



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Blut – die unverkäufliche Ware

Blut als Lebenselixier, Spende, Ware und Medikament

Verfasserin

Maria Pichler

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuer: Univ.-Prof. Mag. Dr. Bernhard Hadolt, Msc.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 10.06.2012

Maria Pichler

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei jenen Personen bedanken, ohne die diese Diplomarbeit inhaltlich nicht realisierbar gewesen wäre und ohne deren Unterstützung ich emotional aufgegeben hätte.

Ich danke meinem Diplomarbeitsbetreuer, Univ.-Prof. Dr. Mag. Bernhard Hadolt, für die zahlreichen hilfreichen Vorschläge und Anregungen, die dieser Arbeit einen stabilen theoretischen Rahmen gegeben haben und mich schließlich auch durch viele Unsicherheiten im Forschungsverlauf hindurch geleiteten, für seine fachlich kompetente Beratung und dennoch unkomplizierte, kollegiale und wertschätzende Betreuung und insbesondere für die verständnisvolle und respektvolle Art mit meinen diplomarbeitsbedingten emotionalen Schiefwegen umzugehen.

Ein besonderer Dank gilt natürlich auch allen Personen die sich für meine Forschungsarbeit als InterviewpartnerInnen zur Verfügung gestellt und mir somit Einblicke in ihre Lebens- beziehungsweise Arbeitswelt, in ihre Ideen, Gedanken und Erlebnisse ermöglicht haben. Insbesondere möchte ich mich auch bei jenen bedanken, die mir den Zugang zu unterschiedlichen Bereichen und Personen ermöglicht bzw. erleichtert haben, besonders bei den Verantwortlichen in der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes in Wien sowie bei Hauke, Thomas und Wolfgang für ihre Vermittlungsarbeit.

Bei meinen Freunden und meiner Familie möchte ich mich für die Geduld, für das Interesse und die Anteilnahme, für die vielen Aufmunterungen und Aufmerksamkeiten bedanken und mich für die vielen Male, in denen ich real oder zumindest gefühlt keine Zeit hatte, an wichtigen Ereignissen teilzunehmen, entschuldigen.

Für die ambitionierten und aufwendigen Bemühungen, diese Arbeit von allen Form-, Grammatik-, Rechtschreib-, und Beistrichfehlern zu befreien, danke ich Christiane, Jeff, Manuela und Tina und des weiteren Florian für die Überarbeitung meines englischen Abstracts.

Andreas und Christiane, die täglich mit meinen oft schwer erträglichen Stimmungslagen konfrontiert waren und mich dennoch stets mit unerschütterlicher Zuversicht und stoischer Geduld in diesem Prozess begleitet und unterstützt haben, gilt mein besonderer Dank.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Aufbau der Arbeit	3
2	Methodisches und forschungsstrategisches Vorgehen.....	5
2.1	Multisited Ethnography.....	5
2.2	Situational Analysis	6
2.3	Forschungsverlauf.....	10
2.3.1	Von der Idee zur Fragestellung	10
2.3.2	Leitfadeninterviews.....	11
2.3.3	Teilnehmende Beobachtung in der Blutspendezentrale.....	14
2.3.4	Analyse der Daten	15
2.3.5	Kritische Reflexion des Forschungsprozesses.....	17
3	Zur Geschichte der Blutübertragung	19
3.1	Geschichte der Blutübertragung bis 1900	20
3.2	Geschichte der Blutübertragung ab 1900 in Österreich	22
3.3	Gegenwärtige Organisation der Blut- und Plasmaspende in Österreich.....	29
3.3.1	Arten der Blutspende und Blutprodukte.....	31
3.3.2	Rechtliche Rahmenbedingungen	33
3.3.3	Kosten und Preise einer Blutkonserve	35
4	Biographie der Dinge	37
4.1	Der Lebensweg einer Vollblutspende.....	38
4.1.1	Blut im Spendekörper	39
4.1.1.1	Blut wird vom Körper getrennt	45
4.1.2	Standardisierung	46
4.1.2.1	Gesundenuntersuchung und Produktspezifikation	49
4.1.3	Blut als Produkt	53
4.1.4	Blutdepot	56
4.1.4.1	Vermittlung an ein passendes physisches und soziales Umfeld	58

4.1.5	Vom Fremdblut zur körpereigenen Substanz.....	62
4.1.6	Vom wertvollen Produkt zum Sondermüll.....	64
4.2	Fazit: Blut Kommodifizierung und Dekommodifizierung.....	67
5	Gaben, Waren und Spenden	70
5.1	Waren- und Gabentausch	70
5.1.1	Ökonomische Theorien	70
5.1.2	Sozialwissenschaftliche Theorien	71
5.1.3	Wirtschaftsethnologische Theorien	71
5.1.3.1	Gregory Chris	72
5.1.3.2	Duran Bell.....	73
5.1.3.3	Marcel Mauss	74
5.1.4	Die (Un)möglichkeit der ‚reinen‘ Gabe.....	76
5.1.4.1	James Laidlaw.....	76
5.1.4.2	Soumhya Venkatesan	78
5.1.4.3	Jacob Copeman	80
5.2	Blut als Spende, Gabe oder Ware.....	81
5.2.1	Blut aus der Perspektive von BlutspenderInnen.....	86
5.2.1.1	Fazit.....	93
5.2.2	Blut aus der Perspektive der Spendeinstitutionen.....	95
5.2.2.1	Fazit.....	101
5.2.3	Blut aus der Perspektive von Ärzt/innen.....	104
5.2.3.1	Fazit.....	110
5.2.4	Blut aus der Perspektive der EmpfängerInnen.....	111
5.2.4.1	Fazit.....	120
5.3	Fazit: Blut aus unterschiedlichen Perspektiven.....	122
6	Tauschsphären und Wert.....	124
6.1	Die Sphäre des (un)veräußerlichen Körpers.....	126
6.2	Blut als Commodity	129
6.3	Blut als Medikament.....	129

6.4	Fazit: Blut in einer moralischen Arena.....	130
7	Beziehung zum gespendeten Blut	133
7.1	Anonymisierung.....	137
7.2	Blut- und andere Organtransplantationen	145
8	Fazit	152
	Abbildungsverzeichnis	157
	Bibliographie / Quellenverzeichnis	158
Anhang.....		163
	Interviewpartner/innen (anonymisiert).....	163
	Abstract	167
	Lebenslauf.....	169

1 EINLEITUNG

Bluttransfusionen sind die am häufigsten durchgeführten Organübertragungen von Mensch zu Mensch. Diese medizinische Praxis wird jedoch im Gegensatz zu vielen erst kürzer praktizierten Organtransplantationen kaum als die Übertragung eines Körperteils wahrgenommen und ebenso wenig auf dieser Ebene diskutiert. Allerdings unterliegt die Blutübertragung in unserer Gesellschaft einer besonders starken sozialen Kontrolle. Wo welches Blut wie fließen darf, und von wem zu wem, ist nicht nur durch gesellschaftliche Normen, sondern häufig auch durch Gesetze geregelt.

Von der Blutentnahme bis zur Wiederverwendung als Medikament wird Blut physisch manipuliert, durchläuft unterschiedliche Stationen und unterliegt dabei vielfältigen Bedeutungen. Besonders markant sind die wechselnden ökonomischen Zuschreibungen, die Blut dabei annimmt. Die in Form der Blutspende als unverkäuflich deklarierte Substanz wird in diesem Prozess entnommen, in Einzelteile zerlegt und weiterverarbeitet. Dabei wandelt sich der spezifische Charakter von Blut als unverkäufliche Substanz in medizinische Produkte mit Warenwert. Den Schlusspunkt dieser Reise des Blutes bildet in den meisten Fällen wieder ein menschlicher Körper, der die warenförmigen Produkte inkorporiert und sie in die Sphäre eines unveräußerlichen Individuums zurückführt. Blut ist in diesem Prozess ständig gefährdet in den Status eines Problemstoffs zu wechseln. Institutionell und ideologisch sind ganz unterschiedliche Organisationsformen an der Gewinnung, Verarbeitung, Verabreichung und dem Konsum der Substanz beteiligt: (altruistische) BlutspenderInnen; das Rote Kreuz als gemeinnützige Blutspendeorganisation und dessen MitarbeiterInnen; gewinnorientierte Plasmasammelzentren und Pharmafirmen und deren Beschäftigte; das staatlich organisierte Krankenversicherungssystem; medizinisches Personal, das das Blut in Krankenpflegeanstalten verwaltet und transfundiert und PatientInnen, die die Blutprodukte im Zuge unterschiedlicher medizinischer Therapien erhalten.

Österreich hat im Bereich der Blutspende europaweit eine besondere Stellung. Bei einer quantitativen Untersuchung, die 2009 in den 27 EU-Mitgliedsstaaten durchgeführt wurde, gaben 66 Prozent aller ÖsterreicherInnen an, in ihrem Leben bereits mindestens einmal Blut gespendet zu haben. Damit steht Österreich im Vergleich mit anderen EU-Ländern an der Spitze bei der Blutspende. Im EU-weiten Durchschnitt haben nur 37 Prozent der Gesamtbevölkerung mindestens einmal Blut gespendet (vgl. Europäische Kommission 2010: 6). Nicht nur bei der Zahl der BlutspenderInnen gilt Österreich als ein europäisches Vorzeigeland; hierzulande wird auch seit Langem das europaweit durch die EU

angestrebte Ideal der Vollblutspende ohne finanzielle Abgeltung für die Spender/innen praktiziert. Diese wurde 2005 auch gesetzlich verankert. Die Vollblutspende ohne finanzielle Abgeltung für die Spender/innen wird vom Roten Kreuz, der zentralen Blutspendeorganisation in Österreich, nicht nur mit dem Sicherheitsaspekt argumentiert, sondern auch damit, dass Blut keine Ware sei (vgl. Dempfer 2007: 70). Gleichzeitig sammeln in Österreich auch Kapitalgesellschaften, gegen Bezahlung von Aufwandsentschädigungen, Blutplasma und sprechen dabei ebenfalls von Spenden.

Im Prozess der Weiterverarbeitung durchläuft gespendetes Blut wiederum viele Hände, Institutionen und Firmen, die das Produkt als Ware (be)handeln und ihm somit einen spezifischen Wert zuschreiben. Es durchbricht in diesem Prozess nicht nur körperliche Grenzen, sondern auch die Grenze der Sphäre des Unveräußerlichen hin zur Warenökonomie und wieder zurück. Während die Blutspende unter unterschiedlichen anthropologischen Blickwinkeln durchaus von zahlreichen Autor/innen thematisiert wurde, liegen im österreichischen Kontext bislang keine Untersuchungen vor, die sich qualitativ und mit anthropologischen Fragestellungen dem Thema nähern.

Meine Untersuchung wird – aufbauend auf den Theorien zur Geschenk- und Warenökonomie und zum sozialen Leben der Dinge – den Weg und die Bedeutungen des Blutes im österreichischen Kontext darstellen und internationale Verflechtungen und lokale Besonderheiten aufzeigen. In Diskussion mit ausgewählten Texten und Theorien anderer Autor/innen werden die gewonnenen Erkenntnisse in globale medizinanthropologische Diskurse eingebettet.

Um diesen Prozess aus unterschiedlichen Perspektiven darzustellen, habe ich von Juni bis Oktober 2011 in unterschiedlichen Bereichen der Blutübertragung recherchiert, geforscht und Interviews mit Betroffenen und Beteiligten geführt. Die Daten umfassen:

- eine zweiwöchige teilnehmende Beobachtung in der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes für Wien, Niederösterreich und das Burgenland,
- Gespräche mit ExpertInnen in der Blutspendezentrale und in einem Plasmaspendezentrum,
- Gespräche mit ÄrztInnen und einer Diplomkrankenschwester aus unterschiedlichen Wiener Krankenanstalten,
- ein Interview mit zwei Vertretern der Glaubensgemeinschaft Jehovas Zeugen,
- Interviews mit zahlreichen Vollblut-, Thrombozyten- und Plasmaspender/innen sowie
- mit einem Empfänger von Blutprodukten.

Vorweg muss gesagt werden, dass meine Forschung nur einzelne Ausschnitte dieses Prozesses darstellen kann und somit keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Dennoch kann gezeigt werden, welche unterschiedlichen Wege das Blut in seiner Verwendung nehmen kann; entlang welcher Linien Blut hier als Geschenk oder als Ware gedacht, behandelt und gehandelt wird und welche Auswirkungen dies auf den Umgang mit der Substanz hat; wodurch Blut als Produkt seinen spezifischen Wert gewinnt und auch verliert; welche Rolle die Anonymisierung und die Aufspaltung von Blutprodukten in dieser Transformation einnehmen; welche Ein- und Ausschlüsse im österreichischen Blutspendewesen wirksam sind und welche Ideen und Absichten Blut auf seinem Weg von einem menschlichen Körper in den anderen mit auf die Reise nimmt oder auch nicht. Weiters wird die Zuweisung von Blut und den daraus gewonnen Produkten durch Gesetze, gesellschaftliche Normen, religiöse Vorstellungen und individuelle Assoziationen in vorhandene Tauschsphären analysiert.

1.1 AUFBAU DER ARBEIT

Die Arbeit wurde so strukturiert, dass sich nach der Darlegung der methodischen Herangehensweise und der Geschichte der Blutübertragung jeweils theoretische und empirische Teile abwechseln. Dabei sollen die theoretischen Ausführungen aus der sozialwissenschaftlichen und spezifisch anthropologischen Literatur immer wieder als Einstieg an die jeweilige empirisch bearbeitete Fragestellung heranzuführen. Daran anschließend folgt die Darstellung und Analyse meiner empirischen Erkenntnisse, die mit den Ergebnissen anderer Autor/innen diskutiert und verglichen werden.

Zunächst werden im zweiten Kapitel die forschungsleitenden Methoden vorgestellt, die über den praktischen und erkenntnistheoretischen Zugang dieser Untersuchung Auskunft geben. Dabei handelt es sich um die „Multisited Ethnography“ von George Marcus (1995; 1998) und die „Situational Analysis“ von Adele Clarke (2010). Darauf folgt die Beschreibung und Reflexion des Forschungsverlaufs – von der Idee bis hin zur Analyse der generierten Daten.

Das dritte Kapitel widmet sich der historischen Dimension der Technik der Blutübertragung. Einer allgemeineren Rückschau auf die Geschichte der Blutübertragung(sversuche) vor 1900 folgt eine spezifisch auf Österreich bezogene Darstellung der regionalen Entwicklung von 1900 bis zur heutigen Organisation der unterschiedlichen Formen der Blutspende, den rechtlichen Rahmenbedingungen sowie ein Einblick in aktuelle Diskussionen über Wert und Kosten von Blutkonserven.

Im vierten Kapitel wird die Theorie von Igor Kopytoff (1986) zur kulturellen Biographie von Dingen vorgestellt und anschließend eine solche Biographie für eine fiktive

Vollblutkonserve von der Spende beim Roten Kreuz bis zur Wiederverwendung als Medikament erstellt. Dabei werden die zahlreichen Stationen und die damit verbundenen physischen Veränderungen, ökonomischen Umbewertungen, die räumliche Zirkulation und unterschiedliche Möglichkeiten für und Perspektiven auf die Substanz Blut im Zuge dieses Lebensweges sichtbar.

Eine Diskussion zum Status von Blut als Ware, Spende und/oder Gabe folgt im fünften Kapitel. Über unterschiedliche Theorien von Waren und Gaben wird eine Brücke hin zum Begriff der Spende geschlagen, welcher in der anthropologischen Literatur bisher nur wenig behandelt wurde und im Bereich des österreichischen Blutspendewesens ein zentrales Konzept darstellt. Es wird dargestellt, dass eine Spende sich wesentlich von den Kategorien Ware und Gabe unterscheidet, dass Blut in unterschiedlichen Phasen und aus der Perspektive einzelner Personen verschiedene dieser Wertkategorien repräsentiert und dadurch entsprechende soziale Wirkungen entfaltet.

Die Frage, welchen Wert- und Objektkategorien Blut im Sinne von Tauschsphären, wie Arjun Appadurai (1986) sie beschreibt, zugewiesen wird, wird im sechsten Kapitel diskutiert. Dabei wird deutlich, dass Blut sowohl als Teil des menschlichen Körpers, als auch als Spende und Ware besonderen Moralvorstellungen unterliegt, die den Handel, den Umgang und die Diskussionen über Blut beeinflussen.

Im siebten Kapitel wird untersucht, ob und wie BlutspenderInnen sich ihrer Körpersubstanz nach der Trennung vom eigenen Körper noch verbunden fühlen, wo diese Beziehung endet und welche Faktoren diese Wahrnehmung formen. In einem weiteren Schritt wird dargestellt, wie sich die Übertragung von Blut von anderen Organtransplantationen aus der Sicht von BlutspenderInnen und potentiellen EmpfängerInnen unterscheidet.

Zuletzt folgt in Kapitel Acht eine zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse dieser Arbeit mit einem Ausblick auf interessante Fragen, die im Rahmen dieser Forschung nicht beantwortet werden konnten.

2 METHODISCHES UND FORSCHUNGSSTRATEGISCHES VORGEHEN

Der methodische Zugang und somit die erkenntnistheoretische Ausrichtung meiner empirischen Forschung und Analyse bilden die „Multisited Ethnography“ von George Marcus (1995; 1998), und die „Situational Analysis“ von Adele Clarke (2010). Während die Multisited Ethnography dazu anleitet, Dingen auf ihrem Lebensweg zu folgen, sie an unterschiedlichen Orten zu untersuchen und die Verknüpfungen von unterschiedlichen Lebenswelten zu verorten und zu vergleichen, fokussiert die Situational Analysis auf die Einbettung von konkreten Situationen und Diskursen in einen breiteren Kontext und auf die Analyse der Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Positionen, menschlichen AkteurInnen und nicht-menschlichen Aktanten. Gemeinsam ist beiden Herangehensweisen der ausgeprägt konstruktivistische Zugang. Im Folgenden sollen beide Methoden kurz dargestellt werden. Während Marcus kaum praktische Anleitungen für seine Methode bereithält, sondern sich auf einer sehr theoretischen Ebene mit der Idee seiner Methode beschäftigt, bietet Adele Clarke sehr konkrete Handlungsanleitungen für eine Untersuchung im Rahmen einer Situationsanalyse.

2.1 MULTISITED ETHNOGRAPHY

Ausgehend von der Verflochtenheit von lokalen und globalen Ebenen in unserer komplexen Welt schlägt George Marcus (1995; 1998) mit der Multisited Ethnography eine Methode vor, die unterschiedliche lokale Felder in den Blick nimmt, um konkrete Objekte, Praktiken oder Diskurse in ihrer spezifischen Form an unterschiedlichen Orten und Lebenswelten in einer globalen Welt zu verorten und zu vergleichen (vgl. Marcus 1995: 105). Einen wesentlichen Aspekt der Multisited Ethnography stellt die Translokalität der untersuchten Phänomene dar. Ulf Hannerz (2003) betont in diesem Zusammenhang, dass Translokalität nicht lediglich die Beforschung eines Untersuchungsgegenstandes an verschiedenen Orten meint, sondern dass es darum geht, die Zusammenhänge in denen die unterschiedlichen Sites miteinander stehen sowie die Zusammenhänge innerhalb einzelner Sites zu beforschen (vgl. ebd.: 206).

Besonders wenn ethnographische Forschung an unterschiedlichen Orten durchgeführt wird, ist es wichtig, sein Forschungsfeld bewusst zu definieren. Marcus betont, dass diese Definition immer auch eine Konstruktion durch die Forscher/innen ist (vgl. Marcus 1995: 105):

Multi-sited research is designed around chains, paths, threads, conjunctions, or juxtapositions of locations in which the ethnographer establishes some form of literal physical presence, with an explicit, posited logic of association or connection among sites that in fact defines the argument of ethnography. (Marcus 1995: 105)

Als Forschungsdesign schlägt Marcus, je nach Forschungsobjekt, unterschiedliche Strategien vor: *Follow the People*; *Follow the Thing*; *Follow the Metaphor*; *Follow the Plot, Story, or Allegory*; *Follow the Life or Biography*; *Follow the Conflict* (vgl. Marcus 1998: 90ff).

Da meine Untersuchung nicht auf geographisch weit voneinander entfernte Orte abzielt, sondern auf die unterschiedliche Kontextualisierung eines Objekts in verschiedenen Phasen eines Bedeutungs- und Bearbeitungsprozesses innerhalb einer Gesellschaft, bietet sich die Methode *Follow the Thing* an. Damit meint Marcus das Beforschen von zirkulierenden Objekten an unterschiedlichen Orten wie beispielsweise Waren, Geschenke, Geldflüsse, Kunst oder geistiges Eigentum. Aus diesen Zirkulationsprozessen konstituiert sich ein multipel verortetes Feld (vgl. Marcus 1995: 106f).

Die Multisited Ethnography soll laut Marcus eine Möglichkeit darstellen, den Fokus von Untersuchungen auf einen lokalen Kontext zu überwinden und die Zirkulation von kulturellen Bedeutungen, Objekten und Identitäten in Zeit und Raum sichtbar zu machen, indem man ein Objekt als Forschungsgegenstand auswählt und diesem an die verschiedenen Orte seiner Existenz folgt und dort intensiv beforscht. Aufgrund der unterschiedlichen kulturellen Logiken, die an unterschiedlichen Orten präsent und wirksam sind oder auch produziert werden, muss zwischen den Sites eine Übersetzungsleistung stattfinden (vgl. ebd.: 96f). Marcus bezieht sich hier auf die Arbeit von Arjun Appadurai (1986), der in „The Social Life of Things“ die Zirkulation von Dingen innerhalb einer Gesellschaft in unterschiedlichen Lebensstadien und Tauschsphären beschreibt (vgl. ebd.: 107).

2.2 SITUATIONAL ANALYSIS

Adele Clarke entwickelte die Situational Analysis als Ergänzung zur Methode der Grounded Theory (GT), welche ursprünglich von Glaser und Strauss in den späten 1960-er Jahren konzipiert und später durch sie und andere weiterentwickelt wurde (vgl. Clarke 2005: xxi). In ihrer erkenntnistheoretischen Positionierung rechnet sich Clarke dem symbolischen Interaktionismus zu (vgl. Keller 2011: 110).

Mittlerweile gibt es unterschiedliche Ausprägungen und Varianten der GT, darunter jene von Kathy Charmaz (2006), welche den konstruktivistischen Charakter der Methode unterstreicht. Dieser Ansatz wurde von Clarke noch erweitert. Ihr geht es um eine Öffnung

der GT, die auch postmodernen Ansprüchen gerecht werden kann (vgl. Mey/Mruck 2011: 135f). Dazu ergänzt Clarke die konstruktivistische GT um alternative Zugänge der Datengewinnung und Datenanalyse. Während die klassische GT auf die sozialen Handlungen und Prozesse fokussiert, ist das primäre Ziel der *Situational Analysis* das Verständnis der Elemente einer Situation und den Beziehungen untereinander. Die Situationsanalyse unterstreicht den Charakter der Momentaufnahme, sie untersucht, wie die Dinge im Moment an einem bestimmten Ort sind (vgl. Clarke 2005: xxif), bezieht aber Prozesse der Entwicklung und äußere Faktoren, die dazu geführt haben, mit ein. Es wird berücksichtigt, dass Situationen sowohl eine Vergangenheit haben, die zur Formung beigetragen haben, als auch eine fiktive Zukunft, die ebenso in der Situation bereits präsent ist (vgl. Keller 2011: 116). Während die klassische GT ihren Blick auf das menschliche Handeln im Untersuchungsfeld richtet, konstruiert die Situationsanalyse ihre Untersuchungssituation durch die Entwicklung von drei Arten von Landkarten (Maps), durch das analytische Durcharbeiten dieser Maps und durch unterschiedliche Arten von Memos (vgl. Keller 2011: 118).

Die Methode kann laut Clarke für Forschungsprojekte herangezogen werden, die mit Interviews, ethnographischem, visuellem und/oder diskursivem Material, inklusive Multisited Research arbeiten und die Analyse komplexer Situationen erfordern. Im Zentrum der Methode stehen drei kartografische Herangehensweisen, die den Forschungsgegenstand unter unterschiedlichen Blickwinkeln konstituieren (vgl. Clarke 2005: xxii).

Es sollen damit unterschiedliche Perspektiven auf komplexe Situationen und Positionen, auf heterogene Diskurse und das situierte Wissen, das dabei produziert wird, eingenommen werden. Ziel ist es, menschliche und nicht menschliche Akteur/innen gleichermaßen in den Blick zu nehmen. Clarke sieht die *Situational Analysis* als eine konstruktivistische Methode mit einem starken Fokus auf Bedeutungen und in Abgrenzung zu positivistischen Herangehensweisen (vgl. ebd.: xxiii).

Der Begriff der Situation ist für Clarke stark vom Sozialkonstruktivismus und vom Symbolischen Interaktionismus geprägt. Daraus ergibt sich die Prämisse, dass Situationen, wenn sie als real wahrgenommen werden, immer auch in ihren Folgen real sind (vgl. Keller 2011: 119).

In einem ersten Schritt sollen Situations-Landkarten erstellt werden. Sie dienen dazu, die „[...] wichtigsten menschlichen und nicht-menschlichen, diskursiven, historischen, symbolischen, kulturellen, politischen und weitere Elemente der Untersuchungssituation [...]“ (ebd.: 118) zu erfassen. Daraus wird ersichtlich, welche Bereiche untersucht werden

sollten. Später werden die Situations-Landkarten dazu genutzt, die Beziehungen der einzelnen Elemente auf der Mikroebene zueinander zu analysieren (vgl. ebd.: 119).

In einem nächsten Schritt schlägt Clarke vor, Landkarten von sozialen Welten/Arenen anzufertigen. In diesen Maps werden alle beteiligten kollektiven AkteurInnen in den Blick genommen und in Beziehung zur Untersuchungssituation gesetzt. Damit gemeint sind sowohl Arenen, die auf die Situation Einfluss nehmen, sowie auch Arenen, auf die die Situation Einfluss nimmt. Damit sollen die Intentionen, Einflüsse und Beziehungen von sozialen Gruppen, Institutionen und Diskursen, die für die Situation momentan relevant sind, sichtbar und analysierbar werden (vgl. ebd.).

Die Positions-Landkarten sollen schließlich die in der Situation vorhandenen und auch die fehlenden eingenommenen Positionen aller relevanten Akteur/innen und Aktanten darlegen. Sie sollen nicht die Meinungen einzelner Personen oder Gruppen repräsentieren, sondern „[...] das gesamte Spektrum *diskursiver* Positionen zu den Schlüsselthemen in der Situation [...]“ (ebd.: 119, Hervorhebungen im Original) wiedergeben. Damit können sowohl die unterschiedlichen Positionen wie auch Widersprüche und Leerstellen erkannt werden (vgl. ebd.).

Wo eine Situation anfängt und wo sie endet muss empirisch festgestellt werden. In jedem Fall prägt die Art und Weise, wie Forscher/innen ihr Untersuchungsfeld definieren und abgrenzen, das gesamte Forschungsprojekt. Wie in der GT ist das Forschungsfeld auch in der Situationsanalyse nicht stabil, sondern kann sich im Verlauf einer Forschung verändern (vgl. ebd.: 120).

Die nicht-menschlichen Akteur/innen, sogenannte Aktanten, spielen eine wesentliche Rolle in der Situationsanalyse (vgl. Keller 2011: 122). Ursprünglich wurde der Begriff der Aktanten in den 1980-er Jahren in den Science and Technology Studies (STS) geprägt, um die Eindeutigkeit starrer Kategorisierungen von Dingen und Personen aufzubrechen (vgl. Callon 1986: 200f). In jeder Situation gibt es neben den präsenten menschlichen und nicht-menschlichen Akteur/innen auch implizierte Akteur/innen und Aktanten. Sie sind in der Situation nicht physisch präsent, aber sie sind Teil der Situation. Oft ist der Fokus einer Situation am Wohlergehen solcher abwesender Akteur/innen ausgerichtet und dient der Legitimierung von bestimmten Handlungen (vgl. Keller 2011: 122).

Implizierte AkteurInnen können im Großen und Ganzen nicht *sprechen* und niemand stellt ihnen Fragen. Normalerweise sprechen andere an ihrer Stelle – sie werden im Diskurs dieser Welt konstruiert und bilden häufig ihren Fokus oder ihr Ziel. (Keller 2011: 122; Hervorhebungen im Original)

Im Bereich der Blutspende sind solche implizierte Akteur/innen beispielsweise die EmpfängerInnen von Blutprodukten, Personen die von der Blutspende ausgeschlossen werden aber auch die Pharmaindustrie, die bestimmte Ansprüche an den Rohstoff stellt.

Ebenso können implizierte Aktanten, also nicht-menschliche Akteur/innen die Situationen beeinflussen. Sie können physisch als Maschinen, Apparate, Formulare, Kleidung etc. oder auch diskursiv präsent sein. Es gilt herauszufinden, welche spezifischen Eigenschaften und Fähigkeiten diese Aktanten besitzen, wie sie durch wen und warum in der Situation konstruiert werden und wie sie sich auf die Situation auswirken (vgl. Keller 2011: 122).

Blutspende- und Übertragungssituationen sind stark geprägt von implizierten Aktanten, die von unterschiedlichen Beteiligten unterschiedlich wahrgenommen und konstruiert werden: medizinische Normwerte, Arbeitskleidung, Spenderfragebögen, Spendebetten, Nadeln, Plasmapheresemaschinen, Vorstellungen über ein gesundes Leben – um nur einige zu nennen.

Ein weiterer Aspekt in der Analyse von implizierten Akteur/innen und Aktanten ist für Clarke die Untersuchung von Machtstrukturen. Indem analysiert wird, wer die dominanten Konstruktionen herstellt, wer die Möglichkeit hat, sich im Diskurs selbst zu repräsentieren, wer von anderen oder wer nicht repräsentiert wird, werden Machtverhältnisse sichtbar. Im Unterschied zur Actor-Network-Theorie betont Clarke, dass Aktanten nicht selbst handeln. Sie fokussiert darauf, wie diese Aktanten von anderen in der Situation konstruiert und interpretiert werden (vgl. ebd.: 122).

Diskurse sind für Clarke Bestandteile von Situationen. Soziale Welten produzieren Diskurse über sich selbst und über andere soziale Welten und die Arenen, in denen sie eingebettet sind (vgl. ebd.: 123). Deshalb sieht sie in der Diskursanalyse einen zentralen Bestandteil ihrer Methode, die auf die Aushandlung sozialer Beziehungen in diskursiven Interaktionen, das Erzeugen von Identitäten und Subjektivitäten durch Diskurse und die Herstellung von Macht/Wissen, Ideologien und die Kontrolle der Diskurse, fokussiert (vgl. ebd.: 124).

Clarke geht es um die Darstellbarkeit von Differenzen und Diversitäten. Ihre Methode zielt darauf ab, die Heterogenität und Komplexität von Situationen, Positionen und Diskursen darzustellen (vgl. ebd.: 127).

2.3 FORSCHUNGSVERLAUF

Im Folgenden soll möglichst kompakt, aber so ausführlich wie notwendig, der Verlauf meiner Forschungsarbeit dargestellt werden. Der konstruktivistische und relativistische Charakter einer wissenschaftlichen Arbeit spiegelt sich nicht zuletzt in der Beachtung der Art und Weise, wie, wo und durch wen Daten gewonnen wurden, wider (vgl. Clarke/Montini 1993: 45). Die folgende Darstellung des Forschungsverlaufs, inklusive abschließender selbstkritischer Reflexion, soll dazu dienen, diese Aspekte meiner Untersuchungen offenzulegen und ein entsprechendes Maß an Transparenz zu gewährleisten.

2.3.1 VON DER IDEE ZUR FRAGESTELLUNG

Die Idee, mein Diplomarbeitsthema im Bereich der Blutspende und Bluttransfusion anzusiedeln, stammt ursprünglich aus einer Diskussion in einer Lehrveranstaltung meines nunmehrigen Diplomarbeitbetreuers Prof. Dr. Hadolt. Neue Formen von Verwandtschafts- und Verbundenheitsbeziehungen wurden unter dem Aspekt von neuen Fortpflanzungstechnologien und Organtransplantationen diskutiert. Zu meiner Verwunderung fand die Transfusion von Blut in der verfügbaren themenrelevanten Literatur keine Berücksichtigung.

Auf der Suche nach einem Forschungsthema für die Diplomarbeit griff ich diesen Gedankengang wieder auf. Aus ursprünglich sehr breit gestreuten Fragestellungen ergab sich im März 2011 in der Diskussion im Diplomand/innenseminar und mit hilfreichen Vorschlägen zur theoretischen und methodologischen Verortung durch meinem Diplomarbeitbetreuer ein Forschungskonzept, welches mit kleinen Veränderungen bis zum Ende der Forschung recht stabil blieb und mir immer wieder half, meinen Fokus nicht zu verlieren, beziehungsweise ihn wiederzufinden.

In einem Forschungstagebuch hielt ich meine Ideen, Beobachtungen, Ängste und Erfahrungen fest. Daraus entstand im Laufe der Zeit eine sehr wertvolle chronologische Aufzeichnung, die mir schlussendlich eine große Unterstützung dabei war, diese Arbeit zu Papier zu bringen.

Vor Beginn meiner empirischen Untersuchungen konzentrierte ich mich auf die Lektüre der Methoden, der internationalen anthropologischen Literatur zum Thema und Recherchen zum System der Formen der Blutspende in Österreich.

Um mir einen ersten Einblick in den Untersuchungsgegenstand zu verschaffen, ging ich im März 2011 in der Wiener Blutspendezentrale des Roten Kreuzes zur Blutspende, allerdings ohne mein Forschungsinteresse dabei offenzulegen.

