003 allerdings von US-Soldaten festgenommen wurde, denen Sold, aber keine Belohnung zusteht. Für die Informationen, die zur Tötung seiner Söhne Udai und Kusai führten, erhielt allerdings angeblich ein Iraker 30 Mio. US-Dollar, also 15 Mio. pro Kopf. 10 Mio. US-Dollar sind ausgesetzt auf die einstige rechte Hand Saddam Husseins, Essat Ibrahim al Duri (jeweils eine Mio. für die übrigen zehn untergetauchten Ex-Mitglieder der irakischen Regierung) und auf den flüchtigen Taliban-Führer Mullah Omar. Dieselbe Summe erhielt der thailändische Staat von den USA für die Festnahme des mutmaßlichen Drahtziehers der Bombenanschläge von Bali und Jakarta.

Das höchste offiziell bekannte Kopfgeld, das nicht von den USA geboten wurde, war auf den tschetschenischen Rebellenführer Aslan Maschadow und auf Schamil Bassajew ausgesetzt, der hinter der Geiselnahme in einer Schule in Beslan stecken soll. Für sie bot der russische Inlandsgeheimdienst FSB umgerechnet rund 8,3 Mio. Euro. Letztlich mit Erfolg: Maschadow kam 2005 bei einer „Spezialoperation“ ums Leben, Bassajew wurde 2006 „liquidiert“.

8.5 Vom „Wert“ von Toten

13. Schmerzensgeldzahlungen im Todesfall

Die Schmerzensgeldzahlungen, die von Gerichten in Deutschland bei Todesfall in den letzten Jahrzehnten zugesprochen wurden – sie waren ja auch Gegenstand des Beitrags von Andrea Leiter, Magdalena Thöni und Hannes Winner in diesem Band – reichen von (umgerechnet) null bis maximal 200.000 Euro.

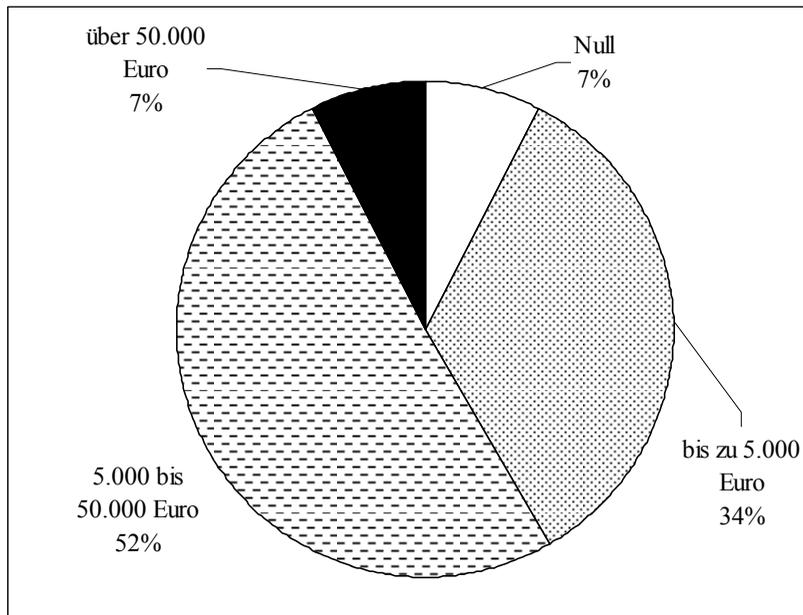
Sind diese Unterschiede schon erstaunlich, verwundert auf den ersten Blick aber noch mehr, dass es zu einem Schmerzensgeld von null kommen kann. Ein mit einem solchen Fall befasstes Gericht begründete dies z.B. wie folgt: „Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes kann selbst bei schweren Verletzungen dann entfallen, wenn diese bei durchgehender Empfindungslosigkeit des Geschädigten alsbald den Tod zur Folge gehabt haben und dieser nach den konkreten Umständen des Falles, insbesondere wegen der Kürze der Zeit zwischen Schadensereignis und Tod sowie nach dem Ablauf des Sterbevorganges derart im Vordergrund steht, dass eine immaterielle Beeinträchtigung durch die Körperverletzung als solche nicht fassbar ist. Im vorliegenden Fall hat das Unfallopfer nur wenige Minuten bewusstlos überlebt.“³³