2.3.2 LEITFADENINTERVIEWS

Erst nachdem ich mich in meinem Thema einigermaßen sicher fühlte, nahm ich Ende April 2011 Kontakt mit der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes für Wien, Niederösterreich und das Burgenland auf. Auf diese erste Anfrage per E-Mail erhielt ich leider keine Antwort. Ich wick in der Zwischenzeit auf die Erhebung von SpenderInnen-Interviews aus. Dazu entwarf ich je einen Leitfaden für Blut- und Plasmaspender/innen und einen Leitfaden für ExpertInnen in der Blut- und Plasmaspende.

Die Verwendung von Leitfäden für meine Gespräche ergab sich aus der Intention eine spätere Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Dies empfiehlt auch Judith Schlehe (2008) in ihrem Artikel zu „Formen qualitativer ethnografischer Interviews“. Ein weiteres Argument für die Verwendung eines Leitfadens sieht Schlehe darin, dass er einer unerfahrenen Interviewerin als Anhaltspunkt dienen kann und zudem sicherstellt, dass die wichtigsten Aspekte im Interview angesprochen werden (vgl. ebd.: 126).

Die Leitfäden dienten auch dazu, unterschiedliche Meinungen zu einzelnen Fragen zu sammeln, um später die verschiedenen Standpunkte und Positionen mit den Methoden der Multisited Ethnography (Marcus 1995, 1998) und der Situational Analysis (Clarke 2010) analytisch auszuwerten. Im Sinne der Forschungsmethoden wurden die Leitfäden immer wieder mit neuen Erkenntnissen abgeglichen.

Im Verlauf meiner Forschungen stellte sich zudem heraus, dass Institutionen mit denen eine Kooperation zustande kam, wie die Blutspendezentrale, das Plasmaspendezentrum und die Vertreter der Glaubensgemeinschaft Jehovas Zeugen ohnehin einen solchen Leitfaden im Vorhinein wünschten, um sich ein Bild über mein Forschungsinteresse zu machen oder um sich auf das Gespräch vorzubereiten.

Die ersten Interviews führte ich Ende Mai 2011 mit Vollblut- und Plasmaspender/innen. Die Transkription der Interviews nahm ich nach Möglichkeit immer rasch nach den Gesprächen vor. Zu einzelnen Themen beziehungsweise Antworten, die mir interessant erschienen oder auch wieder neue Fragen aufwarfen, verfasste ich Memos. Von April bis August 2011 war ich, mit unterschiedlichem Erfolg, stets auf der Suche nach möglichen Gesprächspartner/innen und Zugängen zu Einrichtungen und Personen, die zu meinem Thema interessante Aspekte abdecken könnten.

Den Kontakt mit Blut-, Plasma- und Thrombozytenspender/innen stellte ich auf unterschiedliche Weise her. Nach den Interviews in meinem Bekanntenkreis, die eher dazu dienten, meinen Leitfaden zu überprüfen und mich mit der Rolle als Interviewerin vertraut zu machen, entschied ich mich, weitere Gespräche mit mir unbekanntem Spender/innen und direkt nach der Spende in den Spendeinstitutionen durchzuführen. Ich nahm an, dass Eindrücke und Assoziationen in dieser Situation besonders präsent und intensiv seien. Diese Erwartung fand aber in den Gesprächen nur wenig Bestätigung. Ein

hohes Maß an Routine und Selbstverständlichkeit, die diese Personen oft schon in der Blut- und Plasmaspende entwickelt hatten, scheint mir eine mögliche Ursache dafür zu sein.

Zwei Plasmaspender und eine Diplomkrankenschwester gewann ich durch ein Inserat, das eigentlich auf die Akquise von Interviewpartner/innen abzielte, die Blutprodukte erhalten hatten. Dennoch brachten auch diese Gespräche neue Aspekte für mein Forschungsvorhaben. Diese Gespräche führte ich in unterschiedlichen Kaffeehäusern, wobei ich als Gegenleistung die Kosten der Konsumation übernahm.

Über Vermittlung in meinem Bekanntenkreis stellte ich den Kontakt zu drei Ärzten in drei unterschiedlichen Wiener Krankenhäusern her. Aus diesen Interviews gewann ich unter anderem die Erkenntnis, dass auch die Angehörigen der Glaubensgemeinschaft Jehovas Zeugen wichtige Positionen innerhalb meines Forschungsthemas besetzen. Sie waren Teil des Diskurses und gerieten somit auch, obwohl sie die Blutspende und Bluttransfusionen für sich selbst klar ablehnen, in den Fokus meiner Untersuchung. Ich kontaktierte die Religionsgemeinschaft per E-Mail, woraufhin ich zahlreiche Informationsmaterialien zur Position der Glaubensgruppe zur Bluttransfusion und Kontakt zu einem Vertreter der Glaubensgemeinschaft in Wien erhielt. Mit zwei Vertretern der Glaubensgemeinschaft führte ich anschließend ein Vorgespräch und 14 Tage später das Interview durch. Das Transkript wurde den Interviewpartnern auf Wunsch übermittelt und von diesen autorisiert.

Im August 2011 versuchte ich per E-Mail, Kontakte zu den drei in Wien ansässigen Plasmaspende-Unternehmen herzustellen. Ein Unternehmen lehnte mein Ansuchen aufgrund einer möglichen „Gefährdung der Spendersicherheit und des Datenschutzes“ ab. Ein anderer Betrieb antwortete nicht auf meine Anfrage. Nur ein Unternehmen war bereit, mich in meinem Forschungsvorhaben zu unterstützen. Allerdings wurde ich hier damit konfrontiert, dass „die zeitlichen und personellen Ressourcen für ein persönliches Interview mit Beschäftigten“ nicht vorhanden seien. Zunächst wurde mir angeboten, die Fragen per E-Mail zu übermitteln, diese würden schriftlich ausgearbeitet werden; dann entschied man sich aber dafür, die Interviews mit dem Geschäftsleiter und mit dem medizinischen Leiter eines der Plasmaspendezentren über meine Kontaktperson (eine Assistentin der Geschäftsführung) durchzuführen, welche mir anschließend in Stellvertretung diese beiden Interviews gab. Argumentiert wurde diese Vorgehensweise mit knappen Zeitressourcen der intendierten Interviewpartner. Daraus ergab sich eine skurrile Interviewsituation, aus der sich auch nur wenig Antworten auf meine Fragen generieren ließen. Einige der vorgefertigten Aussagen sind, unter Berücksichtigung des Kontextes, dennoch gerade deswegen interessant.

Die Befragung von PlasmaspenderInnen wurde mir unter der Vorgabe, Fragen nach der Akzeptanz von Leichenblut und dem Verkauf von Blut zu streichen, mit der Bitte mich strikt an den besprochenen Leitfaden zu halten, genehmigt.

Dazu wurde ich an eines der Sammelzentren verwiesen und dort verbrachte ich einen Nachmittag. Eine direkte Beobachtung der Plasmaspende wurde hier auch aus Gründen des „Schutzes der Intimsphäre der Spender/innen“ abgelehnt, allerdings wurde mir die Möglichkeit gegeben, Interviews mit Plasmaspender/innen durchzuführen. Wiederum war hierbei allerdings mein Handlungsspielraum etwas eingeschränkt. Die Leiterin des Plasmaspendezentrums schlug mir einzelne Personen vor, an die ich persönlich mit meinem Anliegen herantreten durfte. Meine GesprächspartnerInnen waren also in gewisser Weise vorselektiert, wobei ich bei der Frage nach den Auswahlkriterien lediglich um eine gute Durchmischung von Personen verschiedenen Geschlechts und Alters bat. Die Interviews führte ich in einem separaten Zimmer, einer Art Kaffeeküche, durch.

In der Blutspendezentrale hatte ich die Möglichkeit, meine Gesprächspartner/innen unter den anwesenden Spender/innen frei auszuwählen. Dies tat ich ebenso unter den Aspekten von Alter und Geschlecht. Ich sprach die Personen im Bereich des ‚Laberaumes‘ an, wo die Spender/innen nach der Spende Getränke und Speisen zu sich nehmen können. Diese Interviews führte ich ebenfalls in separaten Räumen durch, die ansonsten je nach Bedarf als Zimmer für die Vortestung der Spender/innen oder als Büros genutzt werden.

Die Herstellung von Kontakten zu Interviewpartner/innen, die Blutprodukte erhalten hatten, sowie die Beobachtung der Verwendung von Blutprodukten im Zusammenhang mit Patient/innen gestaltete sich viel schwieriger als angenommen. Inserate, die ich dazu im Internet schaltete, führten zu keinen Kontakten im intendierten Personenkreis. Mittels Aushängen an einer Pinnwand im AKH versuchte ich ebenfalls erfolglos Kontakt zu bluttransfundierten Interviewpartner/innen zu finden. Mit der Abteilung für Transfusionsmedizin im Wiener AKH nahm ich bezüglich einer möglichen Beobachtung in der Abteilung und Befragung von PatientInnen E-Mail-Kontakt auf, welcher in einer Ablehnung meines Ansuchens mündete. Im Wiener Hanusch-Krankenhaus startete ich nach einer erfolglosen persönlichen Vorsprache einen weiteren schriftlichen Versuch, der jedoch unbeantwortet blieb. Als ich schon so weit war, meine Bemühungen in diese Richtung gänzlich aufzugeben, fand sich im universitären Umfeld zufällig noch eine Person, die sich als Interviewpartner anbot. Zwar waren die Transfusionen schon vor rund 10 Jahren durchgeführt worden, aber wir vereinbarten dennoch einen Termin für ein Interview und das Gespräch verlief sehr aufschlussreich.

2.3.3 TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG IN DER BLUTSPENDEZENTRALE

Anfang Juli 2011 kam schließlich ein Kontakt mit der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes in Wien zustande. Nach einem ersten Vorgespräch erhielt ich die Erlaubnis, meine Forschung in Form von Beobachtungen und Interviews mit Beschäftigten und Blutspender/innen in der Blutspendezentrale durchzuführen.

Insgesamt verbrachte ich zwei Wochen in der Blutspendezentrale. In der ersten Woche wurde ich praktisch in das Einschulungsprogramm einer neuen Abnahmeärztin integriert. Darin enthalten waren Führungen mit Erklärungen in den Abteilungen Produktion, Labor und Ausgabe und eine Einschulung ins interne Qualitätsmanagement. Den Schwerpunkt bildete gemäß der Aufgabe der neuen Mitarbeiterin der Bereich der Blutspende vom Ausfüllen des Fragebogens über die Vortestung, die medizinische Freigabe, die Blutabnahme und die Spender/innenbetreuung. Neben praktischen Problemen, die sich im Umgang mit Spender/innen ergeben können, wurden auch rechtliche und interne Vorgaben zu Abläufen erklärt und diskutiert. So wurde etwa auch jede einzelne Frage des Spender/innenfragebogens ausführlich behandelt. Die zweite Woche verbrachte ich mit der Durchführung der Interviews der Abteilungsleiter/innen, dem Personal in der Abnahme und den Blutspender/innen. Während der Leerläufe hielt ich mich meist im Bereich der Vollblutabnahme auf. Ich beobachtete, machte mir Notizen und führte dort oder im Raucherhof kurze informelle Gespräche mit dem Personal.

Ich wurde in der Blutspendezentrale sehr herzlich aufgenommen. Meine Fragen wurden sehr offen und ehrlich beantwortet, und man stellte mir bereitwillig Unterlagen zur Verfügung. Gleich zu Beginn meiner Forschungen in der Blutspendezentrale bekam ich einen weißen ‚Kittel‘ zum Überziehen, den ansonsten nur das ärztliche Personal trägt. Dieses ‚Accessoire‘ signalisierte dem oft täglich wechselnden Personal die Legitimität meiner Anwesenheit, machte mich von SpenderInnen unterscheidbar und stärkte mein selbstbewusstes Auftreten im Feld.

Den Zwiespalt, in den ich durch die Tatsache geriet, dass ich gleich zu Beginn meiner Anwesenheit beim Roten Kreuz eine Datenschutzerklärung unterschrieben hatte, löste ich, indem ich mit der zuständigen Person vereinbarte, dass sie meine fertige Diplomarbeit noch vor der endgültigen Abgabe zur Durchsicht erhält.

Wie meine Ausführungen zeigen, gelang es mir leider nicht, in alle von mir angestrebten Bereiche vorzudringen, um den Weg des Blutes von der Blutspende bis zur Wiederverwendung als Medikament zu beobachten. Die Informationen zur plasmaverarbeitenden Industrie, wie auch die Verwendung von Blut als therapeutische Substanz können deshalb nur aus sekundären Quellen in meine Arbeit einfließen und aus

den Informationen, die ich von Interviewpartner/innen zur Frage erhalten habe „Was wäre, wenn Sie selbst ein Blutprodukt brauchen würden...?“.

2.3.4 ANALYSE DER DATEN

Die Analyse stützt sich auf die Transkriptionen von 35 Interviews, die sich wie folgt zusammensetzen:

- zehn Interviews mit Vollblutspender/innen,
- zehn Interviews mit Plasmaspender/innen,
- zwei Interviews mit Thrombozytenspender/innen,
- elf Interviews mit ExpertInnen aus dem medizinischen Bereich, darunter:
 - ein medizinischer Leiter eines Plasmaspendezentrums, ein Interview mit der Geschäftsleitung eines Plasmaspendeunternehmens (diese beiden Interviews, wurden, wie bereits beschrieben, über eine dritte Person geführt)
 - zwei Beschäftigte im Abnahmebereich der Vollblutspende,
 - drei Beschäftigte im Bereich der Vollblutweiterverarbeitung,
 - drei Ärzte aus unterschiedlichen Wiener Krankenhäusern, darunter ein Blutdepotverantwortlicher,
- eine Diplomkrankenschwester im Bereich der Knochenmarktransplantation und
- ein Interview mit zwei Vertretern der Glaubensgemeinschaft Jehovas Zeugen.

Die Namen aller InterviewpartnerInnen wurden durch frei erfundene Pseudonyme ersetzt und werden anonymisiert in der vorliegenden Arbeit verwendet. Eine Liste der InterviewpartnerInnen mit Angaben zur Person findet sich im Anhang dieser Arbeit.

Des weiteren wurden als Daten mein Forschungstagebuch, Beobachtungsprotokolle, und Informationsmaterial unterschiedlicher SpenderInnen-Organisationen herangezogen.

Die transkribierten Interviews und Beobachtungsprotokolle wurden zunächst in ATLAS.ti, einem Computerprogramm zur Auswertung von qualitativen Daten, frei kodiert. Diese Vorgehensweise wird auch von Clarke (vgl. 2005: 84) als Teil der Grounded Theorie Methode vorgeschlagen. Zudem war es notwendig, die Fülle der Daten in eine Struktur zu bringen, die einen Überblick zu unterschiedlichen Themenbereichen erlaubt und die Daten für eine weitere Analyse verfügbar macht. Zu unterschiedlichen Codes, Unklarheiten, Auffälligkeiten und individuellen wie auch kollektiven Positionen wurden immer wieder Memos verfasst. Dabei wurden die Fragestellungen, die Clarke (2005) für eine Analyse von Situationen, sozialen Welten und Arenen vorschlägt, unter Berücksichtigung meines Forschungsinteresses, an die Daten herangetragen. Das kodierte Material wurde anschließend nicht in ATLAS.ti weiterbearbeitet, sondern ausgedruckt und physisch weiter strukturiert und analysiert.

Die Notwendigkeit von visuellen Landkarten, die einen wesentlichen Bestandteil der Situationsanalyse nach Clarke darstellen, blieb mir über einen langen Zeitraum verschlossen. Die tatsächlich hilfreichen Aspekte dieses Werkzeugs zur Analyse der Daten habe ich erst in einer Phase, als mich die Fülle der Informationen förmlich zu erschlagen drohte, nach und nach erkannt und angewendet. Die dabei entstandenen graphischen Darstellungen sind optisch nicht geeignet, um in dieser Arbeit verwendet zu werden. Jedoch konnte damit einerseits der Fokus wieder auf einzelne Situationen gelegt werden und andererseits wurden viele komplexe Zusammenhänge, gegenseitige Einflussnahmen, Abhängigkeiten und Positionen unterschiedlicher Akteur/innen und Aktanten für mich erst dadurch erkennbar und haben somit einen wesentlichen Beitrag für meine Erkenntnisse geleistet. Obwohl sich in meiner Beschäftigung mit dem Thema und aus meinen Daten zahlreiche neue und interessante Fragestellungen und Nebenschauplätze ergeben haben, habe ich den Fokus meiner analytischen Auswertung und Darstellung in den Ergebnissen auf die in meinem Konzept formulierten Themenkomplexe gelegt.

Die Zitationen des empirischen Datenmaterials beziehen sich auf die fortlaufende Dokument- und Zeilennummerierung in ATLAS.ti. Die Quellenangabe *P1/Buchinger: 140-143* sagt beispielsweise aus, dass dieses Interview als *P1* (Primary Document 1) gespeichert wurde. *Buchinger* ist das Synonym des Gesprächspartners/der Gesprächspartnerin. In der Interviewliste im Anhang finden sich unter (*P1*) *Hr. Dr. Buchinger* weitere Daten zur Person und zum Interview. *140-143* bezeichnet den nummerierten Gesprächsabschnitt in ATLAS.ti. Aus den Einleitungen der Interviewzitate mit Vor oder mit Nachnamen lässt sich nachvollziehen, ob die Gespräche im förmlichen „Sie“ oder im persönlicheren „Du“ geführt wurden. Die archivierten Daten liegen sowohl bei mir als auch bei meinem Diplomarbeitsbetreuer auf.

Zwei Aussagen, die mir beim Bearbeiten des Materials hilfreiche ‚Wegweiser‘ waren möchte ich hier noch anführen:

Fragen Sie jemanden was er ißt[!], und er wird Ihnen so antworten, wie er denkt, daß[!] Sie denken, was er essen sollte. (Douglas 1991: 124)

[W]enn Situationen als wirklich wahrgenommen werden, sind sie in ihren Folgen wirklich. (Keller 2011: 119)

Ich habe mich bemüht, in der Analyse meines Materials stets beide Standpunkte zu berücksichtigen.

2.3.5 KRITISCHE REFLEXION DES FORSCHUNGSPROZESSES

Als Abschluss dieses Kapitels folgt nun eine selbstkritische Darstellung meiner eigenen Positionierung und methodischen Probleme, mit denen ich im Zuge dieser Arbeit konfrontiert war. Clarke betont die *Situiertheit* des Forschers/der Forscherin, die immer auch in den Daten präsent ist (vgl. Clarke 2005: 85). Um auch diesem Aspekt Rechnung zu tragen, werde ich im Folgenden diese *Situiertheiten* darlegen, sofern sie mir selbst bewusst und somit zugänglich sind.

Theoretisch habe ich versucht, mich objektiv und offen sowohl der unbezahlten Blutspende als auch der bezahlten Plasmaspende anzunähern. Praktisch konnte ich diesen Objektivitätsanspruch nicht durchgängig umsetzen. Ich ging gleich zu Beginn meiner Forschung selbst zur Vollblutspende beim Roten Kreuz, um mein Forschungsfeld zu erkunden, aber auch um meine eigene Position gegenüber zukünftigen Gesprächspartner/innen zu stärken. Hingegen brachte ich es nicht über mich, dasselbe Engagement auch als Plasmaspenderin zu zeigen. Dadurch sind mir sicherlich wichtige Erfahrungen und Beobachtungen entgangen, noch dazu, wo mir auch der Feldzugang in diesen Bereich nur spärlich gelungen ist. Vor etwa zwölf Jahren habe ich selbst schon einmal einen Versuch gemacht, Plasma zu spenden. Dabei war meine einzige Motivation die in Aussicht gestellte Aufwandsentschädigung. Meine Erfahrungen von damals sind nicht mehr präsent genug, um daraus relevante Daten für meine Arbeit zu generieren, aber dennoch stark genug, um meine Sicht auf die Plasmaspende zu beeinflussen. Im Zuge meiner Recherchen rund um die Vollblut- bzw. Plasmaspende hat sich mein voreingenommenes dichotomes Bild auf die beiden Varianten der Blutspende jedoch relativiert und neu geordnet.

Meiner Forschung lag zu Beginn die Annahme zu Grunde, dass sich Menschen, die Blut spenden, und Menschen, die Blutprodukte erhalten, über das Ziel beziehungsweise den Ursprung dieser persönlichen Körpersubstanz viele Gedanken machen würden. Ich erwartete regelrechte Identitätskrisen bei den Blutempfänger/innen und ausgewachsene Phantasien über den Weg, den das Blut der Spender/innen nehmen würde. Beide Vorstellungen haben der empirischen Realität nicht standgehalten.

Dass ich in meiner Untersuchung bei weitem nicht in alle Bereiche vordringen konnte, die ich gerne beobachtet und beforscht hätte, um ein durchgängiges empirisches Bild der Wege zu zeichnen, die Blut im österreichischen Kontext nimmt, kann unter anderem auch an meiner Person liegen. Vielleicht hätte eine Forscherin mit einer größeren wissenschaftlichen Reputation als jene einer Diplomandin oder auch mit einem unverschämteren Auftreten da und dort Zugänge gefunden, die mir verschlossen blieben.

Im Führen der Interviews entdeckte ich Schwächen, die sich oft negativ auf die Gespräche auswirkten. Ich ließ mich von explizit geäußerten oder scheinbaren Zeitnöten der Interviewpartner/innen leicht aus dem Konzept bringen und passte meinen Kommunikationsstil der knapp bemessenen Zeit an, wodurch die Interviews manchmal eventuell kürzer ausfielen als dies nötig gewesen wäre. Häufig gelang es mir nicht, den Interviewpartner/innen auf der Suche nach dem richtigen Wort oder der richtigen Formulierung genügend Zeit zur Verfügung zu stellen. Stattdessen beendete ich oft deren Antworten. Dies wurde mir bereits beim Transkribieren der ersten Interviews bewusst und ich unterdrückte diesen Reflex in den folgenden Gesprächen so gut ich konnte. Womöglich habe ich dadurch dennoch viele interessante Ausführungen meiner InterviewpartnerInnen *abgewürgt*.

Eine so ausführliche Darstellung von eigenen Unzulänglichkeiten im Forschungsprozess birgt natürlich die Gefahr, ein negatives Bild auf die fertige Arbeit zu werfen. Dennoch bin ich hier mit Adele Clarke der Meinung, dass gerade diese Transparenz der eigenen Positionierung die Qualität wissenschaftlicher Arbeiten steigert (vgl. Clarke 2005: 85).

3 ZUR GESCHICHTE DER BLUTÜBERTRAGUNG

Aus Rücksicht auf den Umfang dieser Arbeit wird im Folgenden nur ein kurzer Überblick über die Entwicklungen und Ereignisse aus der Geschichte der Blutübertragung geboten. Eine grobe Skizzierung der Entwicklungen scheint mir jedoch nötig, um zu einem späteren Zeitpunkt auch die Parallelen zwischen den aktuellen Diskussionen um Organtransplantationen und den Anfängen der Bluttransfusion darlegen zu können.

Ein Gesamtüberblick über die Geschichte der Bluttransfusion in Europa und den USA und deren Entwicklung inklusive Blut- und Plasmaspende sowie wirtschaftliche Verflechtungen, Skandale und Umbrüche nach der Entdeckung des HI-Virus bis ins Jahr 1990 wurden insbesondere von Douglas Starr (1999) unter dem Titel „Blut: Stoff für Leben und Kommerz“ sehr ausführlich ausgearbeitet.

Eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Entwicklung des Blutspendewesens in Österreich liegt bislang nicht vor. Aufgrund dessen wird diese mittels ausgewählter österreichischer Zeitschriftenartikel und Literatur aus den Nachbarländern Deutschland und Schweiz skizziert werden. Die Unterteilung der Geschichte in vor und nach 1900 ist dem Umstand geschuldet, dass die Entdeckung der Blutgruppen durch Karl Landsteiner eine neue Ära in der Blutübertragung begründete.

Die Bezeichnungen Blutübertragung, Bluttransfusion und Transfusion werden in dieser Arbeit synonym gebraucht. Der Begriff ‚Transfusio‘ ist seit dem 16. Jahrhundert im französischen Sprachschatz nachgewiesen und bedeutete hier: eine Flüssigkeit von einer Person in eine andere übergehen zu lassen. Später wurde es im Zusammenhang mit der Bluttransfusion genauer als die Injektion von Blut eines Menschen oder Tieres in die Venen eines Individuums derselben Art definiert. In der deutschen Sprache wird die Ableitung aus dem lateinischen ‚transfundere‘ seit dem 18. Jahrhundert im Zusammenhang mit der Blutübertragung gebraucht und steht für „von einem Gefäß in ein anderes gießen“ (Lauper 2005: 7). Markant ist im deutschen Sprachgebrauch die Unterscheidung zwischen dem Begriff Transfusion, der ausschließlich für die Infundierung von Blut gebraucht wird, während für das intravenöse Infundieren aller anderen Substanzen der Begriff Infusion verwendet wird. Aus der nun folgenden Geschichte der Blutübertragung wird ersichtlich, dass sich der Begriff offensichtlich aus der frühen Form der Transfusion gehalten hat, bei der das Blut noch direkt von der Vene der Spender/innen in die Venen der Empfänger/innen übergeleitet wurde.

3.1 GESCHICHTE DER BLUTÜBERTRAGUNG BIS 1900

Bis zum Ende des 16. Jahrhundert waren der Gebrauch von Blut und die damit verbundenen Vorstellungen stark im Bereich der Mystik angesiedelt. Blut wurde in vielen Kulturen als Sitz der Seele betrachtet. Die Germanen tranken das warme Blut erlegter Tiere, um sich deren Eigenschaften anzueignen. Tierisches oder menschliches Blut wurde vielerorts auch den Göttern geopfert. Auch in der islamischen und christlichen Glaubenslehre nimmt Blut eine prominente Rolle ein (vgl. Achleitner 2007: 39f).

In der Medizin galt Blut schon seit langer Zeit als Heilmittel. Die Beobachtung, dass Blutverlust mit einem Schwinden der Lebensgeister einhergeht, führte zu dem Umkehrschluss, dass eine Zufuhr von Blut Gegenteiliges bewirke. Da man von der Technik der Bluttransfusion noch weit entfernt war, wurden andere Therapien mit Blut durchgeführt. Es wurde in Blut gebadet um Blindheit und Lepra zu heilen und das Trinken von frischem Menschenblut wurde von Personen mit Epilepsie praktiziert, um die die Anfälle hervorrufenden Dämonen im Körper zu beruhigen (vgl. Achleitner 2007: 41).

Seit Anfang des 17. Jahrhunderts ist in der Medizingeschichte die Idee dokumentiert direkte Bluttransfusionen durchzuführen. Man erhoffte sich sowohl eine Verbesserung der Gesundheit wie auch der Charaktereigenschaften bei den Transfundierten (vgl. Oehlecker 1940: 1). Erst durch die 1628 von William Harvey veröffentlichten Erkenntnisse über den Blutkreislauf trat die bis dahin vorherrschende Annahme, das Blut fließe sternförmig vom Herzen weg und verliere sich im Körper, in den Hintergrund. Die Anerkennung dieser Theorie ermöglichte es über die Einspritzung von Medikamenten oder Überleitung von Blut nachzudenken (vgl. Oehlecker 1940: 2f). Damit begann eine wechselhafte Geschichte von Experimenten, die an dem Prinzip von Versuch und Irrtum angelegt waren. In England gab es bereits früh die meisten und erfolgreichsten Versuche mit der Infusion von Opium, Milch, Wein, Bier und anderen Substanzen an Tieren und später auch mit der Injektion von Arzneien bei erkrankten Menschen. Dort wurde schließlich 1666 auch die erste direkte Bluttransfusion von Hund zu Hund erfolgreich durchgeführt. In der Folge wurde auch mit Transfusionen zwischen verschiedenen Tierarten experimentiert, die jedoch häufig schwere Nebenwirkungen zeigten. Die Ansicht, dass das Herz nicht mit zu viel Blut überlastet werden dürfe, führte dazu, dass bei der Person oder dem Tier, dem Blut transfundiert wurde, zunächst einmal Blut mittels Aderlass entnommen wurde (vgl. Oehlecker 1940: 4).

Ab 1667 wird von mehreren Bluttransfusionen von Tier zu Mensch in Frankreich und England, mit variierenden Erfolgen, berichtet. Oehlecker begründet die Verwendung von Tierblut mit praktischen Erwägungen – bei Tieren war Widerspruch kein Thema und zusätzlich endeten die Experimente für die meisten Tiere tödlich, weil sie lediglich als

Rohstofflieferanten betrachtet wurden. Aber auch die Vorstellung von einem weniger verdorbenen Charakter bei Tieren und die sanften Eigenschaften etwa von Lammblood sollen Gründe für die Auswahl der Tiere gewesen sein (vgl. Oehlecker 1940: 4f, Willenegger/Boitel 1947: 20).

Die erste Bluttransfusion von Lamm zu Mensch in Deutschland wurde 1668 in Frankfurt durchgeführt (vgl. Oehlecker 1940: 5). Bereits 1672 forderte ein deutscher Arzt namens Mercklin, Bluttransfusionen nur von Mensch zu Mensch durchzuführen (vgl. ebd.: 1940: 6; Willenegger/Boitel 1947: 21f). Im 18. Jahrhundert wurde die Bluttransfusion teilweise verboten, teilweise aufgrund von vielen gescheiterten Versuchen eingestellt. Erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde sie abermals in England durch den Physiologen und Frauenarzt Blundell wieder vermehrt eingesetzt. Dabei handelte es sich um Transfusionen von Vene zu Vene und Mensch zu Mensch. In Deutschland wurde ab 1859 diese Art der Bluttransfusion von einem Gynäkologen wieder eingeführt (vgl. Oehlecker 1940: 6). Auch ein Genfer Arzt namens Roussel entwickelte einen Apparat zur Blutübertragung. Der Apparat erhielt den Namen ‚Transfusor‘. Roussel wurde zur Vorführung seines Apparates in zahlreiche Länder eingeladen, darunter auch Österreich (vgl. Willenegger/Boitel 1947: 27). In der Zwischenzeit hatte man wertvolle Erkenntnisse über das Gefäßsystem und die Schädlichkeit von artfremdem Blut gewonnen. Jedoch hatte man noch keine Kenntnisse über das Blutgruppensystem, den Rhesusfaktor und die damit in Verbindung stehende Hämolyse bei unverträglicher Blutübertragung und somit kam es immer noch zu vielen schweren und tödlichen Zwischenfällen (vgl. Oehlecker 1940:6f).

1875 veröffentlichte einer der führenden Wiener Chirurgen, Theodor Billroth, einen Artikel in der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“, in dem er zur Frage der Bluttransfusion Stellung nahm. Darin stellte er klar, dass seine Meinung in dieser Sache nicht mit den derzeitigen öffentlichen Ansichten übereinstimme. Er sah in der Bluttransfusion keine medizinische Zukunft. Er wunderte sich über die zunehmende Verbreitung dieser Methode, deren häufigen Misserfolgen nur wenige erfolgreiche Ausgänge gegenüberstünden (vgl. Billroth 1875: 65f). Während die erste erfolgreiche Bluttransfusion von Mensch zu Mensch in Österreich erst im Jahr 1920 dokumentiert wurde (vgl. Achleitner 2007: 43), hatte Billroth laut diesem Artikel schon in den 60-er Jahren des 19. Jahrhunderts eine solche, auf die Bitte eines Kollegen hin, in Zürich durchgeführt (vgl. Billroth 1875: 67). Billroth war von der Bluttransfusion als medizinisch wirksame Methode wenig überzeugt, unterstützte jedoch die Bestrebungen, in diese Richtung noch mehr Forschungen zu betreiben. Billroth betonte auch die Problematik, dass Blut nicht nur als Medizin, sondern auch immer noch mit allerlei religiösen und mythischen Bedeutungen aufgeladen war:

Man muss trachten, sich von dem christlich-symbolischen und romantischen Nimbus, welcher die Bluttransfusion noch immer umschwebt und dieser Operation zu allen Zeiten einen unwissenschaftlichen Beigeschmack gegeben hat, völlig frei zu machen. (Billroth 1875: 67)

3.2 GESCHICHTE DER BLUTÜBERTRAGUNG AB 1900 IN ÖSTERREICH

Der Österreicher Karl Landsteiner veröffentlichte 1901 in einer wissenschaftlichen Mitteilung seine Erkenntnisse über drei Blutgruppen. Wenig später wurde auch die vierte Blutgruppe von einem seiner Schüler gefunden. Damit war der Weg für die Weiterentwicklung der Transfusionsmedizin theoretisch geebnet (vgl. Willengger/Boitel 1947: 27, Starr 1999: 61). Praktisch wurden diese Neuigkeiten jedoch kaum zur Kenntnis genommen und die Bluttransfusion begann sich in Europa erst nach dem ersten Weltkrieg weiterzuentwickeln. Bis dahin wurde die Blutgruppenuntersuchung nur in den USA betrieben, während sich andere Länder vor allem mit der Verbesserung der technischen Apparaturen beschäftigten (vgl. Willenberger/Boitel 1947: 28f).

Aus Oehleckers Beschreibungen werden die großen zeitlichen Unterschiede in der regionalen Entwicklung und Anwendung der Bluttransfusion deutlich:

Im [Ersten, Anm.] Weltkrieg sind bei uns [in Deutschland, Anm.], wie auch sonst, wenig Bluttransfusionen gemacht worden. Nur die Amerikaner und auch die Engländer haben der Blutüberführung mehr Interesse zugewandt und haben mit der indirekten Natriumcitratmethode gute Erfolge erzielt. Gegen Ende des Krieges hat man auch zum Teil Blut zur Überleitung auf kürzere Zeit vorrätig gehalten, ja, man ging auch dazu über, Blut für längere Zeit, bis zu 14 Tagen und noch länger aufzubewahren. (Oehlecker 1940: 104)

Der Antisemitismus griff zur Hetze gegen Juden als *Blutsauger* unter anderem auf die Analogie von Geld und Blut zurück. Auch die Gleichsetzung von Blut und Rasse spielte eine dominante Rolle im deutschen Antisemitismus. Die Blutslinie, also die Abstammung, bildete die starre Grenze zwischen Ariern und Nicht-Ariern. Jude war nicht wer dem jüdischen Glauben angehörte, sondern wer jüdische Vorfahren hatte (vgl. Achleitner 2007: 42).

Auf die Abstammungslinie beziehen sich auch heute noch die rechtlichen Bedingungen für die Staatsangehörigkeit in vielen europäischen Ländern, unter ihnen auch Österreich: „Das ‚Jus sanguinis‘ [Recht des Blutes] stellt auf die genetische Herkunft ab, das ‚Jus soli‘ [Recht des Bodens] auf das Land der Geburt“ (Achleitner 2007: 42).

In Österreich wurde die erste Bluttransfusion von Mensch zu Mensch erst im Jahr 1920 durchgeführt (vgl. Achleitner 2007: 43). Es wurde noch mit der ‚direkten Transfusion‘ von Mensch zu Mensch gearbeitet, um eine Stockung des Blutes zu umgehen. Dabei gab es verschiedenste Techniken: manche verbanden eine freigelegte Schlagader des Spenders/der Spenderin mit einem kleinen Röhrchen mit einer freigelegten Vene des Empfängers/der Empfängerin. Andere verwendeten als Zwischenstück Material von toten

Tieren. Der deutsche Chirurg Sauerbruch führte die ‚direkte Gefäßnaht‘ ein, bei der die Venen der Beteiligten für die Transfusion zusammengenäht wurden (vgl. Willenegger/Boitel 1947: 30). Bluttransfusionen waren zu dieser Zeit eine große Operation und sowohl für die Blutspender/innen als auch für die Blutempfänger/innen mit Risiken verbunden. Die genaue Blutmenge konnte nicht bestimmt werden und die Blutspender/innen mussten die verwendete Vene opfern. Diese Operation wurde nur in dringenden Fällen und von einzelnen Chirurgen ausgeführt (vgl. Willenegger/Boitel 1947: 30, vgl. Starr 1999: 62).

Welche persönliche Angelegenheit die Aufbringung von Blutkonserven 1940 in Deutschland noch darstellte, zeigt folgendes Zitat von Oehlecker:

Bei einem Kranken mit perniziöser Anämie haben wir 40 Transfusionen gemacht, wo mehrfach derselbe Spender wieder Blut hergab. Der Patient brachte sich selbst immer sehr gut ausgesuchte Spender mit, und wenn er etwas Besonderes vorhatte, wie z. B. einmal eine Pfingstreise, so erschien er auch mit 2 Spendern. Er bekam dann gleich 1.5 l Blut von 2 verschiedenen Personen. (Oehlecker 1940: 59f)

Die Frage der physischen und psychischen Belastung für SpenderInnen und EmpfängerInnen spielte zu dieser Zeit aufgrund der direkten Methode der Blutübertragung noch eine große Rolle. Den Beteiligten wurde Kokain und Morphin gegen die Schmerzen verabreicht und die Augen mit einem Tuch bedeckt (vgl. Starr 1999: 62f).

Auch aus Oehleckers Beschreibungen wird deutlich, dass es bereits in den Anfängen der Bluttransfusion Bestrebungen gab, eine gewisse Anonymität zwischen SpenderInnen und EmpfängerInnen zu erzeugen. Er berichtet von manchen Ereignissen, die für ihn die Notwendigkeit der Anonymität der Blutspende unterstrichen:

Wenn während einer Transfusion Empfänger und Spender nebeneinanderliegen, so ist es oft – z. B. wenn jemand zum ersten Male für einen ganz Schwerkranken spendet – angebracht, daß sich beide nicht sehen und beobachten, was sich leicht einrichten läßt. Der Empfänger wird so abgedeckt, daß er möglichst wenig von der Umgebung sieht und daß er selbst nicht gesehen wird. Gewerbsmäßige Spender sollten überhaupt nicht wissen, für wen sie spenden. Hierzu folgendes Vorkommnis: Ein mehr gewerbsmäßiger Spender, der sein Geld erhalten hatte, suchte später die betreffende Empfängerin einige Male auf und behauptete, daß er für das viele Blut, das er hergegeben habe, nicht genügend belohnt sei usw. Er wußte die gutmütige Dankbarkeit der Patientin so lange auszunutzen, bis der Empfängerin dies zu viel wurde und sie sich bei uns über das Nähere erkundigte. (Oehlecker 1940: 68)

Von anderer Seite erfuhr ich folgendes: Ein gesunder Mann hatte freiwillig und gern für eine entfernte junge Verwandte Blut gespendet. Nach einiger Zeit gab es im Familienkreis einen Zwist, und da die Blutempfängerin eine kleine harmlose Hautveränderung zeigte, wurde behauptet, daß der frühere Blutspender und ‚Lebensretter‘ das Blut des jungen Mädchens verschandelt hätte. (Oehlecker 1940: 67)

Ein Artikel in der Wiener Medizinischen Wochenschrift aus dem Jahr 1933 mit dem Titel „Über Blutspenderorganisation“ beschreibt die Situation des Blutspendewesens in Österreich zu dieser Zeit. Üblich war damals die direkte Form der Blutübertragung, die in

Spitälern von Chirurgen durchgeführt wurde. Nur wenige Stationen in Wiener Krankenhäusern wendeten bereits das Zitrattverfahren zur Konservierung von Blut an (vgl. Boller/Makrycostas 1933: 526). Die chirurgischen Stationen der Spitäler hielten sich einen Stammkreis an bezahlten Blutspender/innen, deren Blutgruppenzugehörigkeit bereits überprüft war, und die bei Bedarf gerufen wurden. Boller und Makrycostas nennen als Nachteile dieser Praxis, dass die Berufsspende/innen, aufgrund der damals angewandten Transfusionstechnik, oft keine intakten und für die Transfusion brauchbaren Venen mehr vorweisen konnten, dass sie teilweise schon überbeansprucht waren und betonen, dass aufgrund neuer medizinischer Anwendungsbereiche von Spender/innenblut, der Aufbau besser organisierter Spender/innenorganisationen besonders dringlich sei. Als vorbildliches Beispiel nennen sie die 1931 geschaffene und nach amerikanischem Vorbild aufgebaute Spender/innenzentrale im Wiener Kaiserin-Elisabeth-Spital (vgl. ebd.: 527). Als ideale Spender galten „[...] Männer zwischen 20 und 40 Jahren von robuster Konstitution [...] mit einem Durchschnittskörpergewicht von 70 – 80 kg“ (Boller/Makrycostas 1933: 527). Die Spender/innen wurden auf ihren Gesundheitszustand und ihre Blutgruppenzugehörigkeit untersucht. Über die Namen, das Alter, die Gruppenzugehörigkeit, den Blutdruck, das Ergebnis der Wassermannreaktion (Syphilisuntersuchung) und den allgemeinen Gesundheitszustand und bereits durchlebte Krankheiten der Spender/innen wurden Protokolle geführt. Spender/innen die auch außerhalb des Spitals zur Blutspende herangezogen wurden, mussten eine Erkennungskarte mit sich führen, die neben den oben angeführten Informationen auch über besondere körperliche Merkmale Auskunft gab, um den durchaus üblichen Austausch von solchen Erkennungskarten unter Berufsspende/innen zu verhindern. Zusätzlich hatte das Kaiserin-Elisabeth-Spital Vermittler angestellt, die bei jeder Bluttransfusion zwischengeschaltet wurden. Sie hatten die Aufgabe, den passenden Spender/die passende Spenderin auszuwählen und aufgrund ihrer Insiderkenntnisse, jeden Betrug zu vermeiden. Die Untersuchung der Spender/innen oblag dennoch den Ärzt/innen (vgl. Boller/Makrycostas 1933: 527). Die unterschiedlichen Formen der Bluttransfusion, Venennaht und Nadeltransfusion, hinterließen bei den Spender/innen unterschiedliche Narben. Im Kaiserin-Elisabeth-Spital hatte man sich auf die Nadeltransfusion spezialisiert. Während man bei einer mit Venennaht durchgeführten Transfusion anhand des Heilungsverlaufs den ungefähren Zeitpunkt der letzten Transfusion feststellen konnte, war dies bei der Nadelstichmethode nicht der Fall. Zur Vermeidung von exzessiver Blutspende, sollte den Spender/innen eine Kerbe in den Fingernagel geritzt werden, anhand derer man den Zeitpunkt der letzten Transfusion abschätzen konnte. Die Entlohnung der Blutspender/innen richtete sich nach der entnommenen Menge und nach dem angewendeten Verfahren. Die Nadeltransfusion

wurde, aufgrund geringerer Nebenwirkungen, geringer entlohnt als die Transfusion mit Venennaht. Der Erhalt des Betrages musste vom Spender/von der Spenderin unterschrieben werden. Damit wurde bestätigt, dass seine/ihre Ansprüche abgegolten waren (vgl. Boller/Makrycostas 1933: 527f). Von freiwilligen Spender/innen oder Patient/innen, die das Blut eines Aderlasses mittellosen Patient/innen zur Verfügung stellten, wurde dieser Revers nicht verlangt. Allerdings handelte es sich dabei nur um einen Bruchteil des benötigten Blutes für Bedürftige. Für die Versorgung dieser Menschen wurde ein zusätzlicher Fonds geschaffen (vgl. Boller/Makrycostas 1933: 528).

Dass auch das Blut aus Aderlässen von anderen Krankenhaus-Patient/innen oder von Verwandten und Bekannten wichtige Quellen für Bluttransfusionen darstellten, berichtet Oehlecker auch für Deutschland:

Bei uns pflegen gewöhnlich größere Krankenhäuser einen Stab von freiwilligen oder berufsmäßigen Spendern zu halten. Auch spenden manchmal im Krankenhaus in Eilfällen geeignete Kranke gegen Entgelt für andere Kranke. [...] Wir sehen uns natürlich zuerst auch bei Bekannten und Verwandten des Kranken nach einem Spender um. Irrig ist aber die Ansicht, die oft noch vertreten wird, daß Verwandtenblut zum Spenden geeigneter wäre. (Oehlecker 1940: 65)

Wenngleich auch Oehlecker die Blutspende aus Menschenfreundlichkeit als Ideal betrachtet, so meint er dennoch, dass die steigende Nachfrage nach Blut in Deutschland nicht mit diesen abzudecken sei und der Trend der bezahlten Blutspender/innen sich, wie in Amerika, fortsetzen würde. Jedoch sieht er die Organisation der freiwilligen Blutspende als Vorbild (vgl. ebd.: 65):

In London, zum Teil auch in Paris, und besonders in Holland, hat in hoch anzuerkennender Weise das Rote Kreuz sich um die Bereitstellung freiwilliger Spender bemüht und sich hierdurch große Verdienste erworben. (Oehlecker 1940: 65)

Aus einem Vortrag von Dr. Schönbauer und Dr. Vonkilch, mit dem Titel „Über die Organisation des Blutspendedienstes und des Blutersatzwesens nach zehnjähriger Erfahrung in der Blutersatzstelle der 1. Chirurgischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhaus“, lassen sich die Entwicklungen der Blutkonservierung im österreichischen Kontext, sowie die Kontroversen rund um die Übernahme des Blutspendewesens durch das Rote Kreuz in Österreich rekonstruieren (vgl. Schönbauer/Vonkilch 1957).

Im Herbst 1947 wurde im Allgemeinen Krankenhaus Wien eine „[...] wir sagen lieber Blutersatzstell[e] [statt Blutbank], um jeden kommerziellen Anstrich zu vermeiden [...]“ (ebd.: 2f), errichtet. Zunächst wurde hier nur Vollblut konserviert, bald darauf auch separat Plasmakonserven und Erythrozytenkonzentrate hergestellt und 1952 versuchte man die Erzeugung von Trockenplasma, die aber am hohen finanziellen Aufwand scheiterte. Von 360 hergestellten Konserven im Jahr 1948 steigerte man die Produktion kontinuierlich auf 5.089 Konserven im Jahr 1956. Damit wurde sowohl der Eigenbedarf gedeckt, als auch

umliegende Krankenanstalten in Wien und Niederösterreich versorgt (vgl. ebd.: 5). Im Jahr 1955 existierten im Raum Wien insgesamt bereits elf Blutersatzstellen, die von unterschiedlichen Krankenanstalten betrieben wurden (vgl. ebd.: 2). Auch von zahlreichen direkten Transfusionen in Wien wird für das Jahr 1956 noch berichtet. In einem abgedruckten Vortrag in der Wiener klinischen Wochenschrift aus dem Jahr 1955 wird über die Verwendung von abgelaufenen Vollblutkonserven für die Herstellung von Plasmafraktionen in der Transfusionszentrale der Universitätsklinik Innsbruck berichtet (vgl. Reissigl 1955: 3). Auch Schönberger und Vonkilch setzten 1957 noch große Hoffnungen in die Entwicklung von Methoden zur Verwertung von „überalterten Blutkonserven“ (Schönberger et.al. 1957: 7).

Schönbauer und Vonkilch nehmen zur Eröffnung der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes am 2. September 1957 Stellung. Unter Berufung auf die Erfolge der letzten zehn Jahre und das etablierte System, der an die Krankenanstalten angebotenen Blutersatzstellen, üben sie einige Kritik an der geplanten schrittweisen Übernahme dieser Domäne durch das Rote Kreuz (vgl. ebd.: 1957: 2f). Bis dahin war das Rote Kreuz nur mit der Vermittlung von freiwilligen und unbezahlten Blutspender/innen an diese Blutersatzstellen betraut gewesen (vgl. Reissigl 1955: 4).

Die Vorteile der unbezahlten, freiwilligen Blutspende wurden damals auch auf einer finanziellen Ebene diskutiert, wie aus einem Schreiben der Wiener Magistratsabteilung an das Wiener AKH hervorgeht (vgl. Schönbauer et.al. 1957: 1):

[Es] muß im Interesse der Finanzen der Stadt Wien festgehalten werden, daß die Heranziehung entgeltlicher Blutspender auf jene Fälle beschränkt werden muß, in welchen weder Freiwilligenblut der Blutersatzstelle des Wiener Allgemeinen Krankenhauses noch der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes zur Verfügung steht. (ebd.)

Auch dass die unbezahlte und freiwillige Blutspende schon vor der Übernahme durch das Rote Kreuz breit beworben wurde, ist hier zu lesen:

Wenn auch die schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse nach dem Kriege zunächst dazu führten, daß die Zahl der Blutspender, die ein Entgelt für die Abnahme forderten, größer als die der freiwilligen Spender war, so gelang es doch langsam, den Bedarf an Blut immer mehr durch unentgeltliche Spender zu decken, deren Anteil bis heute auf 72% gestiegen ist. Freunde und Verwandte unserer Kranken wurden geworben, der Gedanke der freiwilligen Blutspende in Zeitungen, Vorträgen, Versammlungen und im Rundfunk propagiert, Blutspendewochen organisiert. (ebd.: 6)

Auffallend ist auch, dass im Vortrag von Schönauer und Vonkilch ganz explizit Preise und Herstellungskosten von Blutkonserven unterschiedlicher Hersteller verglichen werden (vgl. ebd.: 8). Eine Praxis, die mir in aktuellen Artikeln zur Blutspende nicht untergekommen ist. Ich sehe hier eine mögliche Auswirkung der moralischen Umbewertung des Blutspendewesens durch die Ansiedelung bei einer gemeinnützigen Institution, dem Roten Kreuz. Damals waren bezahlte Blutspender/innen durchaus üblich

und somit insgesamt die Blutspende noch nicht so sehr dem monetären Bereich entzogen, als dies heute der Fall ist.

Mit einem ersten „Spezialkühlwagen“ sammelte das Wiener AKH 1957 auch Blutkonserven im ländlichen Umland und in Großbetrieben (vgl. ebd.: 7). Die Verteidigung der unbezahlten, freiwilligen Blutspende und die Organisation von mobilen Blutspendeaktionen sind bis heute wichtige Pfeiler der Blutspende beim Österreichischen Roten Kreuz.

Kritikpunkte der Spitalsärzte an der Übernahme des Blutspendewesens in Wien durch das Rote Kreuz waren unter anderem die räumliche Trennung der Blutspende und der Blutkonservierung von den Krankenanstalten und die zentrale Bündelung der Blutkonserven an einem Ort. Offenbar war man noch auf Kriegszeiten eingestellt und argumentierte mit Bomben und Bränden, die den ganzen Vorrat an Blutkonserven zerstören könnten. Zusätzlich warnte man vor Zeitverlust und Schädigung des Blutes durch Transport und Temperaturschwankungen (vgl. ebd.: 9).

In einer Informationszeitschrift des Österreichischen Roten Kreuzes, die dem Thema Blutspende gewidmet ist, berichtet der 1925 geborene Mediziner, ehemaliger Oberarzt im Wiener Hanusch-Krankenhaus und unter anderem Gesundheitsstadtrat a.D., Alois Stacher, über Bluttransfusionen, die noch 1953 im Wiener Hanusch-Krankenhaus direkt durchgeführt wurden: „[A]uf einem Tisch der Patient, auf dem anderen, der Spender. Das Blut wurde mit einem Zweiweghahn direkt vom Spender in den Patienten übertragen. [...] Eine Transfusion dauerte zwei Stunden. Und man musste immer mit Zwischenfällen rechnen“ (Aistleitner 2007: 49).

Die kontinuierliche Übernahme des Blutspendewesens durch das Rote Kreuz lässt sich am massiven Anstieg der Zahl der Blutabnahmen ablesen, die in einer Festschrift des Roten Kreuzes zum 10-jährigen Jubiläum der Blutspendezentrale für Wien Niederösterreich und das Burgenland 1968 veröffentlicht wurde. Während die Statistik 1957 nur knapp 5.000 Spender/innen zählte, wuchs die Zahl bis 1967 bereits auf über 70.000 jährliche Spender/innen. Auch der Vermerk der durch das Rote Kreuz bestimmten Blutgruppen auf den Erkennungsmarken der Soldaten war damals bereits üblich. Schon 1968 wurde hier betont, dass es dem Roten Kreuz ein besonderes Ziel ist "das freiwillige, unbezahlte Spenden auch in den letzten Krankenhäusern des Landes durchzusetzen und das Heilmittel Blut endgültig jedem Gewinnstreben zu entziehen" (Österr. Gesellschaft vom Roten Kreuz 1968). Die Kontroverse zwischen den teilweise bezahlten Blutspender/innen in den Krankenhäusern und der unbezahlten Blutspende beim Roten Kreuz war zu diesem Zeitpunkt noch ein vieldiskutiertes Thema.

Bis 1978 wurden die Vollblutspender/innen im Wiener AKH noch für die Spende bezahlt (vgl. Aistleitner 2007: 50).

Religiös-moralische Implikationen zur Blutspende wurden in der Mitte des 20. Jahrhunderts viel expliziter als heute formuliert, wie folgende Zitate aus der bereits erwähnten Festschrift des Österreichischen Roten Kreuzes aus dem Jahr 1968 verdeutlichen:

Papst Johannes XXIII. nannte das Blutspenden aus Nächstenliebe ein echtes Apostolat und Millionen auf der ganzen Erde haben es zutiefst empfunden, daß der Blutspender nicht nur ein Heilmittel spendet, sondern auch die Liebe auf der Welt vermehrt. (Österr. Gesellschaft vom Roten Kreuz 1968)

Wer einmal spendete und es bestätigt fand, daß der damit verbundene Zeitverlust und der Nadelstich kaum der Rede wert sind, kam gerne wieder: Ein zweites, drittes, viertes, fünftes, zehntes, zwanzigstes Mal. Die Karteischränke wurden damit zu Tresoren kostbarsten Inhalts: Der Bestätigung, daß Güte und Nächstenliebe bei uns lebendig sind. (Österr. Gesellschaft vom Roten Kreuz 1968)

Der weiche Plastikbeutel trägt keine Maßeinteilung, weshalb die Menge des eingeflossenen Blutes nicht unmittelbar abgelesen werden kann, sondern durch Wägung bestimmt werden muß. Es gibt nun Leute, welche die von einem besonders fleißigen Spender, einer Kompanie des Bundesheeres oder einer Dorfgemeinschaft gespendete Menge Blutes berechnen und die erstaunlichen Ergebnisse in handelsüblichen Maßen ausdrücken. Diese können aber nicht den ganzen Wert einer Blutkonserve bezeichnen. Das Glück der Kinder etwa, denen die Mutter wiedergegeben wurde, ist nicht in Zahlen auszudrücken. So gesehen, ist eine Blutkonserve für irdische Waagen viel zu gewichtig. (Österr. Gesellschaft vom Roten Kreuz 1968)

Immer wieder gibt es solche Hinweise auf christliche Nächstenliebe und die Blutspende als *gottgefälliges Werk*.

Weniger auf christliche Werte, dafür aber auf die moralische Ebene und den Aspekt von Reziprozität rekurriert folgendes Zitat:

Der Blutspenderausweis ist aber mehr als bloß ein medizinisches Dokument: Sein Träger weiß, daß er oder einer seiner Lieben vielleicht schon morgen die Spende, die er heute einem Unbekannten gab, von einem anderen Unbekannten zurückverlangen müssen wird. Nur zu nehmen und nicht zu geben, obgleich man geben könnte, liegt dem verantwortungsbewußten Menschen nicht. Darum ist der Blutspenderausweis die Legitimation hilfsbereiter Menschen. (Österr. Gesellschaft vom Roten Kreuz 1968)

Menschen spenden zwar an Fremde, aber gleichzeitig könnten sie zukünftig auch diese Spende von fremden Menschen benötigen. Es wird an das Verantwortungsgefühl appelliert und auf den moralischen Aspekt verwiesen, dass es Unrecht sei nur zu nehmen und nicht zu geben.

Plasma wurde in den Anfängen der Bluttransfusion aus den Vollblutspenden separiert. 1940 wurde bereits eine Methode zur Aufspaltung von Plasma in einzelne Bestandteile, Fraktionierung genannt, entwickelt. Aus diesen Fraktionierungen wurden unterschiedliche Arzneimittel hergestellt. 1953 wurde in Wien das erste österreichische „Institut für

Hämoderivate', mit dem Ziel, Impfstoffe aus Plasma zu gewinnen, gegründet. Aus diesem Institut ging die ‚IMMUNO AG‘ hervor, welche 1966 in Wien Europas erstes Plasmapheresezentrum eröffnete. Seit 1986 gibt es die maschinelle Plasmapherese in Österreich (vgl. Plasmazentrum).

Wie stark sich die Blutspende und die Praxis der Bluttransfusion in Österreich auch in den letzten 30 bis 40 Jahren noch verändert haben, lässt sich anhand des folgenden Zitats aus einem Interview mit Prof. Dr. Plenk, langjähriger Intensivmediziner, erahnen:

Ganz am Anfang, als ich begonnen habe, gab es hauptsächlich echte Vollblutkonserven. Das heißt das war Blut plus Plasma - das war ein relativ dicker Beutel, hat ungefähr so 450 ml Inhalt gehabt und das Blut war in etwa so zusammengesetzt wie im Patienten auch. Und so ab den frühen 80-ern hat man begonnen das Aufzutrennen und seit der Zeit gibt es eigentlich nur mehr Spezialprodukte. Also es gibt die normalen Erythrozyten, dann gibt es die leukozytenfreien Erythrozyten für die Leute die sehr viele Konserven bekommen müssen, weil sonst haben die so viele Antikörper irgendwann einmal, dass das nicht geht. Ah, dann kann man es bestrahlen lassen, wenn man die letzten paar Leukozyten die noch drinnen sind auch loswerden will. Also da gibt es jede Menge Aufarbeitungsmöglichkeiten. Also es hat sich der Umgang insofern geändert, als das vielmehr technisiert wurde, sage ich einmal. Ich kann mich an eine Situation erinnern, nach einer Fehltransfusion an der Klinik, das war 1978 oder so, da sind draußen am Gang die Spender gestanden mit der Blutgruppe A positiv und wir haben denen das Blut abgenommen, haben es so wie es in die Konserve hinein geronnen ist auf der anderen Seite in den Patienten hineinrinnen lassen, weil der hat statt A, B bekommen und war also völlig ausgeblutet, weil das natürlich sofort die gesamte Blutgerinnung kaputt macht und das ist natürlich nach einer großen Bauchoperation ein bisschen eine blöde Geschichte, ja. Also dem haben wir, glaube ich, 60 oder 70 Konserven transfundiert, bis er wieder, sozusagen wieder nur rein seine Blutgruppe drinnen hatte - das wäre heute undenkbar glaube ich. Das gibt es noch im militärischen Bereich, das weiß ich von meinen amerikanischen Freunden, im militärischen Bereich gibt es das noch. Also wenn die in Afghanistan ein größeres Problem haben, dann stehen die amerikanischen Rekruten stramm und spenden direkt für die Kameraden, die da am OP-Tisch liegen und das wird sofort verwendet, das ist noch warm das Blut. Hat natürlich noch die volle Gerinnungsaktivität, das ist sinnvoll das gar nicht erst zu trennen. Und aufgrund dieser Erfahrung, dass das gut ist, ist man auch wieder dazu übergegangen nicht nur die Erythrozyten zu geben, sondern auch das Plasma. Weil die Amerikaner gesagt haben, bitte das funktioniert wunderbar, Und jetzt ist man auch im zivilen Bereich dazu übergegangen, pro zwei Konserven Ery-Konzentrat zumindest eine Plasmakonserve dazuzugeben - das haben wir früher nicht gemacht. [...] also das heißt man gibt eigentlich wieder ganzes Blut. Es ändert sich da schon ein bisschen was, aber, ja... Das ist natürlich auf diesen Erfahrungen aus dem Irak und aus Afghanistan basierend, wobei das ein anderes Blut ist. Das hat ja wirklich noch alle Gerinnungsfaktoren frisch. Das ist 10 Minuten vorher abgenommen worden, dann rinnt es in den Patienten rein, aber funktioniert tadellos. (P5/Plenk: 081)

3.3 GEGENWÄRTIGE ORGANISATION DER BLUT- UND PLASMASPENDE IN ÖSTERREICH

In Österreich ist die freiwillige und unbezahlte Vollblutspende seit 2005 gesetzlich verankert. Das Blutsicherheitsgesetz (BSG) 1999, § 8 Abs 4 besagt:

(4) Es ist untersagt, Spendern von Blut oder Blutbestandteilen oder dritten Personen für eine Spende einen Gewinn zukommen zu lassen oder zu versprechen. Erfolgt die Blutspende [Vollblut] für Produkte zur direkten Transfusion, so hat die Spende gänzlich unbezahlt zu erfolgen. Ein Aufwändersatz ist in diesen Fällen nur dann zulässig, wenn der Spender

aufgrund eines unmittelbaren Bedarfs in einer akuten Notfallsituation von der Blutspende Einrichtung zur unverzüglichen Spende aufgefordert wurde (BSG 1999, §8).

Wenn in Österreich von *der Blutspende* gesprochen wird, ist im Normalfall die unbezahlte Vollblutspende gemeint. Diese wird flächendeckend vom Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK) bewerkstelligt. Das ÖRK ist föderalistisch organisiert und betreibt in Wien, Linz, Klagenfurt und Feldkirch Blutspendezentralen, die das gewonnene Blut in großen Teilen auch selbst weiterverarbeiten. In Graz, Innsbruck und Salzburg erfolgt die Spender/innenwerbung und die Abnahme durch das Rote Kreuz, die Weiterverarbeitung wird hier von Krankenanstalten übernommen (vgl. Dempfer/Fraisl 2007: 32). Im Jahr 2010 wurden österreichweit rund 420.000 Vollblutkonserven von etwa 290.000 BlutspenderInnen durch das ÖRK gewonnen (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2010).

Personen, die in Wien Blut spenden wollen, können dies bei unterschiedlichen Institutionen und auf unterschiedliche Weise tun: einerseits beim Österreichischen Roten Kreuz in der Blutspendezentrale für Wien, Niederösterreich und das Burgenland (BSZ W/NÖ/BGLD); hier können Vollblut-, Thrombozyten-, Erythrozyten-, und Eigenblutabnahmen durchgeführt werden. Andererseits kann bei mobilen Einsätzen der Blutspendezentrale im Raum Wien, Niederösterreich und Burgenland Vollblut gespendet werden (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz o.J.). Die BSZ für W/NÖ/BGLD entschädigt die Spender/innen nicht finanziell. Im Anschluss an die Blutspende werden die Spender/innen aber mit Getränken und kleinen Speisen verköstigt und häufige BlutspenderInnen werden zu bestimmten ‚Jubiläen‘ mit Verdienstmedaillen geehrt (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2003).

Gegen eine finanzielle Aufwandsentschädigung kann Blutplasma in verschiedenen Plasmaspendezentren gespendet werden. Drei Firmen (Baxter, Europlasma und Plasmapunkt) betreiben insgesamt fünf Plasmaspendezentren in Wien. Den Spender/innen wird hier ihr Zeitaufwand mit 20 Euro pro Spende abgegolten. Für regelmäßige Spender/innen gibt es Bonuszahlungen in unterschiedlicher Höhe nach einer bestimmten Anzahl von Spenden.

Allein die Firma Baxter sammelt in ihren österreichweit sieben Plasmasammelzentren jährlich 200.000 Liter Blutplasma von ca. 18.000 Spender/innen (Stand 2008). Österreich ist gemessen an der Einwohner/innenzahl, laut Baxter, neben den USA, weltweit das Land mit dem größten Anteil an gespendeten Plasmakonserven (vgl. Plasmazentrum). In der österreichischen Baxter-Betriebsstätte in Wiener Neustadt, einer der größten Plasmafraktionierungsstandorte weltweit, wird Plasma aus den österreichischen Plasmaspendezentren und aus ganz Europa und den USA verarbeitet (vgl. Baxter).

Vereinzelt gibt es auch Möglichkeiten Blutkomponenten in Wiener Krankenhäusern gegen eine finanzielle Aufwandsentschädigung zu spenden. Diese werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

3.3.1 ARTEN DER BLUTSPENDE UND BLUTPRODUKTE

Die Entwicklung technischer Möglichkeiten und medizinische Erkenntnisse führten dazu, dass Blut (kaum) mehr in seiner vollständigen Zusammensetzung, sondern in Form von sogenannten Komponenten, transfundiert wird. In der Gewinnung gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, um zu diesen Komponenten zu kommen. Die verschiedenen Möglichkeiten Blut als Vollblut oder nur Teile davon zu spenden werden im Folgenden überblicksartig dargestellt:

Vollblutspende

Blut wird so, wie es im menschlichen Körper zirkuliert, aus einer Armvene entnommen und in einen Beutel ausgeleitet. Die Vollblutspende dauert circa zehn Minuten. Frauen dürfen in Österreich höchstens viermal, Männer höchstens sechsmal im Jahr Vollblut spenden. Aus diesen Vollblutspenden werden im nächsten Schritt Erythrozytenkonzentrate und Plasmakonserven hergestellt. Erythrozytenkonzentrate haben eine Haltbarkeit von 42 Tagen und schockgefrorenes, sogenanntes ‚Fresh Frozen Plasma‘, eine Haltbarkeit von zwei Jahren (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz o.J.). Für die Vollblutspende wird ein sogenannter ‚4-fach Beutel‘ verwendet, der als geschlossenes System die Kontamination von Blut verhindert. Er besteht aus:

- einem Satellitenbeutel, der die ersten 20ml der Blutspende auffängt, um eine eventuell enthaltene Hautstanze mit Keimen aufzufangen;
- einem Vollblutbeutel, in dem sich Citrat befindet, das die Gerinnung des Blutes verhindert – an diesem Vollblutbeutel ist ein Filter angeschlossen, dieser dient der späteren Leukozytendepletion;
- einem Erythrozyten-Beutel – dieser wird später die vom Plasma getrennten Erythrozyten enthalten und in dieser Form Patient/innen verabreicht;
- einem Plasmabeutel – dieser wird später das von den Erythrozyten getrennte Blutplasma enthalten und entweder als Fresh Frozen Plasma verwendet oder als Rohstoff in der pharmazeutischen Industrie mit anderen Plasmakonserven gepoolt und weiterverarbeitet und
- einem Beutel mit Nährlösung – der Inhalt dieses Beutels wird mit dem Erythrozytenkonzentrat gemischt und verlängert die Haltbarkeit der Erythrozyten.

Zu jedem Vollblutspendebeutelset gehören sechs Blutröhrchen. Sie werden zu Beginn jeder Blutspende befüllt. Fünf Blutröhrchen kommen ins Labor: vier für Untersuchungen des Blutes und eines für die Rückstellprobe. Das sechste Röhrchen bleibt bei der Blutkonserve und dient zur Durchführung der Kreuzprobe (Blutgruppenbestimmung) im Krankenhaus (vgl. P36/Forschungstagebuch).

Neben der Vollblutspende gibt es eine Reihe von sogenannten Komponentenspenden, bei denen zwar zunächst Vollblut entnommen wird, mittels Zellseparator aber jeweils nur ein bestimmter Teil des Blutes zur Weiterverwendung in einem Beutel landet, während die restlichen Blutbestandteile wieder in den Blutkreislauf des Spenders/der Spenderin zurückgeführt werden.

Thrombozytenspende

Bei der Thrombozytenspende werden aus dem Vollblut eine bestimmte Menge an Blutplättchen und Plasma entnommen. Thrombozyten können alle 14 Tage gespendet werden. Sie werden vor allem in der Krebstherapie, aber auch bei großen Operationen und akuten Blutverlusten, eingesetzt.

Erythrozytenspende

Dabei werden aus dem Vollblut nur rote Blutkörperchen zur Weiterverwendung separiert, dafür aber, gemessen an einer Vollblutspende, die doppelte Menge. Solche „Doppel-Erys“ können alle 16 Wochen gespendet werden. Diese Art der Spende wird insbesondere bei erhöhtem Bedarf einer seltenen Blutgruppe eingesetzt.