Die auch nicht gerade berauschende Summe von 500 Euro wurde im Falle eines Mädchens zugesprochen, das infolge eines Unfalles ertrank. Auch dazu ein Zitat aus der juristischen Begründung: „... beim Unfallhergang erlitt sie jedoch Kopfverletzungen, die zur sofortigen Bewusstlosigkeit führten. Obwohl die Insassin das Ertrinken nicht mehr bewusst miterlebte,

³³ Hacks, Susanne/Ring, Ameli/Böhm, Peter (2007): *Schmerzensgeld Beträge*. 25. Auflage, Bonn: Deutscher Anwaltsverlag, S. 47 (Fall Nr. 17).

ist aufgrund der Kopfverletzungen ein Schmerzensgeldanspruch entstanden, der im Fall der Rettung in letzter Sekunde mit mindestens DM 1.000 (€ 500) zu bewerten gewesen wäre.“³⁴

Abbildung 8.1: Schmerzensgeldanspruch im Todesfall in Deutschland 1974-2006³⁵



Insgesamt bewegen sich die Summen für Schmerzensgeldentschädigungen in Deutschland (noch) auf sehr niedrigem Niveau, was noch stärker für Österreich zutrifft. Nur knapp drei Dutzend Todesfälle überschritten die Grenze von 10.000 Euro. Die bislang höchste Summe von 200.000 Euro wurde vom LG Trier im Sommer 2005 einem 44-jährigen Polizeihauptmeister zugesprochen, der an den Folgen einer Schlägerei (Appallisches Syndrom) nach zwei Jahren und neun Monaten starb. Die angeführte Kurzbegründung lautet wie folgt: „Grobe Fahrlässigkeit des Schädigers; es ist von einer reduzierten Fähigkeit des Wahrnehmens und Empfindens der Situation durch den Geschädigten auszugehen; im Übrigen stellt die Einbuße der Persönlichkeit, der Verlust an personaler Qualität infolge der schweren Hirnschädigung schon für sich einen immateriellen Schaden dar, unabhängig davon, ob der Betroffene die Beeinträchtigung empfindet.“³⁶

³⁴ Hacks et al. (2007) (wie Fußnote 33), S. 64 (Fall Nr. 170).

³⁵ Eigene Erhebung nach Hacks et al. (2007) (wie Fußnote 33), ausgehend von S. 39 und 41. In Summe bezogen sich 67 der 3.000 dokumentierten Fälle auf Todesfälle, drei davon auf Schwangerschaftsabbrüche als Hauptgrund.

³⁶ Hacks et al. (2007) (wie Fußnote 33), S. 544 (Fall Nr. 2846). Das höchste insgesamt je zugesprochene Schmerzensgeld wurde durch einen besonders krassen Fall von Querschnittslähmung begründet und betrug 500.000 Euro.

14. Leichenpreise

Leiche ist nicht gleich Leiche, wie unterschiedlichste Angaben zu deren „Preisen“ zeigen:

- Umgerechnet rund zehn Euro wurden 2003 für eine Leiche aus einem kirgisischen Straflager bezahlt, die bei der „Körperweltenausstellung“ eingesetzt worden war.³⁷
- In der Ukraine werden abgetriebene Kinder verkauft – nach Gewicht. Mütter erzielen mit dem Verkauf einer Kinderleiche, die dann in der Kosmetikindustrie „verwertet“ wird, umgerechnet rund 150 Euro. Das entspricht zwei bis drei ukrainischen Monatsgehältern.³⁸
- Zerlegt in ihre verwertbaren Teile, kann die Leiche eines gesunden Menschen aber auch bis zu 100.000 US-Dollar einbringen, so die amerikanische Autorin Annie Cheney, die für ihr Buch *Body Brokers* drei Jahre in Leichenhallen und an medizinischen Hochschulen der USA recherchiert hat.³⁹
- Laut der deutschen Zeitschrift *BioSkop* sind insgesamt sogar 250.000 Euro drinnen: „Auch ohne Gesetz und Richtlinie werden Körpersubstanzen gegen Geld gelagert und verarbeitet. 250.000 Euro sei der Körper wert, wenn er in seine Teile zerlegt ist – Erlöst durch Leistungen, die für das Sammeln, Versenden, Verarbeiten und Implantieren regulär geboten werden.“⁴⁰
- Am 12. Juli 2006 werden in Israel die beiden Soldaten Ehud Goldwasser und Eldad Regev entführt. Ihre Entführung hat den 34 Tage währenden Libanonkrieg ausgelöst, bei dem 1.200 Libanesen und 160 israelische Soldaten starben, von den materiellen Kosten dieses Krieges auf israelischer und libanesischer Seite ganz zu schweigen. Im Frühsommer 2008 übergab die Hisbollah an Israel die Überreste der beiden toten Soldaten.⁴¹