Plasmaspende

Bei der Plasmaspende wird mittels Zellseparator das Plasma, die Blutflüssigkeit, zur Weiterverwendung von den restlichen Bestandteilen des Blutes getrennt. Das Plasma kommt in einen Beutel, während die anderen Blutbestandteile wieder in den Blutkreislauf zurückgeführt werden. Plasma darf in Österreich bis zu 50 Mal im Jahr gespendet werden. Die Plasmaspende eignet sich auch für Personen, deren Hämoglobinwerte für die Vollblutspende zu niedrig sind. Aus Plasma werden zahlreiche Arzneimittel hergestellt.

Eigenblutspende

Die Eigenblutspende ist eine Vollblutspende für den eigenen Bedarf. Sie ist für gesundheitlich geeignete Personen vorgesehen, denen eine Operation bevorsteht, bei der wahrscheinlich mit Bluttransfusion zu rechnen ist. Aufgrund der geringen Haltbarkeit können maximal fünf Eigenblutkonserven angelegt werden. Für Personen mit ganz seltenen Bluteigenschaften kann in speziellen Fällen ein Eigenblutvorrat als Kryokonserven (tiefgefroren) angelegt werden (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz o.J.).

Aus den aufgelisteten Vollblut- und Komponentenspenden können im weiteren Verlauf bis zu 45 unterschiedliche Blutprodukte hergestellt werden (vgl. Univ. Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin Graz 2004/2005: 2ff).

3.3.2 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und insbesondere auch dramatische Ereignisse im Zusammenhang mit der Übertragung von Hepatitis und HIV in den 1980-er Jahren haben zu einem massiven Anstieg der Voraussetzungen, die Spender/innen im Vorfeld einer Spende erfüllen müssen und der Laboruntersuchungen, die vor Freigabe eines Blutproduktes zu erfolgen haben, geführt (vgl. Starr 1999: 417ff).

Waldby und Mitchell bezeichnen die Auswirkungen der HIV- und Hepatitis C-Übertragungen als Ausgangspunkt einer Entwicklung, die aus Blutspendeorganisationen Risikomanagement-Institutionen werden ließ (vgl. Waldby/Mitchell 2006: 57).

Diese Einschätzung spiegelt sich auch in den zahlreichen Rechtsvorschriften, die in Österreich die Spende und Weiterverarbeitung von Blutbestandteilen regeln.

Das Betreiben einer Blutspendeeinrichtung ist in Österreich an eine Betriebsbewilligung als Blutspendeeinrichtung gebunden (vgl. BSG 1999 § 14). Die Herstellung von Blutprodukten ist wiederum an eine Betriebsbewilligung als Arzneimittelhersteller gebunden (vgl. AMBO 2009).

Im Blutsicherheitsgesetz ist genau festgelegt, welche Untersuchungen sowohl Spender/innen als auch das Spender/innenblut erfolgreich durchlaufen müssen, um als Blutprodukt in Umlauf gebracht werden zu dürfen. Dazu gehören unter anderem zahlreiche Vorgaben zur Untersuchung der Spender/innen auf Eignung, personelle, räumliche und medizinische Ausstattung von Blutspendeeinrichtungen sowie zur Dokumentation von Blutspenden (vgl. BSG 1999).

Genauere Erläuterungen wie oft und wie welche Menge an Blutbestandteilen gespendet werden dürfen, welche Voraussetzungen ein/e Blut- oder Plasmaspender/in erfüllen muss und welche Gründe zum temporären oder permanenten Ausschluss von der Spende führen, finden sich in der Blutspenderverordnung, wobei für Plasmaspender/innen einige Zulassungsvoraussetzungen entfallen (vgl. BSV 1999).

Die Blutspenderverordnung gibt unter anderem auch vor, welche Laboruntersuchungen zwingend am Spender/innenblut durchgeführt werden müssen:

1. Blutgruppenserologie, insbesondere AB0 und Rhesussystem,
2. auf irreguläre erythrozytäre Antikörper,

3. Lues: Untersuchung auf Treponema pallidum-Antikörper (TPHA-Test/Suchtest, FTA-Test/Bestätigungstest),
 4. Hepatitis B: Hepatitis B-Oberflächenantigen-Bestimmung,
 5. Hepatitis C: Hepatitis C-Antikörperbestimmung,
 6. AIDS/HIV-Infektion: HIV-Antikörperbestimmung gemäß der Verordnung über Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in der HIV-Diagnostik und die bei der Vornahme von HIV-Tests einzuhaltende Vorgangsweise [...],
 7. bei Blutprodukten, die zur direkten Transfusion ohne Virusinaktivierungsverfahren gewonnen werden, eine Bestimmung auf HIV- und HCV-Genome mittels NAT,
 8. bei Blutprodukten, die zur direkten Transfusion ohne Virusinaktivierungsverfahren gewonnen werden, zusätzlich eine Untersuchung nach unspezifischen Immunaktivierungsmarkern. bei Blutprodukten, die zur direkten Transfusion ohne Virusinaktivierungsverfahren gewonnen werden, zusätzlich eine Untersuchung nach unspezifischen Immunaktivierungsmarkern.
- (2) Bei Spendern, die Plasma zur Herstellung von Plasmaderivaten spenden, müssen die Untersuchungen gemäß Abs. 1 Z 1, 2 und 3 nicht durchgeführt werden.
- (3) Das gewonnene Blut oder die Blutbestandteile sind von einer Anwendung an anderen Personen auszuschließen und zu entsorgen, wenn
1. eine Untersuchung gemäß Abs. 1 Z 3 bis Z 7 ein positives Untersuchungsergebnis ergibt oder
 2. der gemäß Abs. 1 Z 8 ermittelte Befund eine Immunaktivierung anzeigt.
- (4) Ergibt die gemäß Abs. 1 Z 2 durchgeführte Untersuchung auf irreguläre erythrozytäre Antikörper ein positives Untersuchungsergebnis, so darf das Plasma zur Herstellung von Plasmaderivaten verwendet werden, die korpuskulären Bestandteile sind entsprechend zu kennzeichnen. (BSV 1999 § 12)

Diese und zahlreiche andere gesetzlichen Vorgaben geben einen strengen Rahmen für Blutspendeeinrichtungen vor und dienen dem Zweck, das Risiko, das die Weitergabe von Blut immer noch darstellt, zu minimieren. Die nationale Gesetzgebung handelt dabei nicht unabhängig von internationalen Entwicklungen. In Österreich beeinflussen insbesondere die Integration von EU-Vorgaben diese gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Die rechtlichen Vorgaben erfordern für die Blutspendezentrale in Wien drei unterschiedliche Betriebsbewilligungen: Einmal als Arzneimittelhersteller für die Herstellung von Blut als Arzneimittel – damit ist die BSZ als pharmazeutischer Betrieb zugelassen, einmal nach dem Krankenanstaltengesetz – in diesem Sinne handelt es sich bei den Räumlichkeiten für die Blutabnahme quasi um ein Laboratorium und nach dem Gewebesicherheitsgesetz, das betrifft insbesondere die Lagerung von Gewebe in Stickstofftanks, so genannte Kryokonserven (vgl. P36/Forschungstagebuch: 695-698).

Gleichzeitig sind Blutspendeeinrichtungen im eigenen Interesse bestrebt das vorhandene Risiko durch zusätzliche Maßnahmen zu minimieren. Die Blutspendezentrale in Wien betreibt eine eigene Abteilung, die sich mit Fragen und Aufgaben des

Qualitätsmanagement befasst und interne Audits durchführt. Seit 1998 unterzieht sich die BSZ freiwillig der ISO-Zertifizierung. Dieses Zertifikat richtet sich nach der Kundenzufriedenheit und muss alle drei Jahre validiert und verlängert werden. Die BSZ hat ein internes Leitbild entwickelt, das Ansprüche auf ideeller Basis formuliert und die Ausrichtung der Tätigkeiten als gemeinnütziger Verein unterstreicht.

Bob Simpson verwendet den Ausdruck "haemato-global assemblage" (Simpson 2011: 258), um das Streben von Blutspendeorganisationen, sich weltweit an ein bestimmtes universelles Bild und einen vorgegebenen Standard anzupassen, zu bezeichnen. Diese Strategien einer Angleichung führen laut Simpson dazu, dass sich die Organisation des Blutspendewesens und der Ablauf einer Blutspende mittlerweile international fast überall gleichen. Auch die Rhetorik Blut als *Gabe* zu *spenden* richtet sich an diesem einheitlichen Idealbild der Blutspende aus. Simpson betont aber auch, dass es hinter der äußeren Konformität der Fassade und der *Gaben* auch immer lokale Einflüsse gibt, die die Blutspende an einem bestimmten Ort formen (vgl. Simpson 2011: 259).

3.3.3 KOSTEN UND PREISE EINER BLUTKONSERVE

Die Preise für Blutprodukte in Österreich variieren je nach Bundesland sehr stark. Verantwortlich dafür sind unterschiedliche organisatorische Strukturen in der Blutgewinnung und Weiterverarbeitung. Da sich die vorliegende Untersuchung auf das Blutspendewesen in Wien konzentriert, sollen im Folgenden die Kosten einer Blutkonserve in Wien dargestellt werden. Die Daten hierfür stammen aus einem Bericht des Österreichischen Rechnungshofes (2011) der sich mit der „Blutversorgung durch die Universitätskliniken für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin in Wien und Graz“ befasst. Der Bericht kritisiert allerdings, dass keine Daten zu den tatsächlichen Herstellungskosten einer Blutkonserve beim Roten Kreuz vorliegen, sondern lediglich die Preise bekannt sind (vgl. ebd.: 154).

In diesem Bericht wird der Einkaufspreis einer Erythrozytenkonzentrat-Konserve durch das Wiener AKH bei der Blutspendezentrale für Wien/Niederösterreich und das Burgenland für das Jahr 2009 mit Euro 127,60 angegeben (vgl. ebd.: 154), die Kosten eines Thrombozytenkonzentrats von der Blutspendezentrale mit 505,10 Euro und der Einkaufspreis für eine Plasmakonserve, die bei unterschiedlichen Anbietern bezogen wurden, variierte zwischen 58 und 59 Euro pro Konserve (vgl. ebd. 165).

Die Anschaffungskosten einer Blutkonserve stellen in Krankenanstalten jedoch lediglich einen kleinen Teil der Kosten dar. Hinzu kommen weitere Kosten, die sich aus anteiligen Sach- und Personalkosten im Zusammenhang mit der Beschaffung der Blutprodukte (z.B. Bestellung, Entgegennahme, Logistik), der Lagerung der Blutprodukte, Test und Analyse

der transfundierten Blutkonserven (z.B. Blutgruppen- und Rhesusfaktorbestimmung, Antikörpersuche und Differenzierung, Kreuzprobe), der Bereitstellung und Verabreichung der Blutkonserven (interner Transport), der Behandlung unmittelbarer Transfusionsreaktionen und der Dokumentation der Transfusionen ergeben. Hinzu kommen weiters Kosten der bereitgestellten, aber nicht transfundierten Blutkonserven (Entsorgungskosten) (vgl. ebd. 175). Es liegen keine Zahlen für die genauen Kosten, die Bluttransfusionen in österreichischen Krankenhäusern verursachen, vor. Der Rechnungshofbericht führt jedoch eine Studie an, die diese Kosten exemplarisch in drei unterschiedlichen Krankenanstalten untersucht hat und davon ausgeht, dass die Kosten einer Transfusion insgesamt das Drei- bis Fünffache der Anschaffungskosten einer Blutkonserve ausmachen (vgl. Shander/Hofmann 2010 zit. nach Österreichischer Rechnungshof 2011: 175).

Der Rechnungshof kritisiert in seinem Bericht unter anderem, dass die österreichische Gesetzgebung im Bereich des Arzneimittelimportgesetzes nicht den EU-Vorgaben entspricht. Das österreichische Arzneimittelimportgesetz 2006, § 7, Abs 1 und Abs 3, besagt, dass die Einfuhr von Erythrozytenkonzentraten nur dann zulässig ist, wenn diese der österreichischen Gesetzgebung und damit der Vorgabe, ohne jede finanzielle Gegenleistung zustande gekommen zu sein, entspricht. Durch die Monopolstellung des Roten Kreuzes im Bereich der Blutspende in Österreich und die per Gesetz beschränkten Möglichkeiten des Zukaufs von kostengünstigeren Produkten aus dem Ausland, werde hier Einsparungspotential verhindert. Eine Anfrage beim EUGH durch einen ausländischen Anbieter wurde vom EUGH dermaßen beantwortet, dass die österreichische Gesetzgebung hier nicht dem EU-Recht entspricht (vgl. Österreichischer Rechnungshof 2011: 168). Die österreichische Gesetzgebung wurde in diesem Bereich bisher nicht den EU-Vorgaben angepasst.

Die Befassung des Rechnungshofs mit der Thematik legt dar, dass der Kostenfaktor von Blutprodukten ein politisch umstrittener Gegenstand ist und dass in diesem Bereich nach Einsparungspotential auf unterschiedlichen Ebenen gesucht wird. Einerseits werden Möglichkeiten forciert günstigere Produkte aus dem Ausland zu kaufen, andererseits wird den Krankenanstalten die Realisierung von Einsparungspotentialen mittels blutsparender Methoden nahegelegt (vgl. ebd.).

4 BIOGRAPHIE DER DINGE

Eines der formulierten Ausgangsziele dieser Diplomarbeit ist die Darstellung des österreichischen Blutspendewesens. Inspiriert von der Methode der ‚Multisited Ethnography‘ (wie in Kapitel 3.1 beschrieben) von George Marcus (1995), die dazu auffordert, den Zirkulationsprozessen von Dingen und Objekten zu folgen, die das multipel verortete Feld konstruieren (vgl. ebd.: 106f), werde ich im Folgenden den Weg einer Vollblutkonserve mittels der Untersuchung dieses Objekts an unterschiedlichen Schauplätzen verfolgen.

Eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit der ‚kulturellen Biographie von Dingen‘ und den Prozessen von Kommodifizierung und Dekommodifizierung bietet Igor Kopytoff (1986). Er untersucht den kulturellen Prozess, der Dinge zu Waren werden lässt und betont, dass Waren nicht nur in ihrer Materialität produziert werden, sondern auch kulturell als diese bestimmte Art von Objekt gekennzeichnet werden müssen. Nicht alle in einer Gesellschaft vorhandenen Dinge sind auch als Waren verfügbar, nicht alle Waren sind zu jedem Zeitpunkt Waren und nicht alle Personen in einer Gesellschaft teilen die gleichen Ansichten darüber, ob und wann ein Objekt eine Ware sein darf (vgl. Kopytoff 1986: 64).

Um den biographischen Aspekt von Dingen in diesem Prozess zu veranschaulichen, nimmt Kopytoff den Menschenhandel im System der Sklaverei als Beispiel. Daran wird deutlich, dass auch die Unveräußerlichkeit von Personen keine Konstante darstellt, sondern im Verlauf der Geschichte ganz unterschiedlich bewertet wurde (vgl. ebd.: 64f). Kopytoff unterstreicht die Prozesshaftigkeit von Kommodifizierung und Dekommodifizierung. Er stellt dabei verschiedene Phasen fest. Zu Beginn steht die Herauslösung aus dem gegebenen sozialen Rahmen. Durch die soziale Separation wird der Mensch zum Objekt und zur potentiellen Ware. Die *Ware Mensch* wird schließlich als Ware verkauft und erworben. In dem neuen sozialen Rahmen in den er eingefügt wird, erhält er wieder eine soziale Stellung, behält jedoch die Eigenschaft einer potentiellen Ware mit einem potentiellen Wiederverkaufswert (vgl. ebd.: 65).

Die Vorstellungen über ein gelungenes Leben, eine erfolgreiche Karriere und somit die idealen Biographien von Menschen variieren von Gesellschaft zu Gesellschaft, genauso wie die Möglichkeiten, die einem bestimmten Menschen in einer bestimmten Gesellschaft offenstehen. Darin sieht Kopytoff eine Chance kulturelle Vorstellungen zu untersuchen. Er schlägt vor, die Lebensgeschichten von Dingen genauso biographisch zu untersuchen, wie die von Personen (vgl. ebd.: 66). Dazu können folgende Fragen hilfreich sein: Was

sind die sozialen Möglichkeiten des Objekts in einem bestimmten Status, zu einer bestimmten Zeit, in einer bestimmten Kultur und in welchem Maße werden sie realisiert? Wo kommt das Ding her und wer hat es fabriziert? Was war seine bisherige Karriere und was wäre die Idealkarriere für ein solches Objekt? Welche wahrnehmbaren Phasen gibt es im Leben dieses Objekts und wodurch werden sie gekennzeichnet? Wie verändert sich der Gebrauch der Sache mit dem Alter und was passiert damit, wenn seine Nützlichkeit zu Ende geht (vgl. ebd.: 67)? Auch für den Fokus der Untersuchung bietet Kopytoff unterschiedliche mögliche Aspekte an: technische, physische, ökonomische oder soziale Biographien von Dingen können einzeln oder gemeinsam erstellt werden. Um die Dinge jedoch auch in ihrer kulturellen Situiertheit zu untersuchen ist es notwendig, eine kulturelle Perspektive einzunehmen. Erst aus dieser Perspektive erkennt man die kulturelle Konstruiertheit von Objekten, die mit kulturellen Bedeutungen belegt werden, und in kulturell konstituierten Kategorien klassifiziert und reklassifiziert werden (vgl. ebd.: 68).

Im Folgenden habe ich eine solche Biographie einer Vollblutspende erstellt, um einen Einblick in die bewegte Lebensgeschichte dieser menschlichen Substanz zu geben.

4.1 DER LEBENSWEG EINER VOLLBLUTSPENDE

Die nun folgende Biographie einer Vollblutspende soll zum Einen zeigen, welche zahlreichen Hindernisse Blut auf dem Weg von den SpenderInnen bis zu den EmpfängerInnen überwinden muss, um überhaupt das intendierte Lebensziel zu erreichen. Zum Anderen möchte ich darstellen, wie komplex dieser Weg ist. Blut wird dabei nicht nur vom Menschen getrennt, sondern auch in einzelne Bestandteile aufgetrennt, die einzelnen Teile nehmen unterschiedliche Wege, erlangen unterschiedliche Lebensdauer und treffen sich möglicherweise dennoch am Ende des Weges wieder.

Aufgrund der sich mir stellenden empirischen Datenlage habe ich den Weg einer Vollblutspende beim Roten Kreuz ausgewählt, um eine solche (partielle) Biographie des Blutes darzulegen. Auf dem Weg einer Vollblutspende zwischen BlutspenderInnen und BlutempfängerInnen durchwandert Blut unterschiedlichste *Situationen*, *soziale Welten*, *Arenen* und *Positionen*, wie Adele Clarke (2005) sie nennen würde. Allerdings würde die gemeinsame Darstellung aller dieser Aspekte ein Bild ergeben, das nicht nur komplex, sondern auch unüberschaubar wäre. Zugunsten einer analytischen Zugänglichkeit wird diese *Biographie des Blutes* also zunächst auf einen physischen Werdegang reduziert und lediglich mit einzelnen Aussagen von Beteiligten illustriert. Dabei zeigen sich die unterschiedlichen Personen, Institutionen und Orte zunächst nur als Schauplätze, deren strategische Aspekte im Zusammenhang mit der Kommodifizierung und Dekommodifizierung beleuchtet werden. Die sozialen Beziehungen, Bedeutungsaspekte

und unterschiedlichen Positionen, denen Blut dabei begegnet und unterworfen wird, werden den Fokus der weiteren Untersuchung darstellen.

Die Darstellung dieses Weges basiert, soweit nicht anders angegeben, auf einem Konglomerat aus mehrtägigen Beobachtungen in der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes für Wien, Niederösterreich und Burgenland, Gesprächen und Interviews mit MitarbeiterInnen des ÖRK, Spitalsärzten und einem Blutempfänger. Die Schilderung der Abläufe entspricht meiner subjektiven Wahrnehmung, ist durch meinen Forschungsfokus und meinen Feldzugang beeinflusst und kann nur den von mir konstruierten *Normalfall* wiedergeben. Individuelle Variationen, die jede einzelne Blutspende aufweist, werden dabei ausgeklammert. Zusätzlich wurde der Weg auf markante Situationen reduziert.

4.1.1 BLUT IM SPENDEKÖRPER

Den Beginn meiner Beobachtungen stellen die Spender/innen dar. Blut besitzt in dieser Phase noch keine wahrnehmbare Materialität. Blut befindet sich unter der sichtbaren Oberfläche des Körpers. Solange dieser Körper unversehrt ist, tritt die Substanz nicht in Erscheinung und die Annahme seiner Existenz beruht lediglich auf einer kollektiv geteilten Grundannahme, dass in einem vitalen Körper auch Blut fließt. In dieser Phase stellt der *Spendekörper* gleichsam die soziale Lebenswelt des Blutes dar, die Materialität und Sozialität des Spendekörpers repräsentieren das unsichtbare Blut, solange es nicht vom Körper getrennt wurde. In der Beschreibung Kopytoffs (1986) verorte ich hier den sozialen Kontext, in den das Ding in seinem Ursprung eingebettet ist.

Der Prozess der Kommodifizierung nimmt seinen Lauf mit dem Betreten des Eingangsbereichs der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes durch den/die potentielle Blutspender/in. Dort wird er/sie bereits durch einen Wegweiser ‚Zur Blutspende‘ in den nächsten Raum weitergeleitet, in dem sich mehrere teilweise abgeschirmte Sitzplätze mit Schreibpult befinden, auf denen bereits Spenderfragebögen und Kugelschreiber bereit liegen. Die Aufgabe erklärt sich anhand der vorhandenen Materialien von selbst und wird auf dem bereitliegenden Spender/innenfragebogen nochmals schriftlich erklärt. „Bitte füllen Sie die ‚Angaben zum Spender‘ vollständig aus. Beantworten Sie die medizinischen Fragen auf der Rückseite. Kleben Sie den ‚anonymen SPENDERSELBSTAUSSCHLUSS‘ auf“ (Österreichisches Rotes Kreuz 2011). MitarbeiterInnen der Blutspendezentrale, erkennbar an weißen Leinenhosen und weißen oder roten T-Shirts mit dem Rot-Kreuz-Logo, befinden sich in Reichweite. Sie bieten Getränke an und warten zurückhaltend, während die SpenderInnen den Fragebogen ausfüllen.

Der Spender/innenfragebogen umfasst insgesamt 44 Fragen. Diese Fragen beziehen sich auf vorangegangene Blutspenden, die gesundheitliche Gegenwart und Vergangenheit des

Spenders/der Spenderin, auf Reisen in bestimmte Länder, Sozial- und Sexualkontakte und diverse Manipulationen am eigenen Körper (Piercings und Tätowierungen). Diese Fragen sind genauso wie die Einwilligungserklärungen auf der Rückseite mit entsprechenden Kreuzen auszufüllen. Die Fragen beziehen sich weniger auf das Blut, als auf eine medizinische und soziale Biographie der Person.

Eine der vier Erklärungen zum Schluss des Fragebogens fordert von den Spender/innen nochmals eine Bestätigung der Kenntnisnahme, dass sein/ihr Blut Krankheiten übertragen könnte. Zusätzlich sind auf dem Sichtschutz, der vor fremden Blicken auf den Fragebogen schützen soll, Informationen darüber angebracht, dass die Blutspende nicht als Ersatz für einen HIV-Test genutzt werden darf und wo dieser kostenlos gemacht werden darf und soll, und eine Information darüber, wie der Aufkleber für den ‚Freiwilligen Selbstausschluss‘ zu benutzen ist. Je nach Auswahl einer der zwei Barcodes kann der/die Spender/in bereits hier bestimmen, ob sein/ihr Blut den Weg bis zum/zur Empfänger/in fortsetzt. Dann wird der Blutdruck durch eine/n Rot-Kreuz Mitarbeiter/in gemessen. Bei Bedarf, also niedrigem Blutdruck werden Getränke und Traubenzucker angeboten. Der/die MitarbeiterIn kontrolliert, ob der Fragebogen vollständig ausgefüllt wurde und begleitet den/die SpenderIn in einen ‚Testraum‘. Das ist ein kleiner Raum, in dem hinter einem Schreibtisch mit PC der/die nächste Rot-Kreuz-Mitarbeiter/in, ein Arzt/eine Ärztin sitzt.

Der/die Spender/in gibt den ausgefüllten Fragebogen an den Arzt/die Ärztin weiter. Der/die Spender/in muss sich hier durch einen amtlichen Lichtbildausweis identifizieren, dessen Nummer wird auf dem Spender/innenfragebogen vermerkt. Durch Nennung von Name und Geburtsdatum muss der/die Spender/in nochmals seine/ihre Identität bestätigen. Die Überprüfung der Antworten auf dem Spender/innenfragebogen und die Kontrolle des elektronischen Datenblattes des Spenders/der SpenderIn zeigen dem Arzt/der Ärztin, ob diese Person momentan zur Blutspende zugelassen werden darf. Zusätzlich erfolgt die mündliche Abfrage zu Reisen in bestimmte Länder, die aktuell vom Roten Kreuz als potentiell gefährlich klassifiziert werden, die nicht auf dem Spender/innenfragebogen abgefragt wurden, aber gleichermaßen einen Ausschluss von der Blutspende zur Folge haben würden.

Der Arzt/die Ärztin führt mittels einer Lanzette einen kleinen Stich an einer Fingerkuppe durch, der erste Tropfen, der herausquillt wird abgewischt, dann wird mit einer Pipette Blut aufgenommen und in verschiedene, auf dem Schreibtisch bereitstehende, Flüssigkeiten gemischt. Daraus werden Blutgruppe und Hämatokrit ermittelt und vom Arzt/von der Ärztin im Fragebogen eingetragen. Auf den winzigen Stich am Finger wird ein Pflaster geklebt. Anschließend wird die Temperatur des/der Spender/in mit einem Thermometer

mit Einmalhütchen im Ohr gemessen und eingetragen. Das Alter des/der Spender/in ergibt sich aus den Daten im Ausweis, die Ermittlung der Anforderungen zum Mindestgewicht kann entweder abgeschätzt oder auf Nachfrage geklärt werden. Der Arzt/die Ärztin misst nochmals den Blutdruck, trägt ihn auf dem Spender/innenfragebogen ein, erklärt dem/der Spender/in die Risiken einer Blutspende (Allergische Hautreaktionen, Bluterguss, Entzündung an der Einstichstelle, den Lymphbahnen oder der Vene, Venenverschluss, Nervenreizung, Fehlpunktion, Kollaps) und fragt ihn/sie, ob er/sie weiterhin Blut spenden möchte und bittet den/die Spende/in um eine Unterschrift auf der Aufklärungs-Einverständniserklärung, die diese Absicht bestätigt. Der Arzt/die Ärztin trägt die Ergebnisse der Vortests in der EDV und am Fragebogen sowie die Spendernummer auf dem Fragebogen ein, nimmt einen Bogen mit 22 identischen Barcodes, klebt die ersten beiden Barcodes auf den Spender/innenfragebogen und die Einverständniserklärung und gibt dem/der Spender/in alle drei Bögen mit und schickt ihn/sie weiter in den Abnahmeraum.

Der Weg in den Abnahmeraum ist kurz und beschildert. An den Raum angeschlossen gibt es noch kleinere Räume, die für die Eigenblutspende und für Komponentenspenden vorgesehen sind. Von der Vortestung kommend betritt der/die Spender/in, den sogenannten ‚Fremdblut-Bereich‘. Hier wird Vollblut abgenommen. Der Raum hat eine hellgrüne Wandfarbe. Die Liegen haben rote Bezüge in Leder(optik) und auf ihnen liegen weiße Papierauflagen. Der Boden ist aus beigem Linoleum. An den Wänden sind Flachbildfernseher montiert, auf denen tonlose Werbespots und Informationssendungen zur Blutspende gezeigt werden. Die Rollen der anwesenden Personen erschließen sich durch optische Merkmale. Spender/innen, die den Abnahmeraum betreten, erkennt man an der Straßenkleidung, dem Fragebogen, der Einverständniserklärung und den Barcodes, die sie in Händen halten und dem kleinen Pflaster an einem Finger. Die Mitarbeiter/innen tragen Arbeitskleidung. Dabei lässt sich zwischen weißer Hose und weißem oder rotem T-Shirt für Schwestern¹ und einem weißen Arztkittel über der Straßenkleidung für Ärzt/innen unterscheiden. Betritt der/die Spender/in den Abnahmeraum, wird er/sie von einer Schwester oder einem Arzt/einer Ärztin kommunikativ in Empfang genommen. Er/sie wird gefragt „links oder rechts“ – was damit gemeint ist, wird scheinbar aus dem Kontext begriffen. Daraus ergibt sich, welche der freien Liegen der/die Mitarbeiter/in für den/die Spender/in aussucht, da die Vorrichtungen zur Abnahme sich auf einer bestimmten Seite befinden.

¹ Während meinen Beobachtungen war das nicht ärztliche Abnahmepersonal ausschließlich weiblich, weswegen hier nur die weibliche Form ‚Schwester‘ verwendet wird.

Der/die Spender/in legt sich auf die ausgesuchte Liege und macht den besprochenen Arm bis über die Ellenbeuge frei. Eine Schwester nimmt den Fragebogen und die Barcodes an sich, fragt erneut nach Name und Geburtsdatum des Spenders/der Spenderin und legt ein Blutdruckmessgerät an. Die Schwester zieht sich Handschuhe an, nimmt den 4-fach Beutel und klebt einen Barcode auf jeden Beutel. Sie nennt den Barcode-Bogen ‚22-er Fleck‘. Neben der Liege, auf der Seite des Spender/innenarmes, steht am Boden das ‚Blutspendegerät‘. Es misst digital das Gewicht der Flüssigkeit im Blutspendebeutel in Gramm und zeigt dieses an. Die Schwester legt den leeren Blutspendebeutel auf das Gerät und spannt den Schlauch in eine Vorrichtung, bereitet zwei Klebestreifen vor, scannt den Blutbeutel, die Röhrchen und den Blutspendeausweis ab und bereitet zwei Tupfer vor. Die Schwester fährt die Liege etwas nach oben und unterschreibt auf dem Spender/innenfragebogen. Der Arzt/die Ärztin kommt, fragt den/die Spender/in erneut nach dem Namen und dem Geburtsdatum und wirft einen kontrollierenden Blick auf den Spender/innenfragebogen. Eine Manschette wird am Oberarm des Spenders/der Spenderin befestigt und damit das Blut gestaut. Der Arzt/die Ärztin desinfiziert die Haut zweimal mit jeweils einem Mulltupfer, klopft mit einem Finger ein bisschen auf die mittlerweile blau durch die Haut schimmernde und hervortretende Vene und nimmt die Nadel am Ende des Schlauches des Blutspendebeckens in die Hand. Er/sie Dreht einen Plastikschutz von der Nadel ab, sticht sie in die Vene und klebt den Schlauch der Nadel mit den zwei Klebestreifen am Arm des Spenders/der Spenderin fest. Dann unterschreibt der Arzt/die Ärztin auf dem Spender/innenfragebogen.

Erst hier beginnt die Blutabnahme. Die Darstellung zeigt, dass bereits vor der Blutspende eine Reihe von Handlungen stattfinden, die medizinische Logiken sichtbar machen, welche sich mit sozialen Logiken überschneiden. Blut kann, solange es in einem Körper eingebettet ist, nicht selbst untersucht werden. Der Körper ist sein soziales Umfeld, sein sozialer Kontext. Die erste Beurteilung des Gesundheitszustandes des Blutes bezieht sich auf sein soziales Habitat. Ist dieses soziale Umfeld - die Person - mit Regionen, Personen oder Krankheiten in Kontakt gekommen, die potentiell eine Gefahr für die Gesundheit der Person darstellen, so gilt gleiches auch für das Blut und der/die Spender/in ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht für eine Blutspende geeignet. In der EDV kann der/die Mitarbeiter/in sehen, ob die Person aufgrund früherer Laborergebnisse temporär oder permanent von der Blutspende ausgeschlossen ist, wann zuletzt und wie oft die Person schon gespendet hat. Die Mitarbeiter/innen notieren diese Spendenzahl auf dem Fragebogen und erwähnen das bewusst, da es viele Spender/innen gibt, denen das besonders wichtig ist. Diese Voruntersuchungen belegen erneut die Rolle von Spendeorganisationen als Risikomanagement-Organisationen.

Frau Dr. Klammer, zuständig für die Laboruntersuchungen beim Roten Kreuz, erklärt warum der Spender/innenfragebogen unbedingt notwendig ist:

Naja - wir können im Labor nicht alles testen und deswegen ist es unerlässlich, dass der Spenderfragebogen ausgefüllt wird. Allein Aufenthalt in Malariagebieten, was da für Viren, Bakterien andere Parasiten vorkommen könnten, ja das können wir nicht alles testen - wir könnten es schon testen, also eine ziemlich breite Palette, aber dann wäre die Konserve nicht mehr leistbar und deswegen muss man sich auf die wichtigsten Infektionen, also wirklich die transfusionsrelevantesten Viren beschränken und die weiteren Fragen, also die anderen Gründe kann ich nur anhand des Fragebogens ausschließen (P7/Klammer: 175).

Durch mehrere Strategien (schriftlicher Hinweis beim Platz wo der Spender/innenfragebogen ausgefüllt wird; Hinweis am Fragebogen selbst; Möglichkeit zum anonymen Spenderselbstausschluss) wird versucht, die SpenderInnen auf einer Verantwortungs- und Moralebene damit zu konfrontieren, dass Blutspenden keine Handlung ohne weitreichende Folgen ist, sondern dass die gewonnenen Blutprodukte bei falschen Angaben potentiell verheerende Wirkungen bei den Empfänger/innen entfalten können. Hier sind Blutempfänger/innen als implizierte Akteur/innen präsent. Die Blutspender/innen werden keinen Kontakt mit den Empfänger/innen haben, aber in ihrem Handeln müssen sie auf die unsichtbaren Empfänger/innen der Blutprodukte hingewiesen werden.

Durch die Identifikation mittels amtlichem Lichtbildausweis bestätigt der/die Blutspender/in, dass sein/ihr Blut im ‚richtigen Körper‘ zur Spende antritt.

Der Fingerstich stellt die erste Untersuchung des Blutes selbst dar. Davor wurde ausschließlich die soziale Person untersucht. Die Austrittsstelle des Blutes wird umgehend wieder verschlossen. Blut soll nur kontrolliert aus dem Körper austreten. Während Blut in einem Blutbeutel als etwas Wertvolles betrachtet wird, ist Blut, das unkontrolliert austritt „Materie am falschen Platz“, wie Mary Douglas (1988: 52) Schmutz definiert. Schmutz ist hier etwas, das aus dem Zusammenspiel von Ordnung von Dingen und der Grenzüberschreitung dieser Dinge aus der vorgesehenen Ordnung entsteht (vgl. ebd.). Blut, wenn es ungewollt, unkontrolliert austritt, gilt als Schmutz, der Ekel auslöst.

Laut Mary Douglas stellen insbesondere Körperausscheidungen und körperliche Randbereiche Symbole für besondere Gefahren und Kräfte dar (vgl. ebd.: 159). Randbereiche allgemein und Körperöffnungen im Besonderen gelten als verletzlich. Substanzen, die wie Blut, aus Körperöffnungen hervortreten, überschreiten eine festgelegte Grenze und werden deswegen als gefährlich wahrgenommen. Dabei werden unterschiedliche Körpersubstanzen durch die jeweilige Gesellschaft mit unterschiedlichen Ängsten belegt (vgl. ebd.: 160f).

Wenn Blut aber fest verschlossen in einem Blutbeutel ist, hat es wiederum einen Platz eingenommen, der der vorgegebenen Ordnung entspricht und wird als etwas Wertvolles betrachtet. Der Blutbeutel markiert als allgemein bekanntes Objekt, die Zukunft des Blutes als Arzneimittel, dadurch wird Blut in einen neuen Zusammenhang gestellt. Die vorliegende Arbeit wird aber sowohl zeigen, dass auch dieser wertvolle Blutbeutel seinen angesehenen Status verlieren und in den Status von Sondermüll wechseln kann, als auch dass ein Blutbeutel nicht von allen Personen gleichermaßen als ein ordentlicher Platz für Blut anerkannt wird.

Bereits im kurzen Zeitraum vom Ausfüllen des Fragebogens bis zur Vortestung können viele unterschiedliche Gründe eintreten, die die Spende gar nicht erst stattfinden lassen. Wenn der/die Spender/in eine der Fragen auf dem Fragebogen nicht dementsprechend beantworten kann, wenn sich im Gespräch mit dem/der Mitarbeiter/in bei der Vortestung ein Grund ergibt, wenn der/die Spender/in aufgrund früherer Testergebnisse für die Blutspende gesperrt ist oder wenn die Hämatokrit-Werte nicht im Normbereich liegen.

Der freiwillige Spender/innenselbstausschluss führt zu einem verkürzten Weg der Blutspende. Dabei wird das Blut zwar gespendet, aber gleichzeitig durch einen dafür vorgesehenen Barcode von einer Weiterverwendung ausgeschlossen. Frau Klammer aus dem Labor erklärt, welchen Weg eine solche Blutspende nimmt:

Das wissen wir gar nicht, weil das Pickerl ist auch wirklich so zu verstehen, als anonymer Spenderselbstausschluss. Weder die Testschwester, noch der Abnahmearzt, noch das Labor - wir haben ja die Spenderfragebögen gar nicht bei uns - kann erkennen, ob dieser Aufkleber jetzt mein Blut kann verwendet werden ja oder nein bedeutet. Das wird im EDV System eingelesen und dann durch das EDV System automatisiert ausgewertet Ja oder Nein. Der der den jetzt geklebt hat und meint sein Blut kann jetzt nicht verwendet werden, das führt dann zu einer automatisierten Sperre für vier Monate des Spenders - wird genauso getestet, weil wir es ja gar nicht wissen (P7/Klammer: 183).

Bei der Blutspende ist es also nicht nur wichtig, das Objekt aus seinem sozialen Kontext zu lösen, sondern auch den sozialen Kontext zu kennen. Nur ein vorgegebenes *soziales Profil* des Spenders/der Spenderin kann als geeigneter Ursprung für das Objekt dienen. Die Anonymisierung des Produktes beginnt bei der Verwendung der Barcodes. Dennoch stellt die Blutspende hier einen besonderen Fall dar, weil Anonymisierung und Rückverfolgbarkeit gleichzeitig gewährleistet werden müssen. Zudem ist im Moment der Blutspende trotz dieser bereits beginnenden Anonymisierung der Substanz der Spendekörper noch anwesend.

Das nächste Unterkapitel beschreibt wie die physische Trennung des Blutes vom sozialen Umfeld, dem Spendekörper, erfolgt.

4.1.1.1 Blut wird vom Körper getrennt

Die Schwester übernimmt wieder und fordert den/die Spender/in auf, mit der Faust zu ‚pumpen‘, also die Hand an jenem Arm, an dem das Blut abgenommen wird abwechselnd zu öffnen und zu schließen, um den Blutfluss zu unterstützen. Die ersten 20ml des Blutes laufen in einen kleinen ‚Satellitenbeutel‘, um die Blutspende nicht durch eine eventuell enthaltene Hautstanze und deren Keime zu verunreinigen. Dann entnimmt die Schwester kleine Mengen an Blut und befüllt damit die Teströhrchen und beklebt diese wieder mit Barcodes. Während des ganzen Vorgangs plaudert sie mit dem/der Spender/in. Danach leitet sie das Blut in einen größeren Beutel um. Ziel ist es den Vollblutbeutel mit 465ml Blut zu befüllen. Das Blutspendegerät bewegt den Vollblutbeutel durchgehend und misst Durchfluss, Gewicht und Zeit der Blutspende. Der Vorgang muss innerhalb von zehn Minuten beendet werden, ansonsten wird die Blutspende abgebrochen. Der Apparat zeigt durch unterschiedliche Lichter an, wenn das Blut zu langsam fließt. In diesem Fall kann der Arzt/die Ärztin versuchen, durch eine Veränderung der Lage der Nadel den Durchfluss zu steigern oder den/die Spender/in bitten, intensiver die pumpende Handbewegung durchzuführen. Kurz bevor die Blutkonserve das entsprechende Gewicht erreicht hat, ertönt ein akustisches Signal durch das Gerät. Die Schwester bleibt während der gesamten Blutspende bei dem/der Spender/in. Während der Blutspende wird von den Schwestern und Ärzt/innen mit den Spender/innen geplaudert, gescherzt, nach dem Befinden gefragt, beruhigt und gelobt. Zum Schluss kommt wieder der Arzt/die Ärztin, klebt ein Pflaster auf die Stelle an der die Nadel in die Vene reingeht, und zieht dann erst die Nadel heraus, auf die wieder der Nadelschutz geschoben wird. Auf das Pflaster wird noch ein kleiner Mulltupfer gedrückt und der Arzt/die Ärztin umwickelt den Arm an der Stelle mit einem Druckverband, damit die Einstichstelle nicht nachblutet. Eines der befüllten und beklebten Teströhrchen wird wieder am 4-fach-Beutel befestigt und der Schlauch mit der Nadel wird abgeschweißt. Der 4-fach-Beutel wird in eine ‚Blutkiste‘ eingeordnet. Die Blutspender/innenfragebögen und Aufklärungs-Einverständniserklärungen werden getrennt davon nach Nummer sortiert in eine Ablagekiste eingeordnet. Die fünf restlichen Teströhrchen landen in einer separaten Kiste. Wenn die Spende beendet ist, werden noch Getränke und Traubenzucker angeboten und der/die Spender/in mit einem „Danke“, „Vielen Dank“ oder „Schönen Tag“ – meist kommt von den SpenderInnen ein „Danke“ zurück – in Richtung ‚Laberaum‘ entlassen.

Während die SpenderInnen auf den Spendebetten liegen und das Blut entnommen wird, werden auf den Flachbildschirmen an der Wand tonlose Informations- und Werbefilme zur Blutspende gezeigt. Die Zukunft des Blutes ist somit für die Spender/innen während sie spenden visuell präsent. Die Empfänger/innen als implizierte Akteur/innen sind Teil dieser

Zukunft. Die Spender/innen werden darin bestärkt, dass sie gerade etwas Sinnvolles und Gutes tun.

Die Arbeitsaufgaben und Zuständigkeiten beim Vorgang der Blutentnahme sind gesetzlich und in internen Arbeitsabläufen genau geregelt. Was eine angelernte Abnahmeschwester, eine diplomierte Krankenschwester und was ein Arzt/eine Ärztin tun dürfen und müssen, richtet sich in erster Linie nicht nach deren Kenntnissen, sondern nach deren Befugnissen.

Wenn die Nadel aus der Vene des Spenders/der Spenderin gezogen wird, ist die Phase der physischen Trennung beendet. Das Blut wurde aus seinem sozialen Umfeld gelöst. Der Frage, wie erfolgreich diese Trennung funktioniert, also ob Spender/innen sich ihrem Blut danach noch ‚verbunden‘ fühlen, wird im siebten Kapitel dieser Arbeit nachgegangen.

Auch in dieser Phase kann der Weg des Blutes von SpenderInnen zu EmpfängerInnen scheitern. Wenn die vorgegebene Menge an Blut nicht rasch genug in den Beutel fließt, dieser also nicht ausreichend befüllt wurde, wenn dem/der Spender/in während der Spende unwohl wird, etc., dann wird Blut nicht zum lebensrettenden Medikament, sondern zu einem Problemstoff.

4.1.2 STANDARDISIERUNG

Während der/die Blutspender/in den Schauplatz Richtung Laberraum verlässt, befindet sich das Blut nun im Vollblutbeutel in einer Blutkiste. Die Blutkisten werden in die Abteilung Produktion gebracht wo die Vollblutbeutel inklusive einem Teströhrchen für die Kreuzprobe verbleiben. Die restlichen fünf Teströhrchen kommen ins Labor.

In der Produktion werden die Vollblutbeutel in einem großen gefliesten Raum, dessen Wände mit Edelstahl verkleidet sind, mit unterschiedlichen Geräten weiterverarbeitet. Die Mitarbeiter/innen dort tragen andere Arbeitskleidung. Es sind grüne Einmalhäubchen, grüne Mäntel und teilweise Einweghandschuhe. In dieser Abteilung landen alle ‚Blutkisten‘ mit den Blutkonserven, die in der Blutspendezentrale oder bei den mobilen Blutspendeaktionen gesammelt wurden. Da die mobilen Einsätze auch am Wochenende stattfinden und das Blut rasch bearbeitet werden muss, wird in dieser Abteilung das ganze Jahr über, bis auf den 25. Dezember und den 1. Jänner, gearbeitet.

An dieser Stelle werden ‚mangelhafte‘ Konserven aussortiert. Darunter fallen ‚untergewichtige‘ Konserven, also solche die nicht die vorgegebenen 465ml enthalten, da damit auch die Mischung mit dem Citrat unverhältnismäßig wäre. Auch wenn Konserven unsteril geworden sind, das heißt, dass das geschlossene Beutelsystem beschädigt wurde, sind sie mangelhaft.

Sämtliche Arbeitsschritte in der Produktion werden EDV-technisch erfasst. Der Barcode der Konserve und die Personalnummer des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin muss bei jedem Arbeitsschritt eingescannt werden. Es wird dokumentiert, wer, wann, mit welcher Konserve, an welchem Apparat, welche Arbeitsschritte durchgeführt hat. Ebenso werden auch die Gründe für jede Konserve, die verworfen werden muss, dokumentiert.

Nachdem die mangelhaften Konserven aussortiert, die Daten in die EDV eingespeist wurden, die Konserven drei Stunden geruht haben und die Formulare und die Temperaturmessung erledigt wurden, können die Konserven bearbeitet werden. Dies geschieht in einem ersten Schritt, indem die Konserven auf einen ‚Lift‘ gehängt werden und das Vollblut durch den Filter im Blutbeutelset läuft. Dabei verfangen sich die Thrombozyten und Leukozyten aufgrund ihrer Größe in dem Filter, übrig bleibt ein Konzentrat aus Blutplasma und Erythrozyten. Nach diesem Vorgang wird die Konserve als ‚leukozyten- und thrombozyten- depletiert‘ bezeichnet. Das bedeutet diese Inhaltsstoffe wurden weitgehend aus dem Blutbeutel entfernt. Der Filtervorgang muss innerhalb von 45 Minuten abgeschlossen sein. Ist das nicht der Fall, muss die Konserve verworfen werden, da eine längere Dauer ein Hinweis auf einen defekten Filter oder normabweichendes Verhalten des Blutes sein könnte. Nach dem Ende der Filtrierung wird der Schlauch, durch den das Blut in den nächsten Beutel geronnen ist, mitsamt dem ‚Vollblutbeutel‘ und dem Filter abgeschweißt.

Trennung – Teilung – Nutzenvermehrung

Aus dem zweiten Beutel, in dem sich nun der Rest des Blutes befindet, wird überschüssige Luft gepresst. Die drei verbleibenden Beutel und das Kreuzprobenröhrchen kommen in einen kleinen Sack. Dieser Sack wird in einen Plastikbehälter und dann in eine Zentrifuge gestellt. In diesen Zentrifugen können jeweils zwölf Konserven gleichzeitig bearbeitet werden. In einem 20-minütigen Vorgang werden die Erythrozyten und das Blutplasma getrennt. Das Plasma schwimmt als gelbliche Flüssigkeit oben, während sich die Erythrozyten in roter Farbe unten im Beutel gesammelt haben. Die Konserven müssen jetzt vorsichtig in den nächsten Apparat eingesetzt werden, damit sich die Erythrozyten und das Plasma nicht wieder vermischen. Der nächste Apparat nennt sich ‚Compomat‘. Dort werden Plasma und Erythrozyten in einzelne Beutel aufgeteilt. Zuerst wird das Plasma in einen Beutel umgeleitet. Dann wird zu den zurückgebliebenen Erythrozyten eine Nährlösung aus dem vierten Beutel hineingepresst. Die Beutel werden anschließend automatisch gewogen und dann wird per Hand wieder der Schlauch abgeschweißt. Der Erythrozytenbeutel muss jetzt kurz von Hand vorsichtig bewegt werden, damit sich die Nährlösung gut mit den roten Blutplättchen vermischt. Von MitarbeiterInnen in der Abnahme wurde bereits die Blutgruppe mit Bleistift

auf den Konserven vermerkt. Diese gilt aber nur vorläufig, bis das Ergebnis auch vom Labor bestätigt wurde.

Konservierung

Die Erythrozytenkonserven werden nach Blutgruppe und Datum in Kisten sortiert und in den Kühlraum gebracht, in dem sie bei +4°C gelagert werden. Dort warten sie auf die Etikettierung durch die Abteilung Ausgabe. Diese kann erst erfolgen, wenn die Befundung durch das Labor abgeschlossen wurde. Die Befundung dauert im Regelfall zwei bis drei Werktage, wenn alles in Ordnung ist.

Für Konserven mit besonders seltenen Blutgruppeneigenschaften gibt es auch eine besondere Form der Lagerung. In Containern mit flüssigem Stickstoff werden solche Erythrozytenkonserven bei -180°C gelagert. Diese so genannten ‚Kryokonserven‘ sind 10 bis 20 Jahre haltbar. Für die Kryokonserven sind spezielle Beutel notwendig, die der extremen Kälte und der langen Lagerung standhalten.

Die Plasmabeutel werden auf ein sehr großes Blech gelegt, flachgedrückt und kommen in ein Schockgefriergerät, in dem sie bei -60°C 45 Minuten gekühlt werden. Die flache Form der Plasmabeutel unterstützt die gleichmäßige Temperatureinwirkung beim Gefriervorgang und ist später optimal für die Lagerung. In einem Schockgefriergerät können jeweils 100 Plasmabeutel gleichzeitig gefroren werden. Die gefrorenen Plasmabeutel werden anschließend in Kisten geschichtet.

Aus den Blutplasmabeuteln werden zwei unterschiedliche Produkte hergestellt:

- ‚18-Stunden Plasma‘, also maximal 18 Stunden von der Spende bis zur Schockgefrierung. Diese Beutel werden an die Firma Octapharma geliefert und dort zum Produkt ‚Octaplas‘ weiterverarbeitet. 500 bis 800 Plasmakonserven werden dabei gepoolt und gemeinsam verarbeitet. Die Viren werden bei der Verarbeitung inaktiviert - nur zwei Arten von Viren: HAV und Parvo B19 werden nicht inaktiviert. Deswegen muss das Labor diese Viren für das 18-Stunden Plasma extra testen. Octaplas enthält keinen Rhesusfaktor, aber die vier Blutgruppen und ist zwei Jahre haltbar. Octaplas wird an das Rote Kreuz retourniert und von der Blutspendezentrale mit den anderen Konserven an die Krankenanstalten ausgeliefert, jedoch von Octapharma verrechnet.
- ‚24-Stunden Plasma‘, also maximal 24 Stunden von der Spende bis zur Schockgefrierung. Diese Plasmabeutel werden an das Pharmaunternehmen Baxter weiterverkauft.

Bei 18-Stunden Plasma werden die Konserven in Kisten nach Blutgruppe sortiert und beschriftet. Bei 24-Stunden Plasma wird das Plasma gemischt in die Kisten gelegt. Diese Kisten werden in einem Kühlraum bei -35°C gelagert.

Aus einer Blutspende werden hier zwei Produkte hergestellt. Jacob Copeman (2005) beschreibt diese Vervielfältigung als die Tendenz zur Nutzenmaximierung im Blutspendewesen. Gleichzeitig führt die Auftrennung dazu, dass Einzelteile des ursprünglich ganzen Produktes unterschiedliche zeitliche Rhythmen entwickeln. Die Lebensdauer der unterschiedlichen Produkte unterscheidet sich, wie auch die Lagertemperatur und die räumlichen Bewegungen (vgl. ebd.: 471). Zu diesem Zeitpunkt ist aber nicht geklärt, ob diese Produkte auch als Arzneimittel geeignet sind und in Umlauf gebracht werden dürfen. Zudem handelt es sich um Produkte mit unterschiedlichen Eigenschaften, die bis dato noch nicht bestimmt wurden. Dieser Schritt, den ich als Gesundenuntersuchung und Produktspezifikation bezeichnen möchte, geschieht erst durch die Laboruntersuchungen.

4.1.2.1 Gesundenuntersuchung und Produktspezifikation

Das Labor besteht aus zwei Bereichen: dem spenderseitigen und dem patientenseitigen Labor. Im spenderseitigen Labor werden die Spenderblutkonserven befundet. Während die Blutkonserven von der Produktion weiterverarbeitet werden oder schon fertig bearbeitet sind, werden hier alle gesetzlich vorgeschriebenen und selbst auferlegten Tests durchgeführt, die anschließend darüber entscheiden, ob die Konserve in Umlauf kommt. Die Teströhrchen, die am Beginn der Blutspende befüllt wurden, werden, bis auf das Röhrchen für die Kreuzprobe, an das Labor weitergeleitet. Welcher Test mit welchem Röhrchen-Inhalt durchzuführen ist, ergibt sich aus den unterschiedlichen Farben der Verschlusskappen. Die Röhrchen werden in eine Halterung – ein so genanntes REK - gesteckt, in dem jeweils 50 Stück Platz finden. Dieses REK wird in das ‚Präanalytik-Gerät‘ geschoben. Dort werden die Röhrchen zentrifugiert, um Erythrozyten und Plasma zu trennen. Der Apparat erkennt an der Kappenfarbe was mit jedem Röhrchen zu geschehen hat, gleichzeitig liest es automatisch den Barcode jedes Röhrchens ab.

Ob man Blut tatsächlich standardisieren kann, beantwortet Frau Dr. Klammer so:

Also anhand unserer Qualitätskriterien sicher. Das ist ein vorgeschriebener Hämoglobingehalt in der Konserve. Also das ist mit unseren Qualitätsbestimmungen sehr wohl möglich. Also alle Produkte sind leukozytendepletiert, also da gibt es sehr wohl eine Standardisierung. Es wird der Hämolyseindex gemessen, es wird das freie Hämoglobin gemessen, es werden Qualitätskontrollen noch gemacht, was die Bakterientestung anbelangt - das ist bei allen Produkten gleich. Also da ist sehr wohl ein Standard vorhanden. Das einzige was ein bisschen schwankt bei jeder Konserve, was man natürlich jetzt weil es humanes Material ist, nicht ganz standardisieren kann ist der Hämoglobingehalt, weil der kann schwanken von Spender zu Spender. Man braucht nur denken bei Frauen ist die

Untergrenze 12,5 fürs Hämoglobin und bei Herren 13,5 - das ist ganz einfach angeboren, naturgemäß - das sind naturgebundene Gegebenheiten und da kann natürlich der Hämoglobingehalt jetzt zwischen 12,5 bis 17, wenn nicht 18 variieren. Und je höher der Hämoglobingehalt ist, desto mehr Erythrozyten werde ich natürlich im Endeffekt dann haben, dafür ist der Plasmaanteil dann weniger und umgekehrt - also das kann man jetzt nicht, weil es humanen Ursprungs ist, komplett standardisieren. Deswegen wird die Ausbeute an Erythrozyten immer wieder unterschiedlich sein. Da müsste man schon eine maschinelle Abnahme machen was es auch gibt - wie die Doppel-Erythrozyt-Apherese - da ist dann wirklich standardisiert, wie viel ich jedem abnehme (P7/Klammer: 215).

Infektserologie

Mit den blauen Röhrchen findet ein Infekt-Antikörper-Test auf Hepatitis C, Hepatitis B und HIV statt. Die Röhrchen werden vom Gerät ‚PRISM‘ automatisch geköpft und auf ein neues REK sortiert, welches dann von Hand ins nächste Gerät gestellt wird. Dort wird ein HIV-Combo-Test gemacht, bei dem nach dem P24 Antigen gesucht wird. Damit kann das diagnostische Fenster im Falle einer HIV-Infektion eingegrenzt werden, aber die hohe Sensitivität und die geringe Spezifität dieses Tests bedingt viele ‚falsch-positive‘ Testergebnisse. Zugunsten einer größeren Sicherheit werden hier also eine große Anzahl an ‚falsch-positiven‘ Testergebnissen in Kauf genommen, welche eine Vernichtung der Konserve zur Folge haben. Der/die Spender/in wird nach einem falsch-positiven Ergebnis in ein Kontrollschema genommen. Wenn bei der Kontrolle das Ergebnis wieder negativ ist, wird der/die Spender/in wieder zugelassen.

Pro Jahr werden ca. sechs echt HI-positive Blutröhrchen getestet - bevor man das jedoch dem/der Spender/in mitteilt, wird die Blutprobe auf die Virologie weitergeschickt. Erst nach einer Bestätigung von der Virologie gilt der/die Spender/in wirklich als HIV-positiv.

Rückstellproben

Die grünen Röhrchen sind Archivröhrchen. Darin wird das frische Blut für die Lebensdauer einer Erythrozytenkonserve (42 Tage) aufbewahrt. Winzige Mengen des Blutes werden von einer Maschine in Titerplatten (kleine rechteckige Platten mit winzigen Vertiefungen) pipettiert. Diese Titerplatten werden mit einer Folie verschlossen, damit keine Vermischung und Kontamination stattfinden kann. Die Titerplatten müssen für mindestens drei Jahre tiefgefroren und für mögliche ‚Lookback-Untersuchungen‘, beispielsweise wenn sich erst nach längerer Zeit eine Reaktion oder Infektion beim/bei der Empfänger/in zeigt, die mit der Transfusion in Verbindung stehen könnte, aufbewahrt werden. Diese Titerplatten werden EDV-mäßig verwaltet. Da nicht die jeweiligen einzelnen Barcodes auf den Platten Platz hätten, ist nur jeweils eine Titerplatte mit einem Barcode versehen. EDV-technisch ist festgehalten, welches Kästchen auf der Titerplatte genau welchem Spender/innenbarcode zugeordnet ist.

Unspezifische Entzündungsmarker

Der Inhalt der weißen Röhrchen ist für den Neopterin-Test reserviert. Der Neopterin-Test ist eine österreichische Spezifität. Bei diesem Test wird das Blut auf unspezifische Entzündungsmarker untersucht. Der Test schlägt positiv aus bei jeglicher Form von T-Zell-Aktivierung. T-Zellen sind weiße Blutzellen die der Immunabwehr dienen. Ursprünglich wurde er wegen Hepatitis C eingeführt. Mittlerweile hat man herausgefunden, dass er bei Hepatitis C nicht positiv anschlägt. Wenn dieser Test positiv ausfällt, muss das Produkt gesperrt werden. Damit aber der Spender benachrichtigt und tatsächlich gesperrt wird, muss er beim Neopterin Test viermal positiv getestet werden. Jeder positive Neopterin-Test wird zweimal wiederholt und der Mittelwert aus den Wiederholungen gilt als tatsächliches Ergebnis.

PCR-Test in Frankfurt

Der Inhalt der orangen Röhrchen ist für den PCR-Test bestimmt. Es sind spezielle Trennröhrchen, die einen Gelring enthalten, der beim Zentrifugieren des Blutes aktiviert wird und Erythrozyten und Plasma trennt. Der Gelring ist notwendig, weil diese Röhrchen in ein Labor nach Frankfurt geschickt werden, und sich die Substanzen auf der Reise nicht wieder vermischen sollen. Im Regelfall liegt der Befund am nächsten Werktag vor und wird ins EDV-System der Blutspendezentrale eingespielt. Der PCR-Test wird gepoolt, also gleichzeitig an 96 Proben durchgeführt. Deswegen werden auch Infekt-Antikörper positive Röhrchen nicht zum PCR Test geschickt, da sie den ganzen Pool positiv machen würden.

Blutgruppenserologie

Mit dem Inhalt der roten Röhrchen wird die Blutgruppenbestimmung durchgeführt. Eine falsch transfundierte Blutgruppe kann sofort tödlich wirken. Zur Blutgruppenbestimmung werden Erythrozyten, maschinell auf Mikrotiterplatten, auf denen sich Testreagenzien befinden, pipettiert. Die Maschine wertet die Blutgruppen aus; zusätzlich werden diese manuell abgelesen und mit den automatischen Ergebnissen des Geräts verglichen. Es wird auf anti-A und anti-B getestet: Entsteht ein *Zellrasen*, bedeutet das Rhesusfaktor positiv, entsteht ein *Tüpfel*, bedeutet das Rhesusfaktor negativ. Bei jeder Spende wird routinemäßig auch die Rhesusformel getestet. Diese besteht aus: Rhesus, Kell, Blutgruppe, Serumgegenprobe und Syphilitest. Mit dem roten Röhrchen wird auch das ‚Galileo Antikörperscreening‘ durchgeführt. Es wird auf Antikörper gegen Eigenschaften der roten Blutkörperchen getestet; wenn dieser Test positiv ausfällt, muss im Handlabor händisch differenziert werden. Die Rhesusformel mit allen Unterbuchstaben wird auf dem Etikett erst ausgewiesen, wenn die Rhesusformel aus zwei unabhängigen Spenden getestet wurde. Bei den ersten beiden Spenden wird jeweils eine andere Methode

angewendet. Die Blutgruppe jedes Spenders/jeder Spenderin wird immer wieder bestimmt, auch wenn der/die Spenderin schon mehrmals gespendet hat. Damit sollen alle eventuellen Verwechslungen ausgeschlossen werden. Die jeweils neuen Testergebnisse werden immer mit den Stammdaten des/der Spender/in verglichen. Es kann immer wieder zu Verwechslungen kommen. Zum Beispiel aufgrund eines Spendebetten-Tausches, wenn die ursprünglich angedachte Vene nicht geeignet ist und der Barcode-Bogen liegen bleibt oder vertauscht wird.

Während alle anderen Tests im Labor auf den Ausschluss von bestimmten Krankheitsviren und Bakterien im Blut ausgerichtet sind, beschäftigt sich die Blutgruppenserologie mit der genauen Bestimmung des Blutes. Aus dieser Bestimmung ergibt sich die Produktspezifikation, während andere Tests auf die Standardisierung abzielen.

Die Standardisierung stellt sicher, dass bestimmte allgemein gültige Kriterien erfüllt bzw. bestimmte Krankheitserreger ausgeschlossen werden. Andererseits gibt es aber unter den Blutkonserven, die diesen Standard erfüllen eine große Varianz an individuellen Eigenschaften, die jeden Blutbeutel einzigartig machen. Diese Blutbeutel treffen bei der Transfusion wiederum auf Patient/innen mit individuellen Bluteigenschaften. Während eine Blutkonserve für eine Person lebensrettend sein kann, kann derselbe für eine andere Person tödlich sein. Daraus ergibt sich aus der Sicht der Spezialistin, Frau Dr. Klammer, dass es ‚das perfekte Blut‘ nicht gibt, beziehungsweise es immer nur für eine bestimmte Person geben kann:

Nein, das ist individuell ganz unterschiedlich und so sind auch die Ansprüche der Patienten. Denn das ist ganz individuell unterschiedlich was zu wem passt. Deswegen wird es das perfekte Blut nicht geben. Nicht einmal die 0 negative Konserve - kann man ja jetzt nicht verallgemeinern - dass sie jedem passt. Das ist schon der Universalspender, aber auch nur dann, wenn der Patient keinen Antikörper hat. Dann kann ich es notfallmäßig jedem geben, aber wenn jetzt der Patient Antikörper hat - da braucht der nur einen Anti-klein-e haben oder einen Anti-klein-c, dann wird ihn die 0-negative Konserve eher umbringen, deswegen kann man nicht sagen, dass 0-negativ - ist nicht das perfekte Blut, das ist individuell, ganz unterschiedlich zu betrachten. (P7/Klammer: 240)

Wenn alle Befunde, die freigaberelevant sind, fertig sind, wird die Konserve durch das Labor freigegeben und kann in der Ausgabe etikettiert werden.

Etikettierung

Die Etikettierung der Blutbeutel erfolgt in der Abteilung ‚Ausgabe‘. Diese ist 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr besetzt, da hier alle Bestellungen, darunter auch Notfälle, eingehen und zur Auslieferung gebracht werden müssen.

Der Ausdruck der Etiketten für die Konserven erfolgt über ein EDV-gesteuertes System. Die Mitarbeiter/innen scannen den Barcode einer Konserve ein und das EDV-System

druckt das entsprechende Etikett aus. Steht auf einem Etikett dann ‚XX‘ und ‚NICHT TRANSFUNDIEREN‘, bedeutet das, dass die Konserve aus irgendeinem Grund (anonymer Spenderselbstausschluss, positive oder falsch-positive Testergebnisse) nicht in Umlauf gebracht werden darf und entsorgt werden muss.

Aufgrund von positiven oder falsch-positiven Tests im Labor müssen laut einer Schätzung von Frau Dr. Klammer ungefähr ein bis zwei Prozent der Blutspenden verworfen werden (vgl. P7/Klammer: 123).

Wenn kein Selbstausschluss vorliegt und die Testergebnisse alle ‚negativ‘ sind, dann wird ein Etikett ausgedruckt, auf dem Informationen über „[...] die Blutgruppe, Rhesusfaktor, Abnahmedatum, Ablaufdatum, Phänotypen, Untergruppen, Hersteller, der Produktcode, eine kurze Beschreibung was es ist: ein ‚leukozytendepletiertes Erythrozytenkonzentrat‘, Lagerungshinweise, [...] aber mehr nicht“ (P34/Schleinitz: 080) aufgedruckt sind, wie Frau Schleinitz in der Ausgabe beim Roten Kreuz berichtet.

Ebenso warten die Plasmabeutel auf grünes Licht durch das Labor:

[W]ir warten auch bis die Befunde fertig sind, die Befunde von den Röhrchen, die bei der Abnahme abgenommen wurden, das betrifft Ery und Plasma weil dieses Blut ist EIN Produkt am Anfang. Und wenn wir auch dafür grünes Licht bekommen, dass die Befunde fertig sind, dann wird das Plasma auch, je nach Wunsch von Firmen die wir beliefern, je nach Abmachung, je nach Vertrag, sortiert, nach Stunden, nach Blutgruppen, nach was auch immer, eingepackt und ausgeliefert. (P8/Mesic: 27)

4.1.3 BLUT ALS PRODUKT

Das Etikett auf dem Blutbeutel bestätigt gleichzeitig die Standardisierung, Spezifizierung und Anonymisierung der Blutkonserve. Erst ein Etikett macht eine Konserve zu einem Produkt und beendet den Prozess der Kommodifizierung. Die Informationen auf dem Etikett sind gesetzlich geregelt. Der Barcode auf dem Produkt garantiert die Identifizierbarkeit bei gleichzeitiger Anonymisierung des Produktes.

Der Prozess der Kommodifizierung beginnt schon bei der Separierung des Blutes vom menschlichen Körper. Die Wandlung von einer Vollblutkonserve zum Blutprodukt findet jedoch erst durch die Kontrolle und Verarbeitung in der Produktion, die Kontrolle und Bestätigung der vorgegebenen medizinischen Parameter im Labor und das Etikett, das alle diese Schritte bestätigt, statt. Erst durch das Zusammenwirken von Standardisierung und Spezifizierung in Form und Inhalt und die Anonymisierung wird aus der individuellen Substanz ein standardisiertes handelbares Produkt, ein Wirtschaftsgut, das für den Tausch geeignet ist.

Blut wird in diesem Prozess oft auch wie ein Patient behandelt, der einer gründlichen Gesundenuntersuchung unterzogen wird. Das Vollblut wird gewogen, seine Temperatur wird gemessen und Blutuntersuchungen durchgeführt.