15. Leichenteilpreise

Es gibt kaum einen Körperteil oder ein Organ, das nicht einen Abnehmer findet. Von Fingernägeln (100 US-Dollar für einen Satz) über Hände (350 bis 800 US-Dollar pro Stück), schwammartige Knochen (366,94 Euro für 0,5 cm³), Knien (450 bis 650 US-Dollar pro Stück) bis hin zum Kopf (550 bis 900 US-Dollar) wird alles verkauft. Es gibt regelrechte Kataloge für die potenziellen Kunden – meist Pharma-Unternehmen, Forschungsinstitute und Universitäten.⁴²

³⁷ FAKT, Sendung vom 3. November 2003 (ARD, 21.45 Uhr), Beitrag des MDR (siehe auch: <http://www.mdr.de/fakt/aktuell/1026409.html>, Zugriff am 4. September 2008).

³⁸ Meldung von *kreuz.net*, 31. Mai 2005, <http://www.kreuz.net/article.1264.html> (Zugriff am 31. Mai 2005).

³⁹ Cheney, Annie (2006): *Body Brokers. Inside America's Underground Trade in Human Remains*. New York: Random House.

⁴⁰ Klaus-Peter Görlitzer (2006): „Markt für menschliche Rohstoffe“, in: *BioSkop* 34, Juni 2006, S. 12.

⁴¹ *Kurier* online, 16. Juli 2008.

⁴² *Die Zeit*, 15. Februar 2007, S. 15 (<http://zeus.zeit.de/text/2007/08/Leichenteile>; Zugriff am 15. Februar 2007); *Abendblatt* online, 26. Juni 2006 (<http://www.abendblatt.de/daten/2006/06/26/578515.html>; Zugriff am 26. Juni 2006).

Der Fall des US-Fernsehmoderators Alistair Cooke zeigt dabei, dass vor solchen Zugriffen auch Prominente nicht gefeit sind: „Er kam eher zufällig ans Licht, nicht durch sorgfältige Inspektion der Behörden. Ein Bestatter hatte bei der Polizei die unkorrekte Buchführung seines Vorgängers angezeigt. Bei der Inspektion vor Ort fiel dem Ermittler die OP-Beleuchtung und der versenkbare Sektionstisch in einem der Räume auf – Gerätschaften, die in einem Bestattungsinstitut eigentlich nichts zu suchen haben. Alarmiert nahm sich die Polizei die Akten vor und kam so auf die Spur der Firma Biomedical Tissue Services (BTS) in Fort Lee, New Jersey. BTS soll mehrere Jahre lang Knochengewebe bei Bestattern angekauft haben, für 1.000 [US-]Dollar pro Leiche. Beim Weiterverkauf habe sie ein Vielfaches dafür verlangt – rund 7.000 [US-]Dollar“.⁴³