Blut wird zum Produkt, indem es in Einzelteile zerlegt wird, von denen manche verworfen werden und als Sondermüll entsorgt werden müssen, während andere Teile durch diese Trennung einen Zugewinn an Nutzen und Wert erfahren.

Jacob Copeman beschäftigt sich intensiv mit den raumzeitlichen Aspekten in der Blutspende. Während Blut im menschlichen Körper dem Rhythmus des Herzschlags folgt, setzen bei der Trennung vom Körper unterschiedliche zeitliche Strukturen ein. Jede Komponente, hat einen anderen zeitlichen Horizont. Gleichzeitig ist die Blutbank an einen bestimmten Rhythmus gebunden. Sie muss sicherstellen, dass zur richtigen Zeit die richtigen Blutprodukte verfügbar sind. Der Eingang und der Ausgang von Blut muss zeitlich koordiniert werden. Blut ist eine Substanz, die in diesem Prozess viele Dimensionen der Zeit in sich trägt (vgl. Copeman 2005: 472f).

Diese unterschiedlichen zeitlichen und räumlichen Horizonte sind vielfältig. Während leukozytendepletierte Erythrozytenkonzentrate eine Haltbarkeit von nur 42 Tagen haben, ist gefrorenes Frischplasma zwei Jahre haltbar. Räumlich finden viele Trennungen statt. Leukozyten- und Thrombozyten werden gefiltert und entsorgt – sie landen im Sondermüll. Erythrozyten und Plasma werden in unterschiedliche Beutel aufgeteilt, getrennt und bei unterschiedlichen Temperaturen gelagert. Blutprodukte müssen in einem bestimmten Zeitrahmen bearbeitet werden. Ein Teil des Blutes fliegt nach Frankfurt – retour kommen Testergebnisse via EDV. Das Blut wird vermutlich in Frankfurt entsorgt. Plasma wird an unterschiedliche Firmen zur Produktion unterschiedlicher Produkte weitergeleitet. Ein Teil der Plasmabeutel kommt als Produkt ‚Octoplas‘ wieder zum Roten Kreuz zurück. Ein anderer Teil des Plasmas trifft sich höchstwahrscheinlich mit dem Plasma der Plasmaspender/innen von Plasmaspendezentren in einem Verarbeitungspool und wird dort gemischt. Das Blut im Röhrchen für die Rückstellprobe wird für sechs bis acht Wochen aufbewahrt, ein kleiner Teil davon für drei Jahre tiefgefroren.

Diese zeitlichen Horizonte werden durch intrinsische und extrinsische Faktoren beeinflusst. Blut hat physische Eigenschaften die auf diese zeitlichen Horizonte einwirken, die zwar durch die Auftrennung in einzelne Komponenten und die Zugabe unterschiedlicher Konservierungsmittel und die Kühltemperatur manipuliert aber nicht gänzlich ausgeschaltet werden können (vgl. Copeman 2005: 472).

Auch Waldby und Mitchell (2006) betonen, dass menschliches Gewebe und Organe je nach ihrer Beschaffenheit, ihren Qualitäten und Kapazitäten unterschiedliche

Möglichkeiten für eine technologische Bearbeitung, Lagerung und Gewinnung anbieten und dabei durch ihre ‚Eigenarten‘ auch mitbestimmen, wie mit ihnen umgegangen werden kann (vgl. ebd.: 32).

Die externen Faktoren sind zahlreich und kommen aus verschiedenen Richtungen. Darunter fallen die zeitliche und räumliche Koordination der Blutgewinnung, Blutuntersuchung und Blutdistribution, die Koordination von Personal, Arbeitszeiten und Arbeitsschritten, gesetzliche und vertragliche Vorgaben, institutionelle Zielsetzungen sowie auch örtliche Gegebenheiten, wie auch Copeman sie anspricht (vgl. Copeman 2005: 473).

Nachdem die Konserven etikettiert wurden, werden sie im Kühlraum nach Blutgruppen, Rhesusfaktoren und Ablaufdatum in Kisten geschichtet und auf Laufbändern im Kühlraum gereiht. Die Reihenfolge der Ausgabe der Blutkonserven funktioniert nach dem ‚first in-first out‘-Prinzip. Aus dem Bürobereich der Abteilung *Ausgabe* kann durch kleine Türen in der Wand zum Kühlraum direkt auf die unterschiedlichen Konserven zugegriffen werden.

Dass der Lagerstand bei den Fremdblutkonserven immer in etwa den Anforderungen entspricht ist kein Zufall, wie Frau Schleinitz, bestätigt:

Da wird der Lagerstand kontrolliert: Es gibt Mindestlagerstände und Maximumlagerstände, optimale Lagerstände. Wo man einfach schaut wie ist die Entwicklung, wie viele Konserven brauchen wir im Moment, gibt es irgendwo einen Patienten der speziell eine Blutgruppe sehr viele Konserven braucht. Anhand von den Ergebnissen machen wir ein Einladungsmail. Dieses geht an das Service Center: ‚Für die Folgewoche brauchen wir zusätzlich zu den ganzen Abnahmen die sowieso geplant sind noch die und die Blutgruppe‘ und die Kolleginnen rufen dann gezielt diese Personen an, und laden sie ein in die Zentrale. [...] Wenn ich sehe, ich hab von einer Blutgruppe sehr viel dann lade ich sie einfach nicht ein. Dann kommen eh zu den Aktionen zum Beispiel B-positiv, AB-positiv laden wir ganz ganz selten ein weil die eh zu den Aktionen kommen. Das ist wirklich selten, dass wir die zu den Aktionen einladen müssen aktiv, dass wir aktiv Spender anrufen müssen und sagen ‚Bitte kommen Sie jetzt spenden wir brauchen ihre Konserve‘. Da kommen einfach zu den Aktionen oder laufenden Abnahmen genügend damit wir den Bedarf decken können. (P34/Schleinitz: 108-116)

Die Bestellungen für Blutkonserven gehen in der Abteilung Ausgabe meist telefonisch ein, selten per Fax. Bestellen dürfen beim Roten Kreuz Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte.

Die telefonischen Bestellungen werden notiert und zusätzlich auf Band aufgezeichnet. Die Auslieferung der Konserven kann durch die tägliche kostenlose Routinelieferung mit dem Fahrtendienst vom Roten Kreuz, durch eigene Fahrtendienste von Spitälern oder durch die Beauftragung eines medizinischen Botendienstes erfolgen. Außertourliche Bestellungen erfolgen je nach Dringlichkeit per Autotransport oder durch Blaulichtzustellungen und sind kostenpflichtig.

Für spezielle Bestellungen muss die Erythrozytenkonserve vorher noch einmal bearbeitet werden. Es kann sein, dass das Blutprodukt bestrahlt werden muss, um die noch vorhandenen restlichen Leukozyten zu inaktivieren; oder die Portionierung von Pädiatriebeutel für Kinder in einem Gerät namens Isolator, der die keimfreie Zerlegung ermöglicht; oder die Konserven müssen ausgewaschen werden, um sie für Patient/innen verträglicher zu machen (vgl. P34/Schleinitz: 40).

Die Auslieferung der Konserven erfolgt in sogenannten Frischzellen, speziellen Kühlboxen, welche bis zu sieben Stunden Kühlung gewährleisten.

Die Blutkonserven sind also als Waren verfügbar, allerdings nur für einen begrenzten Kreis an Institutionen. Das ‚first in-first out‘-Prinzip ist beeinflusst durch die kurze Lebensdauer von Erythrozytenkonserven und folgt der Logik der Nutzenmaximierung, um den Verwurf durch Ablauf möglichst gering zu halten.

4.1.4 BLUTDEPOT

Die fiktive Erythrozytenkonserve dieser Untersuchung setzt ihren Weg in einem kleinen Wiener Krankenhaus als Routinebestellung fort. Während es in wenigen größeren Spitälern eigene Abteilungen für Transfusionsmedizin gibt, die sogenannte Blutbanken unterhalten, in denen Blut nicht nur gelagert sondern auch bearbeitet wird, gibt es in kleineren Spitälern sogenannte Blutdepots. Hier werden keine Blutprodukte verarbeitet, sondern lediglich die beim Roten Kreuz gekauften fertigen Blutprodukte gelagert (P5/Plenk: 007).

Laut Definition des Österreichischen Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen ist ein Blutdepot: „[E]ine Organisationseinheit innerhalb jener Krankenanstalten, in denen Blutprodukte angefordert, angeliefert, gelagert, verwaltet und ausgegeben werden. In Krankenanstalten ist ein Blutdepot einzurichten, sobald Blutkomponenten entsprechend ihrer Spezifikation unter definierten Temperatur- und Lagerungsbedingungen länger als sechs Stunden gelagert werden“ (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2002: 4). Zur Mindestausstattung eines Blutdepots gehören „ein Blutprodukte-Kühlschrank, [ein] Tiefkühlschrank für gefrorenes Frischplasma; [ein] Auftaegerät für gefrorenes Frischplasma, falls erforderlich; ein Thrombozyten-Agitator, falls erforderlich; Transportbehältnisse mit Sichtschutz; Temperaturschutz und mechanischem Schutz; diverse Thermometer; Lagerbuch/EDV; [eine] Waage, falls erforderlich“ (ebd.: 8).

Ein solcher *Blutprodukte-Kühlschrank* sieht relativ unspektakulär aus (siehe Abb. 1).



Abb. 1: Blutproduktkühlschrank ²

In diesem Kühlschrank werden Erythrozytenkonzentrate, sortiert nach Blutgruppen und Rhesusfaktoren, gelagert.

An die Führung eines solchen Blutdepots sind viele weitere Rechtsvorschriften gekoppelt.

Krankenanstalten sind verpflichtet für das Blutdepot eine/n Blutdepotbeauftragte/n und eine/n Stellvertreter/in zu ernennen. Die Aufgaben umfassen die administrativen und medizinischen Abläufe, die Einhaltung von vorgegebenen Standards, die Ausbildung von neuen Ärzt/innen und die Zusammenarbeit mit Transfusionszentralen. Blutdepotbeauftragte nehmen in Krankenanstalten die Rolle von transfusionsmedizinischen Expert/innen ein und sind für Maßnahmen zur Optimierung des Blutverbrauches zuständig (vgl. Bundesministerium für Sicherheit und Generationen 2002: 5).

Blutdepots müssen weiters eine angemessene Größe haben, von den übrigen Bereichen der Krankenanstalt räumlich getrennt sein, vor dem Zutritt unbefugter Personen gesichert

² Eigene Aufnahme am 01.07.2011

werden, in ihrer räumliche Anordnung so ausgelegt sein, dass ein reibungsloser Ablauf gesichert ist, dass es zu keinen Verwechslungen kommen kann, etc.. Blutprodukte müssen getrennt von anderen Arzneimitteln unter bestimmten Bedingungen gelagert werden und dürfen nur unter Einhaltung strikter Dokumentationsrichtlinien ausgegeben und verwendet werden (vgl. ebd.: 7ff).

Die Lagerung und der Transport von Blutprodukten sowie das Aufwärmen und Verabreichen unterliegen wiederum unterschiedlichen Vorgaben zu Zeit, Temperatur, Räumlichkeiten und Dokumentation (vgl. ebd.: 13f).

Herr Dr. Klett, ein etwa 40-jähriger Intensivmediziner, ist Blutdepotbeauftragter. Er beschreibt seine Aufgaben so:

Also es ist ja ein Unfallspital, das durch die Unfälle und durch die Operationen Blutprodukte vorhalten muss und da gibt es dann eine Blutbank und Blutprodukte, so wie Erythrozytenkonzentrate als auch dann die verarbeiteten Gerinnungspräparate aus dem Plasma und das muss vorgehalten werden und das muss ja natürlich - die Lagerung, die Gabe muss kontrolliert werden. Man muss nach 30 Jahren noch nachverfolgen können, wer hat das Produkt bekommen und wie hat er es vertragen. Also die Dokumentation und die Rückmeldung. Also das ist ein ziemlich aufwendiges System, das das Gesetz vorschreibt sozusagen. Und außerdem müssen Kollegen, junge Ärzte, also die dann transfundieren, müssen eingeschult werden. (P6/Klett: 051)

Als Blutdepotverantwortlicher ist Dr. Klett auch für die lückenlose Dokumentation von Blutprodukten verantwortlich. Die Blutkonserven werden beim Roten Kreuz bestellt, werden geliefert und im Blutdepot eingelagert. Dabei muss der Standort und Status einer Konserve ständig in einer Datenbank abrufbar sein. Wenn eine Konserve verabreicht wird, muss sie ausgetragen werden und nach der Verabreichung muss dokumentiert werden, wer sie bekommen hat, ob er/sie die Konserve vollständig bekommen hat und ob es irgendwelche Zwischenfälle gab (vgl. P6/Klett: 59).

4.1.4.1 Vermittlung an ein passendes physisches und soziales Umfeld

Ärzt/innen stellen die Schnittstelle zwischen Blutprodukten und PatientInnen dar. Sowohl die Indikation als auch die Verabreichung von Blutprodukten darf im Gegensatz zu vielen anderen Infundierungen nur durch Ärzt/innen erfolgen (vg. P6/Klett: 143).

Die Indikationen und die Situationen, in denen Blutprodukte verabreicht werden, können unterschiedlicher Art sein. In einem Unfallspital, erzählt Dr. Klett aus seinem Arbeitsalltag, zum Beispiel schon vor der Operation, weil jemand viel Blut verloren hat, während der Operation, weil bei der Operation viel Blut verloren geht und nach einer Operation, weil das immer noch „nachhinkt“ oder weil aus den Drainagen noch Blut sickert (vgl. P6/Klett: 167).

Im Gegensatz zu vielen anderen Behandlungsmethoden und Arzneimitteln, ist für den Erhalt von Blutprodukten eine schriftliche Einwilligung vom/von der Patient/in notwendig, außer es handelt sich um eine Akutsituation und eine Ermittlung des Patient/innenwillens ist nicht möglich (vgl. P6/Klett: 075). Das Aufklärungsgespräch durch den Arzt/die Ärztin ersetzt gewissermaßen auch den fehlenden Beipackzettel bei labilen Blutprodukten wie Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten. (vgl. P1/Buchinger: 077)

Dr. Buchinger, Assistenzarzt, arbeitet in einem großen Krankenhaus mit Blutbank und beschreibt den weiteren Ablauf nach erfolgter Einwilligung des/der Patient/in, im Fall einer Konserve die ein/e Patient/in auf der Station erhält:

Bevor das Blut zu mir kommt, kommt mal Blut von dem Patienten für den es bestimmt ist zur Blutbank runter und es wird die Blutgruppe vom Patienten bestimmt. Also wir reden da jetzt immer von Regelfällen und nicht von Akutfällen. Zuerst nehme ich Blut ab vom Patienten, schicke das zur Blutbank, lasse dort die Blutgruppe bestimmen und dementsprechend wird dann für diesen Patienten Blut ausgekreuzt. Ausgekreuzt heißt: die richtige Blutgruppe bestimmt und passend dazu Blutkonserven hergerichtet. Die kommen dann zu mir rauf auf die Station und mit der Konserve gehe ich dann zum Patienten, nehme dem Patienten nochmal Blut ab und nehme eine Probe aus der Konserve, eine Probe vom Patienten und kreuze das am Bett vom Patienten nochmal aus und kontrolliere das nochmal mit meinen eigenen Augen. (P1/Buchinger: 217)

Dr. Plenk, Anästhesist, beschreibt den regulären Ablauf bei einer geplanten Operation:

Also das ist so: Wenn wir einen geplanten Eingriff haben, das heißt wir müssen eine Hüftprothese ausbauen und eine neue einbauen - das blutet und zwar ordentlich. Dann wird dem Patienten bereits am Vortag ein Röhrchen Blut abgenommen und dann wird dem Labor gesagt, passt's auf, wir brauchen für diesen Menschen morgen mindestens 6 Blutkonserven. Die bestimmen die Blutgruppe noch einmal, obwohl die eh schon hundertmal bestimmt wurde, aber das ist der Vorsicht halber. Dann wird geschaut, ob wir von dieser Blutgruppe eine entsprechende Menge da haben, wenn nicht, wird's beim Roten Kreuz bestellt. Und dann werden 6 oder 8 Konserven für diesen Patienten gegen das Blut des Patienten getestet, indem man das einfach mischt und schaut ob sich das verträgt oder nicht. Und wenn dieser Kreuztest in Ordnung ist, dann können wir am nächsten Tag sagen, gut, wir hätten gern die Konserven, die für die Frau Müller oder den Herrn Mayer ausgekreuzt wurden. Die kriegen wir in den OP geliefert, gekühlt, und wir nehmen sie dann raus und bestimmen nochmal die Blutgruppe nach, damit das hundertprozentig klar ist, dass die Blutgruppe wirklich die Selbe ist wie die vom Patienten. Für die Kreuzprobe braucht man, das muss temperiert sein, das ist ein System das man im OP einfach sich nicht antut, aber zumindest nachzuprüfen, dass die Blutgruppe der Konserve und des Patienten ident sind - das muss man sich antun, also so viel Zeit muss sein. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass ein Irrtum passiert, aber das kostet nichts, diesen zusätzlichen Sicherheitsschritt zu gehen! Und wenn das passt, hängt man es dem Patienten an, tut die ersten 20ml langsam geben und schaut ob er irgendwie darauf reagiert, z.B. weil Paprika drin ist, den er nicht verträgt, oder sonst was, oder weil der ein Lokalanästhetikum im Blut hat, das der Patient nicht braucht oder so. Und wenn das nicht der Fall ist, wenn er das gut verträgt dreht man die Konserve voll auf und das war's und das macht man mit jeder so. (P5/Plenk: 101)

Auch wenn die Blutkonserve schon im Labor mit dem Blut des Empfängers/der Empfängerin abgeglichen wurde, ist ein so genannter *Bed-Side-Test* vor der Verabreichung von Blutkonserven verpflichtend vorgeschrieben.

Bluttransfusionen können eine Reihe von sogenannten unerwünschten Reaktionen beim/bei der Patient/in auslösen. Dr. Plenck beschreibt welche Besonderheiten Blutprodukte in der Anwendung haben und worauf man als Arzt achten muss:

Problematisch ist, dass es kalt ist, deswegen muss ich es aufwärmen. Problematisch ist, im Gegensatz zu einer normalen Infusion, dass es halt auch mal die Elektrolyte durcheinander bringen kann, dass das Kalium hoch sein kann, höher als ich es gerne hätte, wenn ich es infundiere. Problematisch ist, dass ein Citrat drinnen ist - wenn einer eine schlechte Leber hat, kann ihn diese Zitronensäure metabolisieren, dann wird er sauer. Es ist - in großen Mengen kann Blut natürlich Komplikationen machen, ja, einfach durch die Art wie es präpariert wird und wie es geliefert wird. Patient kühlt aus, Patient wird sauer, Patient hat ein hohes Kalium. Das - mit dem muss ich rechnen, aber schwierig ist das nicht, da gibt es schwierigere Sachen in der Anästhesie. (P5/Plenk: 153)

Der Aufwand den Blutprodukte im Unterschied zu anderen Arzneimitteln für Ärzt/innen darstellen ist ungleich größer. Dr. Plenck nennt den bürokratischen Mehraufwand in der Dokumentation und die Suche nach dem richtigen Blut für den richtigen Patienten/die richtige Patientin als Hauptunterschiede:

Hm. Naja - das ist wesentlich genauer geregelt. Das muss viel besser nachvollziehbar sein, von wem das stammt. Ich meine die anderen Sachen haben auch alle eine Chargennummer und es ist nachvollziehbar von wem dieses oder jenes Medikament stammt. Aber das geht bis zum einzelnen Spender zurück, außer es sind gepoolte Sachen - das gibt's natürlich auch, dass man von zwanzig oder dreißig Leuten die Sache in einem Topf mischt und dann wieder aufteilt - beim Plasma ist das. Und es ist halt deswegen weil es ein biologisches Produkt ist und mit einer sehr kurzen Haltbarkeitsdauer verknüpft ist und so - ist es halt ein bisschen umständlicher von der Buchführung her. Und ich muss auch ganz genau dokumentieren, welches Produkt hat welcher Patient bekommen und umgekehrt. Das heißt ich muss einerseits von Seite des Patienten aus sagen können - welche Blutprodukte habe ich bekommen. Andererseits muss ich von Seiten des Produkts aus sagen, an welchen Patienten ist das gegangen. Das heißt ich habe quasi eine doppelte Buchführung. Das heißt ich brauche ein relativ kompliziertes Softwaresystem, um das zu verwalten. Und der dritte Punkt der unterschiedlich ist, es ist halt ein Medikament das, wo ich nicht einfach irgendwas nehmen kann, irgendjemandem geben und das passt, sondern das muss halt auf Verträglichkeit geprüft werden und daher ist es halt ein bisschen aufwendig. Das sind die wesentlichen Unterschiede. Also, aber letztlich kann es auch sein, dass ein Patient ein Blutdruckpulver oder ein Pulver gegen hohes Cholesterin nicht verträgt aus irgendeinem Grund oder so. Aber das sehe ich halt dann und dann gebe ich es ihm nicht mehr - aus, in der Regel. Beim Blut muss man dann nachschauen: warum hat er es nicht vertragen? Lag das am Produkt? Lag das am Patienten? Lag es am Herstellungsprozess oder sonst irgendwas? - das ist ein bisschen aufwändiger. (P5/Plenk: 285)

Für jene Krankenhäuser die keine eigene Blutbank sondern nur ein Blutdepot betreiben, untersucht das Rote Kreuz auch das Blut von Patient/innen, die besondere Blutunverträglichkeiten haben (vgl. P5/Plenk: 213).

Solche ‚Problemfälle‘ landen dann zur Abklärung wiederum in der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes im Patient/innenlabor. Dorthin werden Blutproben von etwa 80 betreuten Krankenanstalten zur Problemabklärung geschickt. Probleme können sein, dass die Blutgruppe nicht bestimmbar ist, weil der/die Patient/in vortransfundiert wurde. Wenn jemand sehr viele Blutkonserven erhalten hat, diese akut notwendig waren und deswegen massiv 0-negativ Konserven transfundiert wurden, dann ist die Blutgruppe nur noch

genetisch bestimmbar. Andere Probleme können sein, dass ein/e Patient/in Antikörper hat, oder wenn ein/e Patient/in eine schwache Ausprägung einer Blutgruppe hat, wie etwa schwache A-Formen oder eine schwache Ausprägung des Rhesusfaktors, etc. (vgl. P7/Klammer: 007).

Wenn bei einer Transfusion unerwünschte Reaktionen auftreten, darf die Konserve nicht verworfen werden, sondern muss mit einem Bericht über den Transfusionszwischenfall retour ans Rote Kreuz. Nur das Rote Kreuz kann dann auch rückverfolgen, von welchem/welcher Spender/in die Konserve stammt und ob die Reaktion etwas mit dem/der Spender/in zu tun hatte oder ob es einen anderen Grund dafür gibt.

Abgelaufene, über die Verfallszeit nicht transfundierte Konserven, müssen auch im Krankenhaus als medizinischer Sondermüll dokumentiert und entsorgt werden (vgl. P6/Klett: 265).

Eigenblutspende

Bei geplanten Operationen mit der Wahrscheinlichkeit, dass eine oder mehrere Blutkonserven benötigt werden, gibt es auch die Möglichkeit der Eigenblutspende:

Die Eigenblutspende, die ist gesetzlich festgehalten. Jeder Patient, der eine Planoperation bekommt, bei der es mit einer Wahrscheinlichkeit von 10% dazu kommt, dass man Fremdblut geben muss, muss über die Eigenblutspende aufgeklärt werden. Und kann dann entscheiden, ob er da hin geht oder nicht und es ist eine gute Sache. [...] dann werden die zum Roten Kreuz geschickt. Dann werden die genauso untersucht wie ein normaler Spender - da sind die Bedingungen nicht ganz so streng, und dann wird geschaut, ist der als Eigenblutspender gesundheitlich in der Lage oder schadet ihm diese Eigenblutspende? Verträgt der das? Und dann wird das Blut zum geplanten OP-Termin zu uns geliefert und es darf auch keinem anderen gegeben werden. (P6/Klett: 293 - 297)

In so einem Fall würde der Kreislauf wieder in der Blutspendezentrale des Roten Kreuz beginnen, obwohl es sich dabei nicht um eine Spende im eigentlichen Sinn handelt, sondern um eine Entnahme und Lagerung bis zum geplanten Operationstermin beim Roten Kreuz. Die Eigenblutkonserven werden in einem kleinen Extra-Raum abgenommen und gemeinsam mit den Fremdblut-Erythrozytenkonserven auf einem separaten Regal, auf dem jede/r Eigenblutspender/in einen eigenen Lagerplatz zugewiesen bekommt, gelagert. Die Etiketten für Eigenblutkonserven sind farblich gekennzeichnet. Sie tragen zudem den Namen und eine Unterschrift des Empfängers/der Empfängerin, das Geburtsdatum, das Lieferdatum, den Namen des Krankenhauses und die Lagerplatznummer. Die Konserven der Eigenblutspender/innen werden hier gesammelt und laut dem vereinbarten Lieferdatum an das entsprechende Krankenhaus ausgeliefert. Eigenblutkonserven dürfen im Fall, dass sie nicht benötigt wurden, auch nicht an andere Patient/innen verabreicht werden, weil sie nicht die gültigen Standards für Fremdblutkonserven erfüllen.

Im Krankenhaus wird besonders deutlich, dass die *Ware* zwar vom ursprünglichen sozialen Umfeld getrennt wurde, dass es aber immer noch vielfältige Schleifen gibt, die über die Vermittlung der Blutspendezentrale zurück zum/zur Empfänger/in führen. Diese Verbindung wird nie vollständig getrennt.

Blut ist eine besonders riskante und aufwendige Ware, sowohl für die Spendeorganisation als auch für Ärzt/innen, die es transfundieren.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Blutprodukte im Krankenhaus in einen besonderen, gesetzlich dafür geschaffenen Rahmen *eintreten*. Dieser Rahmen beinhaltet unterschiedliche Personen, Orte und Strukturen. Es gibt ein Blutdepot, das für Blutprodukte vorgesehen ist, eine/n Blutdepotverantwortliche/n, der/die personell für das Blutprodukt zuständig ist. Dokumentationsvorschriften stellen sicher, dass der Aufenthaltsort, der Weg, die Indikation, wer Blut an wen warum verabreicht und wie die Transfusion vertragen wurde durchgängig nachvollziehbar sind. Blut darf nicht einfach verabreicht werden, sondern es bedarf einer gesonderten Aufklärung und schriftlichen Zustimmung von PatientInnen. Die Kompatibilität von Blut und Patient/in muss mehrmals und von unterschiedlichen Personen sowohl sozial als auch physisch kontrolliert werden. Die tatsächliche Transfusion darf nur unter Beobachtung eines Arztes/einer Ärztin stattfinden.

Reaktionen auf die Bluttransfusion müssen wiederum ans Rote Kreuz gemeldet und die entsprechende Blutkonserve ebenso retour geschickt werden. Blut befindet sich hier nicht in einer Einbahnstraße, sondern es gibt viele Schleifen zurück.

4.1.5 VOM FREMDBLUT ZUR KÖRPEREIGENEN SUBSTANZ

Günther Branditsch, ein 28-jähriger Student, erzählt aus seiner Sicht, wie er die Transfusion von Fremdblut wahrgenommen hat. Er erkrankte im Alter von 17 Jahren an Morbus Hodgkin. Im Zuge seiner Therapie bekam er auch verschiedene Blutprodukte. Allerdings kann er sich nicht mehr im Detail erinnern. Er erinnert sich aber daran, dass es im Aufklärungsgespräch zur Einverständniserklärung für die Therapie thematisiert wurde:

Das war also so, dass ich ja eigentlich auch für die ganze Therapie musst du ja dein Einverständnis erklären, was eigentlich die meisten Leute machen, aber manche sagen da auch nein. Und da war, das was ich auch mitbekommen habe, war das ein Punkt bei dieser Einverständniserklärung wegen dem Blut und da habe, ich weiß es nicht mehr, ob da nicht ich sogar mit meinen Eltern unterschreiben habe müssen, aber sie haben mich natürlich auch vorher gefragt und haben dann das unterschrieben, also sie haben mich trotzdem gefragt. [...] aber das war irgendwie klar, also das war eigentlich gar kein Thema. (P35/Branditsch: 015)

Für Günther war klar, dass die Ärzte wissen müssen, was für ihn gut ist oder nicht. Ihm wurden im Zuge seiner Therapie so viele Medikamente verabreicht und auch infundiert, dass Blutprodukte für ihn dabei keine besondere Rolle spielten.

Auch nicht. Und zwar deshalb nicht, weil..., weil das dann, also es war so - ich bin mit der Einstellung krank geworden, oder krank geworden, ja.... dass egal, die Ärzte werden schon wissen, was gut ist, was gesund ist und was passt für mich... die werden schon wissen was gut ist und diese ganze, auch bei der Chemotherapie und so weiter, die sollen mir das einfach alles geben und ich vertraue denen quasi voll und ganz und ich lasse das über mich ergehen und wie dann das mit dem Blut notwendig wurde - das ist ja nicht so, dass du das von Anfang an bekommst, also in der Chemotherapie, ich meine... wie das notwendig geworden ist, da war ich, da habe ich schon so viele verschiedene Substanzen in mich hinein bekommen, dass mir das irgendwie schon sowas von Wurst war, was das jetzt ist. (P35/Branditsch: 019)

Für Günther war die Transfusion von Blut auch nichts Riskantes, da er es als Medikament wahrnahm, welches das Risiko an seiner Krankheit zu sterben verringern konnte.

Und es war halt auch vielleicht deshalb so, weil ich mir gedacht habe - ja das Risiko, ich habe mir gedacht, ich bin so schwer krank, ich könnte sowieso sterben und phu... was soll denn noch Ärgeres sein sonst? Also - habe ich mir in dem Moment gedacht. (P35/Branditsch: 039)

Obwohl Blut so anders behandelt wird als andere Medikamente, war es für Günther kein Erlebnis, das sich von der Infusion anderer Medikamente besonders abhob. Lediglich die rote Farbe wurde von ihm wahrgenommen und mit Blut assoziiert. Er hatte auch nicht den Eindruck, dass sich die Bluttransfusionen spontan auf seinen körperlichen Zustand auswirkten:

Für mich war es damals insofern kein Unterschied, weil ich mit Medikamenten so überschwemmt war, wie gesagt, dass ich nicht, nicht mehr darüber nachgedacht habe. Wenn ich das Blut, wenn ich es gesehen habe vor mir, dann war es schon auch ein Unterschied, oder vielleicht auch ein bisschen respekt einflößender, andererseits habe ich Chemikalien bekommen die so arg sind und vom Blut merkst du ja nichts wenn du es bekommst, gleich nachher, du hast ja kein unmittelbares Gefühl selber oder so (P35/Branditsch: 171). [...] das einzige was ich mich erinnern kann, das ist aber ohne Gewähr, ob das wirklich vom Blut war, weil das - bei Chemotherapie ist es eine Nebenwirkung die, ich weiß nicht ob es jeder hat, aber die viele haben, dass sich der Geschmackssinn verändert [...] und beim Blut, wie ich das Blut bekommen habe, glaube ich mich erinnern zu können, dass ich da so einen metallischen Geschmack irgendwie gehabt habe im Mund. Also das ist das Einzige was mir so aufgefallen wäre. Sicher bekommst du das Blut, wenn es dir sowieso schlecht geht und so und das mit dem Aufblühen kann ich mir auch irgendwie vorstellen, aber das war für mich nicht so eine unmittelbare Wirkung, wie ich drücke aufs Knopferl und das Licht geht an oder so. Das geht vielleicht über einen Tag oder so oder zumindest über ein paar Stunden. (P35/Branditsch: 175)

Günther hat das transfundierte Blut sowohl physisch als auch sozial in seinen Körper integriert. Auf die Frage ob es ihn interessieren würde, wer das Blut gespendet hat, meint er:

Na, also ... interessieren, ich sage so, vielleicht wäre es ganz interessant, aber im Prinzip wäre es mir Wurst weil ich das als, naja ich weiß es nicht, ich fühle mich nicht so als wäre das ein Teil von einem anderen Menschen, also das Blut ... ja ist einfach Blut... Ich bin in meinem Alltag eben durchs Skaten auch sehr viel mit Blut konfrontiert, also kleinere Sachen

oder so und... ja das ist jetzt nicht irgendwie so besonders arg für mich oder so.
(P35/Branditsch 055)

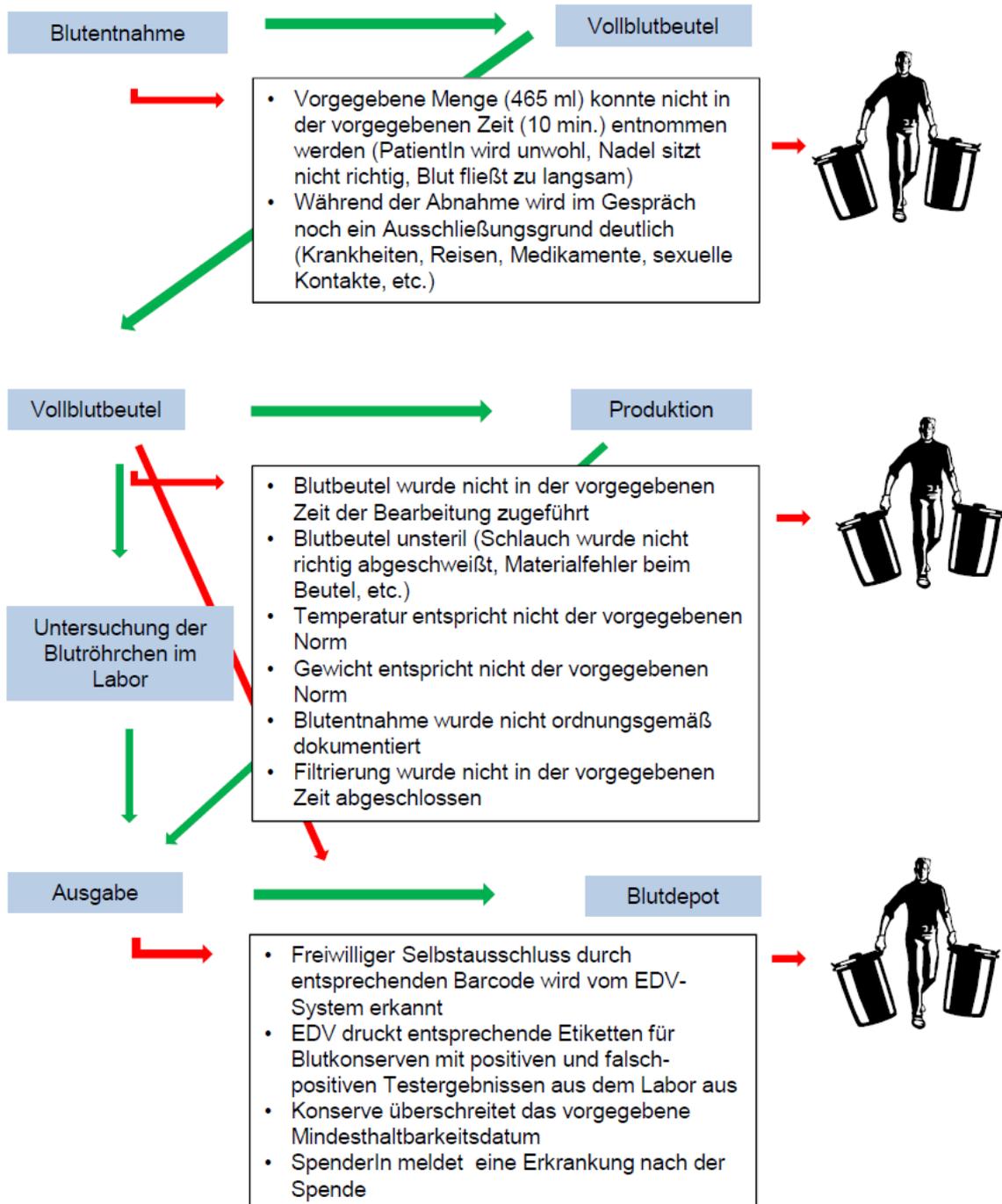
Der Lebensweg der Vollblutspende endete hier erfolgreich in Form eines Teiles davon - eines Erythrozytenkonzentrats - im Körper einer neuen Person. Günther hat die *Ware* sowohl physisch als auch sozial in seinen Körper integriert.

4.1.6 VOM WERTVOLLEN PRODUKT ZUM SONDERMÜLL

Verworfenen Konserven und alle Abfälle, die mit Blutbestandteilen in Berührung gekommen sind, kommen in speziell dafür vorgesehene schwarze Abfalltonnen. Wer, was, wann und warum in diesen Tonnen entsorgt, wird dokumentiert. Die Tonnen dürfen maximal mit 18 Kilogramm befüllt werden. Wurde eine Tonne verschlossen, kann sie nicht mehr geöffnet werden. Die Tonnen werden von einem Sondermülltransporter abtransportiert und der Inhalt in einer Sondermüllverbrennungsanlage verbrannt.

Blut ist durch unterschiedliche Abweichungen von genormten Vorgaben und Abläufen ständig in Gefahr auf dem Weg vom Blutspender/von der Blutspenderin zum/zur Blutempfänger/in aus dem Status einer potentiell wertvollen Substanz direkt in den Status der gefährlichen Kategorie ‚Sondermüll‘ zu wechseln. Während ein unproblematisches Nasenbluten im privaten Umfeld ohne Bedenken ins Waschbecken abfließen darf oder das Taschentuch, das das Blut aufgefangen hat, in den Restmüll geworfen wird, ist Blut, sobald es sich im professionellen Umfeld der Blutübertragung befindet, strengen Regeln unterworfen. Sein Verbleib muss dokumentiert werden. Es muss fest verschlossen, in dafür vorgesehenen Behältern aufbewahrt, von einem dafür vorgesehenen Transportmittel in eine dafür vorgesehene Verbrennungsanlage gebracht und dort vernichtet werden.

Abbildung 2 fasst die kritischen Situationen zusammen, die ich im Zuge meiner Untersuchung in Erfahrung bringen konnte. Der Selektionsprozess, der der Blutspende vorausgeht und bei dem das Blut noch im Spenderkörper aus dem Eintritt in den Prozess der Blutübertragung ausscheidet, wird ausgeblendet, da hierbei das Blut noch nicht entnommen wurde und somit auch nicht entsorgt werden muss.



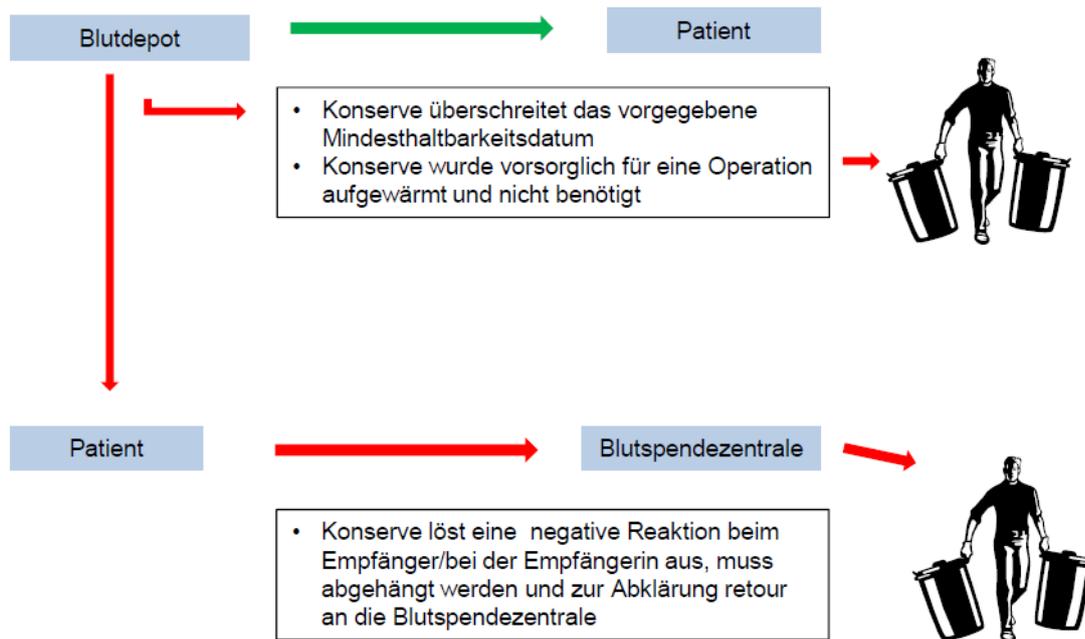


Abb. 2: Vom wertvollen Produkt zum Sondermüll³

Bei den von der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes selbst hergestellten und an die Krankenanstalten gelieferten Produkten handelt es sich immer um sogenannte *labile Blutprodukte*. Diese Bezeichnung beschreibt sehr treffend die Eigenschaften, die Blut immer wieder in die Situation bringen, aus dem Standardisierungsverfahren, dem Produktstatus und der erfolgreichen Transfusion in einen neuen menschlichen Körper auszuschleiden. Der Faktor Zeit ist in jeder Phase präsent – bei der Abnahme, der Filtration, der Verarbeitung und der Haltbarkeit des Produktes. Der Zeitraum, in der die Substanz transfundiert werden darf, ist trotz der Beimischung von Nährlösungen stark begrenzt – beispielsweise auf maximal 42 Tage bei einem Erythrozytenkonzentrat, nur fünf Tage bei Thrombozytenkonzentraten und eine *gewaschene Erythrozytenkonserve* ist nur noch 24 Stunden für eine Transfusion geeignet. Zudem ist Blut auch immer Einwirkungen von außen ausgesetzt, die seine Existenz bedrohen – von den Vorgaben abweichende Temperaturen, unsachgemäße Lagerung oder Beschädigungen an der Verpackung. Blutprodukte bergen selbst bei bestmöglicher Verarbeitung immer noch Unsicherheiten bezüglich bislang unentdeckter Krankheiten und der Kompatibilität mit dem Empfänger/der Empfängerin. Deshalb kann eine Blutkonserve auch noch nach dem erfolgreich zurückgelegten Weg bis zum Patienten/zur Patientin letztendlich im Sondermüll landen.

³ Eigene Grafik

4.2 FAZIT: BLUT KOMMODIFIZIERUNG UND DEKOMMODIFIZIERUNG

Der von mir zur Darstellung gewählte Lebensweg einer Vollblutkonserve soll exemplarisch die komplexen Strukturen des österreichischen Blutspendewesens und die zahlreichen Verwandlungen und Behandlungen, die Blut dabei durchläuft, verdeutlichen. Aus meinen Untersuchungen lässt sich ein Bild des österreichischen Blutspendesystems zeichnen, in dem mehrere ideale Lebenswege von Blut möglich sind. Diese können ihren Ausgang sowohl in Plasmaspendezentren als auch in der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes nehmen. Teile aus beiden Ursprüngen treffen sich in der Pharmazeutischen Industrie und möglicherweise sogar im selben Krankenhaus oder Körper wieder.

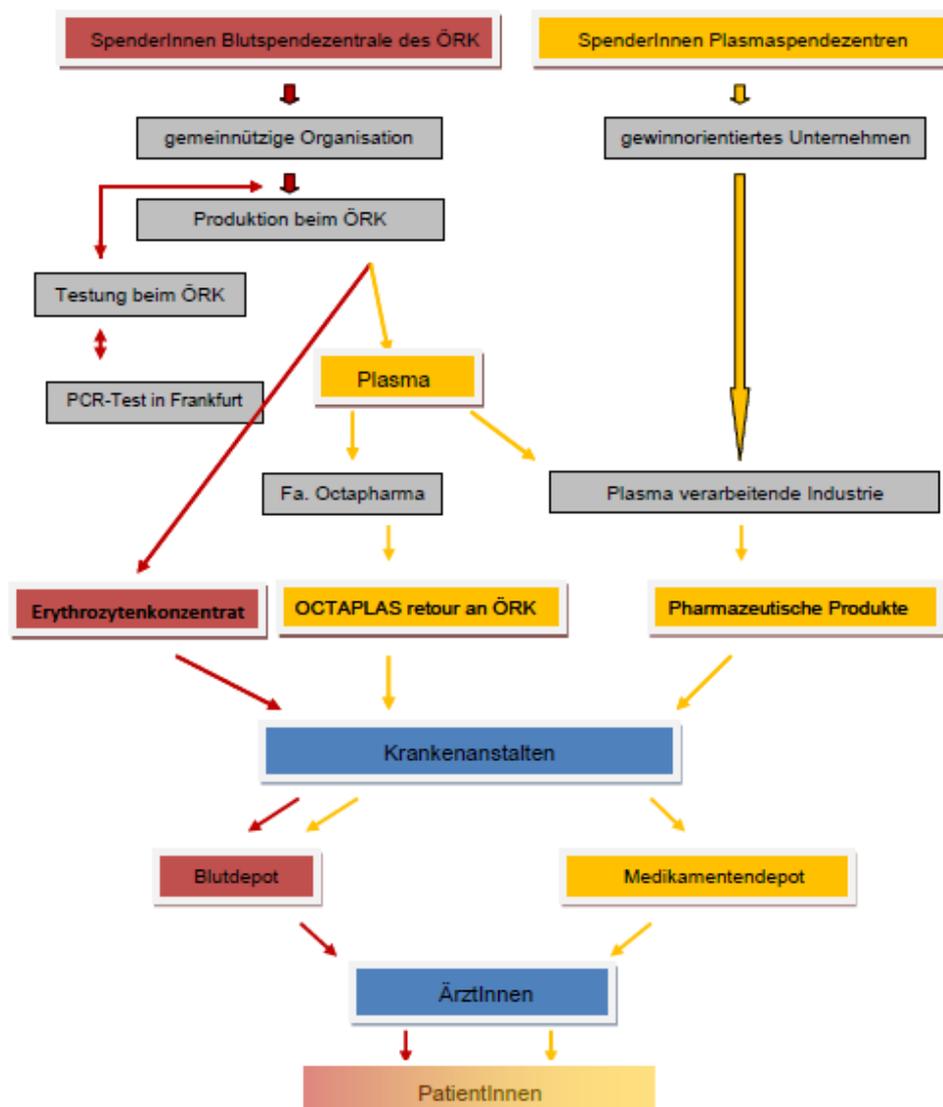


Abb. 3: Ideale Lebenswege einer Blutkonserve⁴

⁴ Eigene Grafik

Neben den in der Grafik dargestellten Idealwegen gibt es noch eine Vielzahl von anderen aber weniger häufigen *Lebenswegen* für Blutkonserven: rückwärtsgerichtete Schleifen für Blutprodukte, die anhand von Patient/innenblut beim Roten Kreuz speziell ausgewertet und ausgesucht werden müssen; Konserven, die aufgrund von unerwünschten Reaktionen diesen Rückweg antreten, Konserven die einer zusätzlichen Behandlung (Portionierung, Bestrahlung, Waschung) unterzogen werden und Konserven, die wie bereits dargestellt aus dem Prozess ausscheiden und als Sondermüll entsorgt werden müssen.

Die Vollblutkonserven begann ihren Lebensweg als Spende. Dieser Ursprung gründet in einer gesetzlichen Regelung, die Vollblutspenden gegen finanzielle Entschädigungen verbietet und in der beim Roten Kreuz vertretenen Meinung, dass die freiwillige unbezahlte Blutspende die Sicherste sei.

Die Trennung vom ursprünglichen Kontext, also die Separation aus dem menschlichen Körper, war an viele Bedingungen geknüpft, die dieser soziale Körper erfüllen musste, um zu beweisen, dass er als Ursprung dieses Produkts auch geeignet ist. Bereits im Zuge dieser Vorauswahl begann ein Prozess der Anonymisierung des Produkts mittels Barcode unter gleichzeitiger Gewährleistung von Identifizierbarkeit des Ursprungs.

In der Produktion der Blutprodukte aus dem Vollblut wurde die Spende aufgetrennt und zwei Produkte aus dem einen hergestellt, das Produkt standardisiert, überprüft und spezifiziert. Das Etikett, das den Beweis für diese Vorgänge darstellt, markiert die Fertigstellung der zur Ware gewordenen Vollblutspende. Die *Comodity* hat ab diesem Zeitpunkt die Berechtigung gegen Geld getauscht zu werden.

Die Definition zu *Commodities*, von *zu Waren kommodifizierten Dingen*, nach Kopytoff ist für diese Blutprodukte in jedem Fall gültig:

A commodity is a thing that has use value and that can be exchanged in a discrete transaction for a counterpart, the very fact of exchange indicating that the counterpart has, in the immediate context, an equivalent value. The counterpart is at the same token also a commodity at the time of exchange. The exchange can be direct or it can be achieved indirectly by way of money, one of whose functions is as a means of exchange. Hence, anything that can be bought for money is at that point a commodity, whatever the fate that is reserved for it after the transaction has been made. [...] In fact, of course saleability for money is not a necessary feature of commodity status, given the existence of commodity exchange in non-monetary economies. (Kopytoff 1986: 69)

Kopytoff betont zwei wesentliche Eigenschaften, die ein Objekt als Ware besitzen muss. Das Objekt muss einen Nutzwert haben und im Moment des Tauschs gegen eine andere Ware mit äquivalentem Wert tauschbar sein. Ob die Ware gegen eine andere Ware oder gegen Geld getauscht wird, ist irrelevant, da Geld auch die Funktion einer Ware übernimmt. Für Kopytoff ist alles was für Geld getauscht werden kann, eine Ware,

unabhängig davon, welche weitere Verwendung für das Objekt vorgesehen ist. Die Tauschbarkeit gegen Geld ist aber keine notwendige Eigenschaft einer Ware (vgl. ebd.: 69).

Blutprodukte stellen als Arzneimittel einen Nutzen dar und sind gegen Geld tauschbar. (Diese ökonomische Ebene wird im nächsten Kapitel eingehend untersucht.) Allerdings tun sie das nur unter besonderen Rahmenbedingungen. Der Rohstoff für die Ware darf nicht gekauft werden und der Aufwand der betrieben werden muss, um Blut zu kommodifizieren, ist hoch. Die Anonymisierung stellt einen Prozess der Loslösung vom/von der Spender/in dar, demgegenüber steht aber immer auch eine Identifizierbarkeit, die als Verbindung zum ursprünglichen Körper bestehen bleiben muss. Selbst wenn Blut eine Ware ist, ist es nicht für jede/n Verbraucher/in geeignet. Für jede/n Patient/in muss das richtige Blut gefunden werden.

Kopytoff beschreibt, dass es in jeder Gesellschaft auch Dinge gibt, die rechtlich oder kulturell nur begrenzt für einen Verkauf zugelassen sind und führt hier auch Medikamente als Beispiel an, deren Verkauf nur bestimmten Institutionen erlaubt ist und deren Wiederverkauf verboten ist (vgl. Kopytoff 1986: 75). Blut und Blutprodukte sind solche Güter, die rechtlichen und kulturellen Beschränkungen unterliegen. Blut, solange es Teil eines menschlichen Körpers ist, darf nicht verkauft und nicht gekauft werden. Blutprodukte dürfen aber von bestimmten Institutionen unter gewissen Voraussetzungen an klar definierte Institutionen gegen Geld verkauft werden.

Wenn ein Objekt aus dem Bereich der tauschbaren Güter ausscheiden soll, muss es laut Kopytoff dekommodifiziert werden. Die Dekommodifizierung geschieht durch eine individuelle oder durch eine kollektive Redefinition (vgl. Kopytoff 1986: 76).

Diese Dekommodifizierung findet bei Blut durch die Integration in einen neuen Kontext, einen neuen Körper, oder den Statuswechsel vom Produkt zum Sondermüll, statt. Die individuelle Dekommodifizierung findet auf der Ebene der Person statt, die die Substanz in ihren Körper integriert und als Teil ihres eigenen Körpers akzeptiert. Gleichzeitig handelt es sich um eine kollektive Redefinition, weil dieser menschliche Körper als unveräußerlich gilt.

Dabei spielt auch die physische Beschaffenheit von Blut eine Rolle. Aufgrund seiner Eigenschaften ist es nach einer Transfusion nicht mehr vom restlichen Blut des Empfängers/der Empfängerin zu trennen.

5 GABEN, WAREN UND SPENDEN

Einen zentralen Ausgangspunkt meiner Untersuchung stellt der ambivalente Status von Blut zwischen Gabe und Ware dar. Dafür ist es notwendig einige ausgewählte grundlegende anthropologische Überlegungen und Metatheorien zu Waren und Gaben darzustellen. Innerhalb der Gabentheorie ist für diese Arbeit insbesondere die Diskussion um die Möglichkeit der ‚reinen‘, ‚puren‘ oder ‚freien‘ Gabe interessant, aus der ich die Idee einer ‚freien Spende‘ ableiten möchte.

Weder Ware noch Gabe oder Spende sind stabile Eigenschaften eines Objekts. Die Unterscheidung lässt sich nicht an bestimmten Qualitäten von Objekten festmachen, sondern die Definition entsteht erst durch den Kontext von spezifischen Tauschhandlungen und Tauschbeziehungen (vgl. Carrier 1991: 132).

Blut wird auf seinem Weg von den SpenderInnen bis zu den EmpfängerInnen von unterschiedlichen Personen und Institutionen in unterschiedliche Situationen gebracht und mit unterschiedlichen Bedeutungen belegt. Welche Positionen es im Zuge der anonymen Blutspende und den daraus gefertigten Produkten innerhalb dieses Kontinuums zwischen Ware und Gabe gibt, wird im Anschluss an die theoretische Diskussion dargestellt.

5.1 WAREN- UND GABENTAUSCH

Die zentralen Standpunkte der wirtschaftswissenschaftlichen Theorien sollen als Ausgangs- und Abgrenzungspunkt für die erst später entwickelten sozialwissenschaftlichen Theorien zur Ökonomie kurz dargestellt werden. Während die ökonomischen Theorien davon ausgehen, dass Menschen primär gewinnorientiert handeln, gehen die Sozialwissenschaften und insbesondere die anthropologischen Theorien davon aus, dass ökonomisches Handeln immer auch im Kontext von menschlichen Beziehungen und gesellschaftlichen Normen betrachtet werden muss. Der Tausch ist die Basis von Beziehungen zwischen Individuen und Gruppen und die Form des Tausches repräsentiert dabei immer auch die Beziehungen in denen er stattfindet.

5.1.1 ÖKONOMISCHE THEORIEN

Im Jahre 1776 veröffentlichte der schottische Moralphilosoph und Volkswirtschaftler Adam Smith sein Hauptwerk "An Inquiry into Nature and Causes of the Wealth of the Nations" und begründete damit das Bild des homo oeconomicus. Dieser homo oeconomicus ist der Mensch, der egoistisch nur an seinem eigenen Wohl interessiert ist. Dass das Streben jedes einzelnen Individuums nach Maximierung des eigenen Anteils und Verbesserung der eigenen sozialen wie materiellen Situation ausschlaggebend für das Funktionieren der

Ökonomie sei, prägte daraufhin die ökonomischen Theorien der folgenden Jahrhunderte (vgl. Rössler 2005: 36).

In der Neoklassischen Wirtschaftstheorie werden Waren als eine spezielle Kategorie von Gütern definiert. Güter lassen sich wiederum nach Sachgütern und Dienstleistungen unterscheiden. Ein Sachgut ist ein materieller körperlicher Gegenstand, der für die Produktion, für den Verbrauch oder auch für den Tausch eingesetzt werden kann. Eine Dienstleistung ist ein Vorgang, der an bestimmte Produktionsziele gekoppelt ist und Bedürfnisse befriedigt. Die Kosten einer Leistung, einschließlich der Arbeitszeit, werden kompensiert durch eine Gegenleistung – zum Beispiel in Form von Lohn. Güter und Waren haben einen rein instrumentellen Wert.

Im Gegensatz dazu beinhaltet die Gabe in der ökonomischen Wirtschaftstheorie persönliche oder emotionale Komponenten und wird im Zusammenhang mit Reziprozität, persönlichen Beziehungen, statusbezogenen und sozialen Obligationen angewendet (vgl. Schneider 1974 zit. nach Rössler 2005: 37). Auch altruistische Entscheidungen verfolgen in diesem Theorienkomplex bestimmte Ziele. In der ökonomischen Theorie werden auch solche, am Wohl der anderen orientierte Entscheidungen, als rational und am Maximierungsstreben orientiert, eingestuft (vgl. Rössler 2005: 75).

5.1.2 SOZIALWISSENSCHAFTLICHE THEORIEN

Aus den Sozialwissenschaften stammen differenziertere Grundannahmen über menschliches Handeln. Dabei lassen sich drei Perspektiven unterscheiden. Max Weber (1921) nannte sie die "Bestimmungsgründe sozialen Handelns: das interesseorientierte oder zweckrationale Handeln; das sozialorientierte oder traditionale Handeln und das moral-/wertorientierte bzw. wertrationale Handeln" (Weber 1921 zit. nach Rössler 2005: 75). Das interesseorientierte oder zweckrationale Handeln folgt der Maximierungstheorie und stellt das Eigeninteresse in den Vordergrund. Das sozialorientierte oder traditionale Handeln beschreibt ein Verhalten, in dem das Individuum seine Eigeninteressen den kollektiven Gruppeninteressen unterordnet. Moral- oder wertorientiertes Handeln orientiert sich an internalisierten kulturspezifischen Überzeugungen und Wertvorstellungen des Individuums. Weber betonte bereits, dass Handlungen selten strikt in eine dieser drei Kategorien einzustufen seien und wirtschaftliches Verhalten auch immer im Kontext kultureller Überzeugungen stattfindet (vgl. Rössler 2005: 75f).

5.1.3 WIRTSCHAFTSETHNOLOGISCHE THEORIEN

Das ist auch die grundlegende Annahme der Wirtschaftsethnologie, die menschliches Handeln als rational innerhalb kultureller Bedingungen und den gesellschaftlichen Erfordernissen von Kooperation und Koordination betrachtet (vgl. Rössler 2005: 77f).

Transaktionshandlungen in allen Gesellschaften stellen hierbei immer ein soziales Phänomen dar. Die Wirtschaftsethnologie unterscheidet zwischen Gabentausch, Tauschhandel und Warentausch (vgl. ebd.: 191f).

5.1.3.1 Gregory Chris

Chris Gregory (1982) bündelt in seinem Buch "Gifts and Commodities" die vorhandenen Theorien zu Gaben- und Warentausch und entwickelt diese mit seinen eigenen Forschungsergebnissen weiter. Für ihn resultiert der Unterschied zwischen Gaben und Waren aus der unterschiedlichen Beziehung zwischen den beteiligten Personen und Objekten. Während ein Gabentausch eine Beziehung zwischen den AkteurInnen herstellt, stellt ein Warentausch eine Beziehung zwischen den getauschten Objekten her. Waren werden unter voneinander unabhängigen Fremden getauscht und Gaben unter Personen, die in einer abhängigen Beziehung zueinander stehen. Zwischen den selten realisierten Extremen von Unabhängigkeit und Abhängigkeit gibt es viele unterschiedliche Ausprägungen (vgl. Gregory 1982: 41f):

Commodity exchange is an exchange of alienable objects between people who are in a state of reciprocal independence that establishes a quantitative relationship between the objects exchanged. (ebd.: 100)

Gift exchange is an exchange of inalienable objects between people who are in a state of reciprocal dependence that establishes a qualitative relationship between the transactor. (ebd.: 101)

Gregory betont, dass nicht das Objekt an sich bestimmt, ob es sich um einen Gabentausch oder einen Warentausch handelt – denn auch Geld kann beispielsweise als Geschenk fungieren und innerhalb eines Gabentausches transferiert werden (vgl. ebd.: 47). Der Status der Objekte ergibt sich aus der Form der jeweiligen Tauschbeziehung. Waren sind veräußerliche Objekte, die zwischen Fremden getauscht werden und Gaben sind unveräußerliche Objekte, die zwischen Personen getauscht werden, die zueinander in einer Beziehung stehen (vgl. ebd.: 43).

In einer Warenökonomie gibt es für Gregory eine strikte Trennung zwischen Objekten und Personen, die es in der Gabenökonomie nicht gibt. Das führt dazu, dass Gaben auch nach einem Transfer von einer Person zur Anderen nicht wie Waren in den Besitz eines anderen übergehen (vgl. ebd.). In jeder Gesellschaft gibt es bestimmte Tauschsphären, die unterschiedliche Dinge umfassen, welche gegeneinander getauscht werden können. Es können also nicht beliebige Dinge gegeneinander getauscht werden sondern nur gleichwertige Dinge, also solche, die sich in der gleichen Tauschsphäre befinden (vgl. ebd.: 50). Laut Gregory wird im Gabentausch immer Gleiches mit Gleichem getauscht und beim Warentausch Ungleiches mit Ungleichem (vgl. ebd.: 46f).

5.1.3.2 Duran Bell

Für Duran Bell (1991) liegt der Unterschied zwischen Waren- und Gabentausch im Wesentlichen in der Funktion der sozialen Beziehungen zwischen den TauschpartnerInnen und der Rolle, die soziale Beziehungen in Bezug auf die Gewinnmaximierung spielen. Aufgrund der Struktur von Gabenökonomien, die meist feudal oder im Familienverband organisiert sind, gibt es keinen Arbeitsmarkt in dem das Individuum von einer Gruppe zur anderen wechseln kann. Während es Geschenkökonomien an Löhnen mangelt, mangelt es Warenökonomien an sozialen Beziehungen, meint Bell. Gabenökonomien schaffen soziale Beziehungen zwischen Menschen und Warenökonomien schaffen Beziehungen zwischen Waren und *Menschen als Waren* (vgl. ebd.: 165):

[B]arter is a degenerate form of gift exchange in which gifts are alienated from the donor and the value of the good to the receiver is not augmented by the personal attributes of the donor. (ebd.: 162)

Für Bell haben Gabentausch und Tauschhandel dieselbe Grundlage. Wobei im Tauschhandel Dinge nicht die Persönlichkeit des Verkäufers mit sich tragen. Obwohl der Austausch von Gaben ohne das beim Tauschhandel übliche Feilschen vor sich geht und die Aushandlung über das Gegengeschenk nicht öffentlich stattfindet, ist die Beantwortung der Gabe mit einer adäquaten Gegengabe obligatorisch für die Fortsetzung von guten Beziehungen zwischen den Beteiligten im Gabentausch. Die Abwesenheit von direktem Feilschen bildet eine riskante Grundlage für Unsicherheiten Ob eine Gegengabe einen entsprechenden Wert darstellt, hängt nicht nur vom Objekt an sich ab, sondern insbesondere auch davon, wer der Schenkende ist. Gaben von Personen mit hohem Prestige haben selbst auch einen höheren Wert und umgekehrt. Sowohl im Waren- wie im Gabentausch spielt der Status des Handelspartners, sein Prestige, eine große Rolle (vgl. ebd.: 161). Nach Bell folgen sowohl die Logik des Gabentausches als auch die des Warentausches einer Regel der Kostengleichheit (vgl. ebd.: 157). Die Kostengleichheit lässt sich anhand von Aufwand und Nutzen errechnen (vgl. ebd.: 159).

Zu altruistischen Handlungen meint Bell:

[T]he altruistic person is motivated by a desire to offer the finite set of gifts at his or her disposal to those who will most appreciate those gifts, thereby maximizing the aggregate utility of others. (ebd.: 160)

Ziel der altruistischen Person ist es der größte Nutzen für andere Personen zu sein. Eine egoistische Person würde genau den gleichen Weg gehen, aber aus anderen Gründen, nämlich um für sich selbst den größten Nutzen zu erzielen, indem sie oder er die höchstmöglichen Gegengaben erzielt (vgl. ebd.).

5.1.3.3 Marcel Mauss

Der französische Soziologie und Ethnologie Marcel Mauss prägte die ethnologische Gabenforschung. In seinem 1924 erstmals erschienenen Werk „Die Gabe“ (Mauss 1990 [1924]) untersucht er ethnographische Berichte über Tauschhandlungen in Wirtschaftssystemen nicht-industrialisierter Gesellschaften und setzt diese in Beziehung zu indoeuropäischen Rechtsdokumenten. Mauss zeigt, dass diese Transaktionen nicht als isolierte ökonomische Handlungen gesehen werden können, sondern er bezeichnet sie als "totale gesellschaftliche Tatsachen" (ebd.: 176). Der Austausch „[...] ist zur gleichen Zeit ein ökonomisches, juristisches, moralisches, ästhetisches, religiöses, mythologisches und sozio-morphologisches Phänomen“ (ebd.: 10). Mauss sieht hinter dem vordergründig uneigennütigen Gabentausch in archaischen Gesellschaften auch Eigeninteressen auf beiden Seiten. In der Gabe bzw. im Geben ist bereits die Verpflichtung zur Gegengabe implizit. Durch die Gabe wird eine Schuld erzeugt, die nur durch eine Gegengabe getilgt werden kann. Mittels dieser Gaben und den daraus entstehenden Verbindlichkeiten wird Solidarität und Stabilität innerhalb und zwischen Gemeinschaften erzeugt. Die getauschten Dinge bleiben zudem mit dem/der Gebenden verbunden, sie sind auch nach der Übergabe mit dem Geist des/der früheren Besitzers/Besitzerin behaftet (vgl. ebd.: 31ff, 64ff). Für Mauss liegen drei grundlegende Verpflichtungen in der Gabe begründet: „Die Verpflichtung Geschenke zu machen; die Verpflichtung Geschenke anzunehmen und die Verpflichtung Geschenke zu erwidern“ (Mauss 1990 [1924]: 36).

Eine besondere Form der Gabe sieht Mauss in Geschenken, die an die Götter gegeben werden. Hierbei dominiert die Idee, dass großzügige Geschenke an die Götter und Geister im Umkehrschluss in größerer Zahl zum/zur Schenkenden zurückkehren (vgl. ebd.: 39). Auch das Almosen hat sich laut Mauss aus den Gaben an Götter, die in Form von Opferung und Zerstörung dargebracht wurden, entwickelt. Später habe sich im Christentum und im Islam der Gedanke durchgesetzt, dass es den Göttern gefalle, die geopfert Gaben nicht zu zerstören, sondern sie den Armen zu geben. Für Mauss trägt auch das Almosen die Verpflichtungen der Gabe in sich (vgl. ebd.: 47):

Die nicht erwiderte Gabe erniedrigt auch heute noch denjenigen, der sie angenommen hat, vor allem, wenn er sie ohne den Gedanken an eine Erwidern annimmt. [...] Milde Gaben verletzen den, der sie empfängt, und all unsere moralischen Bemühungen zielen darauf ab, die unbewußte schimpfliche Gönnerhaftigkeit des reichen Almosengebers zu vermeiden. (ebd.: 157)

Mauss erkannte in den Prinzipien des Gabentausches in so genannten archaischen Gesellschaften auch die Grundlagen für das moralische Denken in den europäischen Gesellschaften (vgl. ebd.: 19). Die Einführung von Rechtsvorschriften, die streng nach

Personen- und Sachenrecht unterscheiden, hätten jedoch viele der Wurzeln überlagert (vgl. ebd.: 121ff).