16. Menschenfleisch am „Markt“

Wie tief kann ein Mensch sinken? Auch im dritten Jahrtausend nach Christus scheinen hier keine Schranken gesetzt. Dies zeigte sich im Frühjahr 2001 z.B. in Moldawien, als in Chisinau zwei Obdachlose (ein Mann und eine Frau) festgenommen wurden, die vor einer Metzgerei 15 Kilogramm Menschenfleisch zum Verkauf anboten – als Hundefleisch. Der Preis betrug umgerechnet weniger als zwei US-Dollar pro Kilogramm. Aufgrund des Verdachts, dass das Fleisch verdorben wäre, zeigte ein Kunde das Paar bei der Polizei an. Er sollte Recht behalten. Es waren amputierte Körperteile, die eine Krebsklinik in eine Mülltonne geworfen hatte, anstatt sie vorschriftsmäßig zu entsorgen. „Dies ist sicher ein Einzelfall“, meint Journalist Thomas Schmid, „der sich nicht allein durch die Verelendung von Menschen erklären lässt, aber doch auch für die Erosion moralischer Hemmschwellen steht.“⁴⁴

17. Was können Tote verdienen?

Ein weiteres interessantes Kapitel sind die Einkommen von Toten. Sie fließen meist aus Tantiemen und Lizenzgebühren und kommen natürlich nicht den Toten selbst, sondern ihren Erb(inn)en zu Gute. Das Magazin *Forbes* veröffentlicht seit 2001 jährlich eine Liste der bestverdienenden Verstorbenen. Diese ist alles andere als stabil: das Post-Mortem-Einkommen von John Lennon und George Harrison etwa stieg erst jüngst aufgrund gewonnener Langzeitprozesse der *Beatles* gegen EMI und Apple deutlich. Gleichzeitig verschwand 2006 J.R.R. Tolkien (Autor von *Herr der Ringe*) wieder aus den Top 10, der aufgrund von Einnahmen im Umfeld der Film-Trilogie zwischenzeitlich sogar auf Rang 3 gelegen war.⁴⁵

⁴³ „Frische Leichenteile weltweit“ von Martina Keller, *Die Zeit*, 15. Februar 2007, S. 15 (<http://zeus.zeit.de/text/2007/08/Leichenteile>; Zugriff am 15. Februar 2007); vgl. dazu auch das Radio-Feature „Über Leichen“ derselben Autorin (WDR/ORF/SR 2007), ausgestrahlt z.B. am 27. Oktober 2007 in der Reihe „Hörbilder“ auf Ö1 oder zuletzt am 2. August 2008 (18.05 Uhr) in der Reihe „Feature“ im Deutschlandradio Kultur.

⁴⁴ „Wer bleibt, hat schon verloren“, von Thomas Schmid (Text) und Michael Najjar (Bilder), *Weltwoche* 24/2002 (<http://www.weltwoche.ch/artikel/default.asp?AssetID=2471&CategoryID=60>; Zugriff am 12. September 2008). Vgl. auch *Neue Zürcher Zeitung*, 5. April 2001, S. 64.

⁴⁵ Vgl. http://www.forbes.com/2007/10/29/dead-celebrity-earning-biz-media-deadcelebs07_cz_lg_1029celeb_land.html und die Links zu früheren Ausgaben der Liste (Zugriff am 5. September 2008).

Tabelle 8.9: Die bestverdienenden Toten 2007 (Werte in Mio. US-Dollar) ⁴⁶

Rang	Name	Todesjahr, Alter	Beruf	Verdienst
1	Elvis Presley	1977, 45	Musiker	49,0
2	John Lennon	1980, 40	Musiker	44,0
3	Charles M. Schultz	2000, 77	Cartoonist	35,0
4	George Harrison	2001, 58	Musiker	22,0
5	Albert Einstein	1955, 76	Wissenschaftler	18,0
6	Andy Warhol	1987, 58	Künstler	15,0
7	Theodor „Dr. Seuss“ Geisel	1991, 87	Autor	13,0
8	Tupac Shakur	1996, 25	Musiker	9,0
9	Marilyn Monroe	1962, 36	Schauspielerin	7,0
10	Steve McQueen	1980, 50	Schauspieler	6,0

18. Der „wahre“ wissenschaftliche Wert des Menschen?

Wie ja auch im Beitrag von Andrea Leiter, Magdalena Thöni und Hannes Winner in diesem Band angedeutet, haben auch Ökonom(inn)en verschiedene Formen der Bewertung von Menschen entwickelt – vor allem, um die unvermeidlichen impliziten Bewertungen auch explizit und damit „objektiver“ (im Sinne von leichter allgemein nachvollziehbar) zu machen. Eine dieser Methoden, den verborgenen Bewertungen von Menschenleben auf die Spur zu kommen, ist der *value of statistical life*, der mittels Befragungen über die Zahlungsbereitschaft für relativ kleine Verringerungen von Risiken oder Analysen von realem Verhalten (z.B. dem Verlangen oder Zahlen von Risikoprämien für bestimmte Tätigkeiten) ermittelt wird. Dabei handelt es sich nicht um den Wert eines „echten“ Menschenlebens, sondern in der Tat um ein „statistisches“: Heraus kommt ein „Preis“ dafür, dass die Sterbewahrscheinlichkeit reduziert wird, wodurch dann ein hypothetischer Wert für ein einzelnes, aber eben nur „statistisches“ Menschenleben berechnet werden kann (hochgerechnet aus vielen kleinen Verminderungen persönlicher Risiken). Ökonom(inn)en sind aber nicht naiv und sich der damit verbundenen Probleme sehr wohl bewusst. So zeigen etwa die großen Schwankungsbreiten, die bei solchen Studien meistens herauskommen, wie unscharf die Methode ist.

Das Ergebnis von Andrea Leiter und Gerald Pruckner, das auf Befragungen in Österreich in den Jahren 2004 und 2005 beruht, ergab übrigens einen Wert von 1,9 bis 5,1 Mio. Euro.⁴⁷ Das passt gut in die Größenordnung, die in anderen Studien errechnet wurde. Gefragt wurde damals nach der Zahlungsbereitschaft für die Halbierung des Sterberisikos durch Lawinen.

⁴⁶ Quelle: http://www.forbes.com/2007/10/29/dead-celebrity-earning-biz-media-deadcelebs07_cz_lg_1029celeb_land.html (Zugriff am 5. September 2008). Zur Erläuterung: Schultz ist Erfinder der Comic-Figur „Charly Brown“, Geisel u.a. Autor der US-amerikanischen Kinderbuchklassiker *How the Grinch Stole Christmas* und *Horton Hears a Who*, Tupac Shakur der bestverkaufte Rap-Musiker aller Zeiten, der auch viel Geld über Merchandising verdient(e), und Einsteins Einkommen stammt vor allem aus der Verwendung seiner Person durch den Disney-Konzern.

⁴⁷ Leiter, Andrea M./Pruckner, Gerald J. (2007): „Ökonomie und der Wert des Lebens“, in: Exenberger, Andreas/Nussbaumer, Josef: *Von Menschenhandel und Menschenpreisen. Wert und Bewertung von Menschen im Spiegel der Zeit*. Innsbruck: innsbruck university press, S. 109-130, hier S. 125-126.

Tabelle 8.10: Wert des statistischen Lebens (in Mio. Euro von 2005) ⁴⁸

REFERENZ	LAND	METHODE	VSL
Alberini et al. (2005)	Tschechien	CVM-Studie	2,9
Alberini et al. (2004)	Fra./Ita./UK	CVM-Studie	2,3
Alberini et al. (2002)	Kanada/USA	CVM-Studie	0,8 bis 4,0
Baranzini/Ferro Luzzi (2001)	Schweiz	Arbeitsmarktstudie	5,0 bis 6,3
European Commission (2000)	EU	Verschiedene	0,7 bis 2,8
Leiter/Pruckner (2007)	Österreich	CVM-Studie	1,9 bis 5,1
Liu et al. (2005)	Taiwan	CVM-Studie	2,8 bis 11,8
Maier et al. (1989)	Österreich	CVM-Studie	1,8 bis 4,9
Persson et al. (2001)	Schweden	CVM-Studie	2,6
Spengler (2004)	Deutschland	Arbeitsmarktstudie	1,7
Viscusi & Aldy (2003)	Diverse	Arbeitsmarktstudie	3,4 bis 7,7
Weiss et al. (1986)	Österreich	Arbeitsmarktstudie	4,4 bis 7,4

8.5 Postskript: Kunstsammler kauft Tattoo auf der Haut eines Schweizers

Selbst nach jahrelanger Recherche zum Thema Körperpreise stößt man immer wieder auf etwas Neues. So geschehen während der Endredaktion dieses Buches, als folgende Pressemeldung veröffentlicht wurde:

„Ein junger Schweizer hat seine von einem Künstler angefertigte Rücken-Tätowierung für 150.000 Euro an einen deutschen Kunstsammler verkauft. Dieser darf das Kunstwerk samt dessen Träger dreimal im Jahr ausstellen. Außerdem wird der Käufer das Haut-Kunstwerk mit dem Tod des Trägers vollständig erben, wie eine Sprecherin der Zürcher Galerie de Pury & Luxembourg sagte. Der 31-jährige Musiker Tim Steiner musste 35 Stunden lang stillhalten, um sich das Werk des belgischen Künstlers Wim Delvoye auf den Rücken tätowieren zu lassen. Es zeigt eine Jungfrau Maria mit Totenkopf. Künstler, Galerie und Träger teilen sich den Verkaufserlös.“⁴⁹

Die erste „Ausstellung“ hat bereits stattgefunden (in Singapur und Shanghai), wie der Bericht weiter vermeldet. Ob im Falle einer „Beschädigung“ des Kunstwerks – z.B. infolge eines Unfalls oder von Krankheit – Schadensersatz zu leisten ist, geht aus der Meldung hingegen leider nicht hervor. Es darf spekuliert werden.

⁴⁸ Leiter/Pruckner (2007) (wie Fußnote 47), S. 126, sowie S. 128-130 für genaue Quellenangaben. „CVM“ steht für *contingent valuation method*, d.h. Zahlungsbereitschaftsanalyse. Die anderen Studien wurden mittels Daten vom Arbeitsmarkt erstellt.

⁴⁹ *Die Presse* online, 2. September 2008.

Autorinnen und Autoren

Andreas Exenberger (andreas.exenberger@uibk.ac.at) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsfeld „Wirtschafts- und Sozialgeschichte“ am Institut für Wirtschaftstheorie, -politik und -geschichte der Universität Innsbruck.

Prof. Valentin Gröbner (valentin.groebner@unilu.ch) ist Professor für Allgemeine und Schweizer Geschichte des Mittelalters und der Renaissance am Historischen Seminar der Universität Luzern.

Maria Heidegger (maria.heidegger@uibk.ac.at) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung für Wirtschafts- und Sozialgeschichte am Institut für Geschichte und Ethnologie der Universität Innsbruck.

Marlene Hopfgartner (marlene.hopfgartner@wktirool.at) ist Mitarbeiterin der Volkswirtschaftlichen Abteilung der Wirtschaftskammer Tirol in Innsbruck.

Andrea M. Leiter (andrea.leiter@uibk.ac.at) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt „Internationale Wirtschaftsbeziehungen“ am Institut für Wirtschaftstheorie, -politik und -geschichte der Universität Innsbruck.

A. Univ.-Prof. Josef Nussbaumer (josef.nussbaumer@uibk.ac.at) lehrt Wirtschafts- und Sozialgeschichte am Institut für Wirtschaftstheorie, -politik und -geschichte der Universität Innsbruck.

Kordula Schnegg (kordula.schnegg@uibk.ac.at) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt „Politische Kommunikation und die Macht der Kunst“ am Institut für Alte Geschichte und Altorientalistik der Universität Innsbruck.

Matthias Stöckl (matthias.stoeckl@uibk.ac.at) ist Projektassistent im Forschungsschwerpunkt „Internationale Wirtschaftsbeziehungen“ am Institut für Finanzwissenschaft der Universität Innsbruck.

Magdalena Thöni (magdalena.thoeni@umit.at) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Angewandte Systemforschung und -entwicklung der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik (UMIT) in Hall in Tirol.

A. Univ.-Prof. Gabriele Werner-Felmayer (gabriele.werner-felmayer@i-med.ac.at) lehrt Medizinische Biochemie an der Abteilung für Biochemie des Biozentrum der Medizinischen Universität Innsbruck.

A. Univ.-Prof. Hannes Winner (hannes.winner@uibk.ac.at) lehrt Volkswirtschaftslehre am Institut für Finanzwissenschaft der Universität Innsbruck.