Auch in den strengen Regeln und Vorschriften, die das hinduistische Recht für Brahmanen vorgibt, sieht Mauss die Verpflichtungen der Gabe bestätigt. Sie dürfen nicht um Essen bitten, sie dürfen Geschenke nur unter bestimmten Umständen und unter Einhaltung vieler Vorsichtsmaßnahmen annehmen, sie sind stets gefährdet durch die Geschenke Verpflichtungen einzugehen und Verfehlungen des/der Schenkenden auf sich zu laden (vgl. ebd.: 146f). Mauss stellt die wechselseitigen Verpflichtungen und den Geist des Gebers/der Geberin, den eine Gabe unweigerlich mit sich trägt, in den Vordergrund. Die von Bronislaw Malinowski (2001 [1922]) beschriebene ‚reine Gabe‘ zwischen Eheleuten in Melanesisch-Neuguinea (vgl. ebd.: 218) lehnt Mauss ab und sieht darin nur eine Verschleierung der Verpflichtung zur Gegengabe (vgl. Mauss 1990 [1924]: 168). Die zwingende Notwendigkeit einer Gegengabe liegt auch nach Godelier darin begründet, dass die Sache durch den Akt des Gebens nicht von dem/der Gebenden gelöst wird. Die Gabe bleibt auch nach der Übergabe Teil der moralischen Gruppe oder Person, die sie gegeben hat. Mit Mauss ist Godelier der Meinung, dass die Gründe für die nicht stattfindende Loslösung vor allem spirituell, moralisch und religiös sind und aus der Welt des Glaubens, der Ideen und der Ideologien kommen (vgl. Godelier 1999: 43f).

Mary Douglas schreibt im Vorwort zur 1990 erschienenen Ausgabe von Mauss's "The Gift":

It is not merely, that there are no free gifts in particular place, [...] it is that the whole idea of a free gift is based on a misunderstanding. There should not be any free gifts. What is wrong with the so-called free gift is the donor's intention to be exempt from return gifts coming from the recipient. Refusing requital puts the act of giving outside any mutual ties. [...] For all the ongoing commitment the free-gift gesture has created, it might just as well never have happened. (Douglas 1990: ix)

Douglas sieht in der Idee einer *puren Gabe* einen Widerspruch in sich. Der Widerspruch besteht aber meines Erachtens weniger in der Idee, sondern darin, dass sie Mauss' generalisierendes Konzept über Gaben und soziale Beziehungen unterläuft.

Die vorgenannten und mit ihnen viele weitere Anthropolog/innen vertreten die These, dass Gaben immer in soziale Beziehungen eingebettet sind oder diese nach sich ziehen und durch die Gaben und der ihnen innewohnenden Eigenschaften Verpflichtungen schaffen. Die Ansicht, dass es auch sogenannte reine oder pure Gaben geben kann, ist dagegen weniger verbreitet. Dennoch haben sich einige Autoren damit beschäftigt. Deren Ansätze werden im nächsten Kapitel vorgestellt.

5.1.4 DIE (UN)MÖGLICHKEIT DER ‚REINEN‘ GABE

Die Diskussionen, die verschiedene Anthropologen anhand empirischer Fallstudien, zur Möglichkeit oder Unmöglichkeit einer ‚puren Gabe‘ ohne die obligatorischen Verpflichtungen, die Mauss (1990 [1924]) und andere damit verbunden sehen, lehnen sich jeweils an die vom französischen Philosophen Jaques Derrida (1992) formulierten Bedingungen an, die dieser für die Notwendigkeit einer ‚reinen‘ Gabe aufgestellt hat. Derrida geht ebenso wie Mary Douglas (vgl. Douglas 1990:ix) davon aus, dass die Idee des reinen Geschenks einen Widerspruch in sich darstellt.

Damit die pure Gabe existieren könne, dürfe sie keine Reziprozität, also die Verpflichtung zur Gegengabe, erzeugen. Um Reziprozität, inklusive Gefühle von Schuld, Dankbarkeit oder Selbstzufriedenheit, zu vermeiden, dürfe weder der/die Gebende noch der/die Empfangende die Gabe als Gabe wahrnehmen. Das Objekt selbst dürfe nicht als Gabe in Erscheinung treten, denn wenn es als Gabe wahrgenommen wird, zerstört es sich von selbst (vgl. Derrida 1992: 16). „For there to be gift, it is necessary that the gift not even appear, that it not be perceived or received as gift“ (Derrida 1992: 16).

5.1.4.1 James Laidlaw

James Laidlaw (2000) untersucht in seinem Artikel „A free gift makes no friends“ die Möglichkeit der ‚puren‘ Gabe im Kontext einer religiösen Praktik in Nordindien. Für Laidlaw ist die Gabe nicht zwingend mit der Verpflichtung zur Gegengabe und Reziprozität verbunden. Er beschreibt eine Form der Almosengabe in einer hinduistischen Glaubensgemeinschaft, in der er die pure Gabe verwirklicht sieht (vgl. Laidlaw 2000: 617). So wie er die Möglichkeit der ‚reinen Ware‘ in Betracht zieht, hält er auch die Existenz einer ‚reinen Gabe‘ nicht für unmöglich und möchte dies anhand eines empirischen Beispiels darlegen (vgl. Laidlaw 2000: 617). „Like the pure commodity, the pure gift is characterized by the fact, that it does not create personal connections and obligations between the parties“ (ebd.).

Dass Mauss der reinen Gabe keine Beachtung entgegenbrachte, sieht Laidlaw darin begründet, dass sie für Mauss als Untersuchungsgegenstand schlichtweg uninteressant war, weil sie keine sozialen Beziehungen zwischen Personen oder Gruppen konstituiert (vgl. ebd.). Laidlaw bezieht sich auf eine frühe Idee Malinowskis, die von ihm jedoch später verworfen wurde: „Reine Gaben. Hierunter verstehen wir [...] eine Handlung, bei der ein einzelner einen Gegenstand gibt oder einen Dienst erbringt, ohne eine Erwidern zu erhalten oder zu erwarten“ (Malinowski 2001: 218).

Laidlaw kritisiert an der Gabentheorie von Mauss (1990 [1924]) und an den Überlegungen von Gregory (1982), dass diese die *reine Gabe* ignoriert hätten ohne zu berücksichtigen,

dass zumindest die Idee in jeder Gesellschaft vorhanden sei (vgl. Laidlaw 2000: 621). „One party makes over something of theirs to another. There is no ‘price’, and there is no recompense. It is given and that is that” (ebd. 621).

Die von Laidlaw dargestellte Form des Almosens wird zwischen Anhänger/innen des Shvetambar-Jainismus und Mönchen dieser Glaubensgemeinschaft praktiziert und nennt sich *Dan*. Die religiösen Vorstellungen beinhalten für die Gläubigen, insbesondere für die Mönche, zahlreiche und strenge Vorschriften zur Zubereitung und dem Verzehr von Nahrung. Die Mönche bereiten ihr Essen nicht selbst zu, sondern bekommen es in Form des ‚Dan‘ von gläubigen Familien (vgl. ebd.: 618). Dabei gibt es viele Regeln zu beachten, die verhindern sollen, dass sich durch das Almosen Verpflichtungen ergeben, die die Unabhängigkeit der Mönche gefährden würden.

Die Vorschriften besagen, dass die Mönche unerwartet und unangemeldet vor den Häusern der Gläubigen auftauchen müssen. Die Mönche dürfen nicht um das Essen bitten. Die von den Familienmitgliedern in die Schüsseln der Mönche gefüllten Speisen werden nur in kleinen Mengen akzeptiert. Die Portionen, die die Mönche aus jedem Haushalt mitnehmen, müssen so klein sein, dass es für die Familie keinen Verlust darstellt. Die Speisen müssen direkt aus den Kochtöpfen der Familien stammen – um zu gewährleisten, dass nicht extra für die Mönche, sondern für die Familie gekocht wurde. Die Zubereitung muss bereits beendet sein, um zu sichern, dass nicht extra eine größere Menge gekocht wurde. Die Mahlzeit darf noch nicht beendet sein, denn die Mönche sammeln keine Reste. Die Küche, in der die Speisen zubereitet wurden, muss entsprechend der religiösen Vorschriften *rein* sein. Die Mönche bedanken sich nicht und loben das Essen nicht. Das Essen mehrerer Haushalte wird zuerst in den einzelnen Schüsseln vermischt. Später wird alles Essen aller Mönche vermischt, so dass die Herkunft von Teilen nicht mehr erkennbar ist. Und die Speisen dürfen nicht in der Öffentlichkeit verzehrt werden (vgl. ebd.: 619). Die Asketen entziehen sich den wirtschaftlichen Kreisläufen. Zusätzlich wird der letztlich entstandene Brei nicht als Essen bezeichnet, sondern hat einen eigenen Namen. Die gebenden Familien verwenden nicht ein Wort für ‚geben‘, sondern ‚platzieren‘ oder ‚füllen‘ für das Befüllen der Schüsseln der Mönche (vgl. ebd.: 622).

Bezogen auf Derrida’s Überlegungen sieht Laidlaw die Regeln, die mit der beschriebenen Almosen-Praktik in Nordindien einhergehen, als einen institutionalisierten Versuch, die Verpflichtungen der Gabe zu umgehen (vgl. ebd.: 622).

Die Empfänger betrachten sich hierbei nicht als Empfänger einer Gabe. Die Geber/innen nehmen sich in ihrer Rolle als Gebende zwar wahr und glauben auch, dass das Dan-

Almosen ihnen gutes Karma beschert, jedoch werden diese positiven Auswirkungen erst für ein späteres Leben erwartet und das gute Karma kommt nicht von den Empfängern sondern vom Universum retour (vgl. Laidlaw 2000: 624).

Da die Reziprozität nicht auf eine bestimmte Person oder Gruppe bezogen ist und die Gegengabe, gutes Karma, nicht innerhalb des Zeitraums eines Menschenlebens erwartet wird, meint Laidlaw, könne man hier tatsächlich von einer reinen Gabe sprechen. Es handelt sich um eine spezifische institutionalisierte kulturelle Ausformung dieser einfachen aber in sich paradoxen Idee (vgl. ebd.: 626).

[...] an attempt to give it a real existence in practice. It should not only be a voluntary expression of positive sentiments, an unreciprocated sacrifice of something closely identified with the giver; it should also create no debt or obligation, indeed no social relation at all between giver and recipient. (ebd.)

Laidlaw vergleicht die Idee der ‚reinen‘ Gabe mit der Gabe die Mauss darstellte. Dabei kommt er zu dem Schluss, dass Mauss nie Gaben im eigentlichen Sinn untersucht hat, sondern sich lediglich mit einem Gabentausch, den man als Vorläufer des modernen Marktes bezeichnen könnte, auseinandersetzte. Laidlaw stützt sich dabei auch auf Zitate aus Mauss' Essay „The Gift“ (1990 [1924]). Mauss habe darin lediglich behauptet er spräche von Transaktionen, „that take the form of gifts“ - die die Form von Gaben annehmen würden. Selbst im Zusammenhang mit *free gifts* schreibt er – nichtsdestotrotz sind sie verpflichtend, also keine freien Gaben. Die Untersuchung von *reinen* Gaben sei Mauss schuldig geblieben (vgl. ebd.: 626f). Für Laidlaw sind sowohl der Austausch von Waren als auch der Austausch von Gaben unterschiedliche Ausprägungen einer Handlung innerhalb eines Kontinuums. Auch in jeder reziproken Tauschtransaktion ist für einen kurzen Moment die *reine* Gabe präsent (vgl. ebd.: 628). Laidlaw meint abschließend, dass nicht alles was wir verkaufen und kaufen, eine reine unpersönliche Ware ist, genau so wenig wie alles was wir geben und empfangen, eine reine Gabe ist. Er sieht die Dan-Praktik bei den Jains als eine gute Anleitung, die zeigt, dass Unpersönlichkeit, wenn es eine Eigenschaft der Ware ist, genauso die Eigenschaft von freien Gaben sein kann (vgl. ebd.: 632).

5.1.4.2 Soumhya Venkatesan

Soumhya Venkatesan (2011) beschäftigt sich ebenso mit der Frage nach der Möglichkeit einer reinen Gabe. In Bezug auf den Artikel von James Laidlaw (2000) und die von Jaques Derrida (1992) aufgestellten Bedingungen für die Gabe, diskutiert er das außergewöhnliche *soziale Leben* eines Geschenks (vgl. Venkatesan 2011: 47).

Die Gabe, die Venkatesan beschreibt, ist im Gegensatz zu der von Laidlaw nicht im religiös-spirituellen Bereich angesiedelt. Venkatesan beschreibt diese Gabe als zwischen

dem unmöglichen und denkbaren angesiedelt und ein Produkt des Vergessens, wodurch es die Bedingungen Derridas zu erfüllen scheint (vgl. Venkatesan 2001: 48). Die Geschichte zu dem von Venkatesan behandelten Geschenk basiert auf einem indischen Mythos, der durch einige Fakten belegt ist. Es handelt sich um einen handgewebenen Teppich, den ein Mann aus Südindien 1953 der britischen Königin, Elizabeth II., aus Anlass ihrer Krönung schenken wollte. Das Geschenk, so wie es von diesem Mann gedacht war, hätte wunderbar in das Konzept von Marcel Mauss (1990 [1924]) zur Gabe gepasst. Es sollte eine Beziehung zwischen dem Mann und der Königin konstituieren und dem Schenkenden einen Gewinn an Prestige bringen. Das Geschenk wurde allerdings aufgrund einiger Probleme nie übergeben und wurde schließlich doch die Basis anderer Beziehungen, in die weder der ursprüngliche Geber der Gabe, noch die intentionale Empfängerin involviert sind (vgl. Venkatesan 2011: 48). Der Mann ließ den Teppich in Pattamadai gegen Bezahlung beim günstigsten Weber herstellen und seinen und den Namen der Königin einsticken. Damit wurde die Beziehung zwischen den beiden Personen noch unterstrichen. Für den Weber war der Teppich kein Geschenk, sondern eine Auftragsware, die er für den Verkauf herstellte. Erst der Käufer würde die Ware in eine Gabe transformieren. Aufgrund von Diskrepanzen mit dem offiziellen Protokoll der Krönung, das vorsah, dass keine Geschenke von Einzelpersonen zugelassen waren, veranlasste der Mann zusätzlich noch die ‚Pattamadai Teppichweberorganisation‘ auf den Teppich sticken zu lassen. Dennoch wurde das Geschenk nicht zugelassen. Danach verliert sich die Spur des Teppichs. Er erreichte jedoch mit Sicherheit niemals die britische Königin und die indischen Medien berichteten über die Ablehnung der Gabe. 1964 schließlich trat das Geschenk in einem indischen Regierungsbericht über die Teppichindustrie in Pattamadai wieder in Erscheinung. Die Geschichte des Teppichs wurde darin neu formuliert. Er sei der Königin 1953 präsentiert und anschließend mit anderen Geschenken ausgestellt worden. Seither wurde die Geschichte noch weiter ausgebaut: Die Entstehung des Teppichs wurde auf 1948 zurückdatiert, die Initiatoren des Geschenks ausgetauscht und der Teppich *medial* im Buckingham Palast aufgehängt. Die Zeit kann also ein gescheitertes Geschenk in ein erfolgreiches transformieren (vgl. ebd.: 49f).

Die Geschichte begann mit einer Ware, die als ein Geschenk in Auftrag gegeben wurde. Die Identität des Gebers wurde notgedrungen verschleiert, um die Schenkung zu ermöglichen. Somit wurden die Produzenten der Ware absichtlich und fälschlicherweise als die Schenkenden identifiziert. Das Geschenk erreichte jedoch nie die intendierte Empfängerin. Somit gab es historisch niemals ein Geschenk, in das die Weber, die Königin oder der Mann involviert waren. Über die Zeit wurde eine Geschichte produziert, die ein erfolgreiches Geschenk hervorbrachte, jedoch ein ganz anderes als es intendiert

war (vgl. ebd.: 51). Venkatesan sieht diesen speziellen Fall als eine reine Gabe, ein „free or pure gift“ (ebd.) und argumentiert das anhand Derridas drei Bedingungen: den Ausschluss von Reziprozität, der/die Empfänger/in darf die Gabe nicht als Gabe wahrnehmen und der/die Gebende darf die Gabe ebenso nicht als Gabe verstehen (vgl. ebd.: 52).

Kritisch betrachtet, ergibt sich hier die Frage, ob nicht ein Geschenk, das nie existiert hat, nur deswegen die Bedingungen erfüllt, weil es nie existiert hat und somit Derrida's Überlegungen zur Unmöglichkeit der Gabe untermauert. Aber Venkatesan führt im Weiteren aus, dass der Teppich, obwohl er materiell verschwunden ist und seine Aufgabe nie erfüllen konnte, ein ausgeprägtes soziales Wirken entwickelt hat (vgl. ebd.).

Für Venkatesan sind *reine* Gaben deswegen für die Anthropologie interessant, weil sie – obwohl sie, wie auch Derrida meint, das Unmögliche darstellen – von Menschen immer wieder angestrebt werden (vgl. ebd.: 54).

5.1.4.3 Jacob Copeman

Jacob Copeman (2005) bezieht sich in seinem Artikel „Veinglory: Exploring Processes of Blood Transfer between Persons“ direkt auf die Idee der reinen Gabe wie Laidlaw (2000) sie im Fall der Almosengabe unter Jains zumindest annähernd verwirklicht sieht und wendet diesen Gedankengang auf die Blutspende an. Auch er führt eine Analyse der Gabe anhand der von Derrida (1992) aufgestellten Bedingungen durch (vgl. Copeman 2005: 467).

Dabei ergeben sich einige Ähnlichkeiten. Das gespendete Blut, wie auch die Almosen, werden nicht als Verlust empfunden; es wird nur so viel genommen, dass die Gebenden keinen Mangel daraus ziehen (vgl. ebd.). So wie die Almosen gemischt werden, um die einzelnen Gaben unkenntlich zu machen (vgl. Laidlaw 2000: 623), wird auch bei der Blutspende das Blutplasma gepoolt und in großen Mengen verarbeitet und somit entpersonalisiert (vgl. Copeman 2005: 467). Während die Mischung der Speisen bei den Jains jedoch die Gefahr von spiritueller Verunreinigung verringert (vgl. Laidlaw 2000: 626), erhöht die Poolung von Plasma das Risiko für die EmpfängerInnen. Gerade die Nachvollziehbarkeit der Herkunft von Blutprodukten wird als ein Aspekt betrachtet, der für Sicherheit steht (vgl. Copeman 2005: 470). Die Anonymisierung der Blutspende im Verlauf der Bearbeitung stellt für Copeman generell eine Strategie dar, um persönliche Verbindlichkeiten und Verpflichtungen bestmöglich zu reduzieren (vgl. ebd.: 467). Die Tatsache, dass das gespendete Blut vom Körper rasch wieder ersetzt wird, erzeugt eine Situation, als hätte es nie ein Geschenk gegeben: „[S]oon after donation it is ‚as if‘ the gift has not been given“ (Copeman 2005: 467).

Allerdings sieht Copeman auch einige Aspekte in der Blutspende, die mit der Idee der *reinen* Gabe nicht konform gehen. Der vermeintlichen Anonymisierung von Blutkonserven bei den individuell gelagerten Erythrozyten, steht letztlich immer noch eine mögliche Identifizierbarkeit mittels Barcode entgegen. Hier bleibt ein Hinweis auf den/die SpenderIn, wenn auch nur für autorisierte Personen, erhalten (vgl. ebd.: 469). Weiters nennt Copeman eine ‚generalisierte Dankbarkeit‘ durch die Blutspendeorganisationen gegenüber den SpenderInnen, die in Form von Zeitschriften und diversem Informationsmaterial vermittelt wird und zur Motivation der BlutspenderInnen beiträgt. Zwar wird die Anonymität gewahrt, aber der Beweis der Notwendigkeit und Nützlichkeit der Spende funktioniert nur indem das imaginierte Gegenüber, die EmpfängerInnen, die impliziten AkteurInnen, wie Clarke sie nennt, präsente Bestandteile der Blutspende sind (vgl. ebd.: 468).

Copeman kommt zu dem Schluss, dass die Blutspende trotz der Anonymisierung und der Unmöglichkeit der direkten Gabenreziprozität zwischen GeberInnen und EmpfängerInnen keine *pure* Gabe im Sinne Derrida’s sein kann. Allein der Aufruf Blut zu *geben* unterminiert die Gabe (vgl. ebd.: 467ff).

5.2 BLUT ALS SPENDE, GABE ODER WARE

Meine ursprüngliche Fragestellung, wo im Prozess vom Zeitpunkt der Blutspende bis zum Körper der PatientInnen Blut als Ware oder Geschenk betrachtet, behandelt und gehandelt wird‘, stellte sich im Laufe meiner Untersuchung als konzeptioneller Irrtum heraus. Die Aussagen, die ich von Spender/innen zu ihren Assoziationen mit Blut- und Plasmaspende und zu denen über Geschenke bekam, hatten kaum Bezug zueinander. Dennoch wurde mir erst spät klar, dass die Blutspende nicht in die Kategorie des *Geschenks* fällt. Die anthropologischen Theorien zur Gabenökonomie beschäftigen sich mit Geschenken. Geschenke erzeugen, wie Mauss (1990 [1924]) es beschreibt, bestimmte Verpflichtungen, weil sie in Beziehungen zwischen Menschen oder Gruppen stattfinden. Die Spende im Allgemeinen und die Spende von menschlichen Substanzen oder Organen im Besonderen basiert auf anderen Voraussetzungen und erzeugt deswegen auch andere Verpflichtungen.

Da also die Spende, die für meine Untersuchung einen wichtigen Aspekt darstellt, weder in die Kategorie der *Gabe* noch der *Ware* fällt, bedarf es zu dieser Art von Tausch einer theoretischen Auseinandersetzung. Dazu werde ich im Folgenden darstellen, wie sich andere Anthropolog/innen bereits mit dem Begriff der Spende, insbesondere im Bereich der Organspende, auseinandergesetzt haben, um danach eine Definition für die *Spende* darzulegen, welche ich für diese Untersuchung heranziehen werde.

Waldby und Mitchell (2006) haben herausgearbeitet, was die Blutspende, die Richard Titmuss in seinem Werk „The Gift Relationship“ (1997 [1970]) vertritt, vom *giftigen* Geschenk unterscheidet, das Mauss (1990 [1994]) beschrieb. Die zentralen Unterschiede liegen dabei auf der Uneigennützigkeit, der altruistischen Intention, das Fehlen von Machtbeziehungen durch die Anonymität, das Fehlen von persönlichen Verbindlichkeiten, die Freiwilligkeit und der fehlende Druck, die Gabe zu erwidern (vgl. Waldby/Mittchell 2006: 15). Gaben- und Warenökonomie greifen im Bereich der Spende ineinander und existieren nicht unabhängig voneinander oder in klar abgegrenzten Bereichen (vgl. ebd.: 25). Für Titmuss hat Blut unterschiedliche Wertebenen. Es hat einen ontologischen Wert, weil es sich auf die menschliche Identität und die Großzügigkeit der SpenderInnen bezieht. Es hat einen Nutzwert, weil es der Gesundheit anderer dienen, eventuell auch Leben retten kann. Es kann soziale Werte erzeugen, indem es einen Gewinn an Vertrauen, Inklusion und Teilhabe unter Bürger/innen schafft. Es kann einen Warenwert in Form eines tauschbaren Objektes mit einem konkreten Preis haben. Es kann am Markt verkauft und gekauft werden. Alle diese Werte sind implizit und rein potentiell bevor sie ökonomisch eingeordnet und realisiert werden (vgl. Titmuss 1997 [1970] zit. nach Waldby/Mittchell 2006: 32).

Brigitta Hauser-Schäublin, Vera Kalitzkus und Imme Petersen (2008) haben sich mit dem Begriff der Spende im Zuge ihrer Auseinandersetzung mit Organspenden beschäftigt. Auch sie bewerten die Spende als eine spezifische Form der Gabe. Als Grundlage dafür nennen sie, dass es sich bei einer Spende um eine einseitige Transaktion handelt, welche zudem an eine imaginierte aber anonyme Gruppe gerichtet ist. Die Spende an Organisationen, die diese Gaben weiterverteilen, bringt es mit sich, dass es keine persönlichen Interaktionen zwischen Spender/innen und Empfänger/innen gibt. Damit verliert die Gabe auch die Notwendigkeit beziehungsweise die Möglichkeit zur Gegengabe. Im Kontext der Organspende betonen die Autorinnen auch die Prozesse der Anonymisierung der Spende durch Trennung vom menschlichen Körper und der Weitergabe der Spende. Spende und Geschenk sind unterschiedliche Dinge. Während das Geschenk auf eine persönliche Beziehung verweist, bezeichnet die Spende genau das Gegenteil. Deswegen meint Hauser-Schäublin, würden aber diese Begriffe gerade in der Organ- und Blutspende bewusst synonym gebraucht oder sogar ersetzt. Indem die unpersönliche altruistische Spende durch die Konnotation eines Geschenks ersetzt wird, erhält diese eine andere Bedeutung: Es wird ein tatsächliches Gegenüber imaginiert, das auf die moralische Ebene der Spender/innen abzielen soll. Im Kontext der Organspende wird der Unterschied zwischen Spende und Geschenk deutlich. Indem die Organe vom Körper und seinen sozialen Beziehungen getrennt und anonymisiert weitergegeben werden, wird eine persönliche Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in

verhindert und die die Gegengabe unmöglich (vgl. Hauser-Schäublin et.al. 2008: 124-128).

Die gleichen Mechanismen werden auch bei der Blutspende wirksam. Auch wenn der oder die Spender/in nicht verstirbt, gibt es keine persönliche Beziehung zwischen gebenden und nehmenden Personen.

Die Terminologie von Spende und Geschenk im Zusammenhang mit Blut- und Organspenden dient auch für Marilyn Strathern (1997) dazu, einen gemeinnützigen Altruismus im Sinne eines persönlichen Opfers für das Allgemeinwohl als eine Gabe an die Gesellschaft zu evozieren (vgl. ebd.: 301).

Für Kalitzkus verweist der Begriff der Spende spezifisch auf Dinge, die wir ohnehin nicht mehr brauchen oder im Übermaß besitzen. Der bewusste Einsatz der Bezeichnung *Geschenk* in Werbeslogans für die Blutspende transferiert die Bedeutung der Handlung auf die persönliche Beziehungsebene. Durch die Vision eines persönlichen Gegenübers, in Stellvertretung für die anonymen, namenlosen EmpfängerInnen, soll eine größere Identifikation und damit eine Emotionalisierung der Bevölkerung erzeugt werden. Darüber hinaus werden die SpenderInnen jedoch vor allem moralisch in die Pflicht genommen (vgl. Kalitzkus 2009: 188f).

Kieran Healy (2006) hat die Spende von Blut und Organen auf einer Meso- und Makroebene untersucht. Er geht der Frage nach, wie unterschiedliche Formen der Spende, Organisationen und Strukturen in unterschiedlichen Ländern die Bereitschaft Blut und Organe zu spenden, beeinflussen. Healy betont das Paradox, dass auch in unbezahlten Blutspendensystemen, bei denen die Ebene der Blutbeschaffung unter dem Paradigma der Gabe steht, die Ebene auf der Produkte aus Blut erzeugt werden durch ökonomische Logiken dominiert wird (vgl. Healy 2006: 7). Auch Healy erkennt, dass die Blut- und Organspende nicht in die Systeme von Gaben- und Warentausch passen, wie sie beispielsweise von Mauss (1990 [1924]) formuliert wurden. Healy sieht den Hauptunterschied darin, dass die ‚face-to-face‘ Beziehung fehlt. Blut und Organe werden durch die Vermittlung von komplexen Organisationsstrukturen gesammelt. Trotzdem dominiert die ‚Geschenk-Metapher‘ in den Bemühungen um Spender/innen. Für Healy gibt es zwei unterschiedliche Mechanismen, die dabei gleichzeitig präsent sind: ein praktisches System von Aufbringung und Distribution sowie auch eine moralische Ordnung des Tauschs (vgl. Healy 2006: 17).

Healy unterscheidet zwischen drei unterschiedlichen *Blood Collection Regimes*: staatlich geführte Blutspendewesen, vom Roten Kreuz organisierte Blutspendewesen und sogenannte Blutbanken, die er in 13 europäischen Ländern untersucht hat. Er geht davon

aus, dass nicht die individuellen Einstellungen der Spender/innen in den Ländern die Zusammensetzung des Spender/innenpools bestimmen, sondern die Organisation und Struktur des Blutspendewesens (vgl. ebd.: 73). Die Ergebnisse seiner Untersuchung bestätigen diese Annahme. Die Zusammensetzung des Spender/innenpools unterscheidet sich durch die quantitative Partizipation nach Geschlecht, Bildung und Einkommen und korreliert mit der Form der Organisation. Für die vom Roten Kreuz organisierten Spendewesen ergibt sich, dass diese Form quantitativ mehr Spender/innen mobilisieren kann, dass sie männlich dominiert ist und dass sie Student/innen und Personen, die Kontakt zu einer Person haben, der Blut transfundiert wurde, besser mobilisieren kann als andere Blutspenderegime (vgl. ebd.: 81ff). Insgesamt zeigte sich, dass unterschiedliche Blutspenderegime die Zahl der Spenden nicht nur erhöhen oder senken können, sondern auch, dass es einen Einfluss darauf hat, als welche Art von Handlung die Blutspende gesehen wird und welchen Charakter die Blutspende hat. In staatlichen Blutspenderegimes ist die Blutspende öfter eine einmalige oder seltene Handlung. In vom Roten Kreuz betriebenen Blutspendewesen dominieren regelmäßige Spender/innen. Soziale Netzwerke und familiäre Bindungen haben einen größeren Einfluss auf die Spendebereitschaft (vgl. ebd.: 85). Healy erwähnt auch die Kombination von gleichzeitig vorhandenen freiwilligen und unbezahlten Blutspende- und bezahlten Plasmaspendesystemen innerhalb eines Nationalstaats. Er betont, dass ihm für eine fundierte Aussage nicht ausreichend Daten zur Verfügung stehen, tendiert aber zu der Einschätzung, dass eine solche Konstellation sich negativ auf die Bereitschaft, unbezahlt Blut zu spenden, auswirke (vgl. ebd.: 84).

Die Sicherheit von Blutprodukten und die Möglichkeiten aus einer Blutkonserve eine Vielzahl von Blutprodukten herzustellen haben sowohl die Unmittelbarkeit der Spende eingeschränkt, als auch die Kosten für Blutprodukte erhöht. Dadurch stieg die Diskrepanz zwischen Spendensystem einerseits und ökonomischer Relevanz andererseits (vgl. Healy 2006: 109).

Frank Adloff (2010), ein deutscher Soziologe, definiert den Begriff der Spende ebenso als eine spezielle Kategorie von Gaben, welche Transaktionen von Dingen und Leistungen zum Wohle der Gemeinschaft bezeichnet. Dabei handelt es sich um freiwillige Gaben, die ohne äquivalente materielle Gegenleistungen erfolgen. Zumeist erfolgt die Spende nicht direkt von der gebenden Person an die Bedürftigen, sondern wird durch eine Vermittlungsinstanz, meist gemeinnützigen Organisationen, gesammelt und weitergeleitet (vgl. ebd.: 12f).

An dieser Definition von Adloff möchte ich meine Definition der Spende für diese Arbeit anlehnen. Spenden sind demnach: *freiwillige, ohne äquivalente Gegenleistung, zum*

Wohle der Gemeinschaft, an eine Vermittlungsinstanz zur Verfügung gestellte Dinge. Anhand dieser Kriterien soll in der Untersuchung des österreichischen Blutspendewesens auch festgestellt werden, wo Blut diesen Status als Spende, in Abgrenzung zur Definition von Waren und Gaben, einnimmt.

Dass diese Definition der Spende wesentlich von der Gabe, die von Mauss ([1994]1990) beschrieben wird, abweicht, lässt sich am Beispiel der freiwilligen unbezahlten Blutspende darlegen. Die obligatorischen Verpflichtungen, die laut Mauss aus der Gabe erwachsen sind: die Verpflichtung Geschenke zu machen, die Verpflichtung Geschenke anzunehmen und die Verpflichtung Geschenke zu erwidern (vgl. ebd.: 36). Alle drei Verpflichtungen sind in der unbezahlten und freiwilligen Blutspende nicht zu finden. Es gibt keine Verpflichtung Blut zu spenden, es gibt keine Verpflichtung von Seiten der Blutspendeorganisationen Blut anzunehmen und es gibt keine Verpflichtung für die Patient/innen, die Blut erhalten haben, selbst Blut zu spenden.

Ein weiterer Unterschied zur Gabe findet sich, meines Erachtens, in der Aussagekraft, die Gaben und Spenden haben. Während Gaben etwas über die Beziehungen von Personen oder Gruppen aussagen, sagt die Spende lediglich etwas über den/die Spender/in aus. Sie hat gewissermaßen identitätsstiftenden Charakter. Wie aus den Aussagen von SpenderInnen ersichtlich werden wird, können unterschiedliche Formen der Spende, wo, was und wie gespendet wird, auch dazu dienen, sich selbst zu definieren.

Die Blutspende erfüllt aber auch nicht die Bedingungen, die Derrida (1992) für die reine Gabe aufgestellt hat: der Ausschluss von Reziprozität; der/die EmpfängerIn darf die Gabe nicht als Gabe erkennen und der/die Gebende darf die Gabe ebenso nicht als Gabe wahrnehmen (vgl. Derrida 1992:16).

Reziprozität ist im österreichischen Blutspendesystem keine Notwendigkeit. Ob jemand im Bedarfsfall Blutprodukte bekommt oder nicht, hängt nicht davon ab, ob er oder sie schon Blut gespendet hat. Die Kosten von Blutprodukten übernimmt generell, ebenso unabhängig davon, ein solidarisch organisiertes Gesundheitssystem, das gesetzlich alle Bürger/innen je nach Möglichkeit zu einem Beitrag verpflichtet.

Wie bereits in den Untersuchungen von Copeman (2005) deutlich wurde, wird die unbezahlte Blutspende aber zumindest in der Werbung von Spendeorganisationen als Gabe kommuniziert. Das Gefühl der Selbstzufriedenheit, das Derrida ebenso als Grund für die Zerstörung der reinen Gabe anführt, lässt sich, wie im nächsten Kapitel gezeigt wird, sowohl bei den unbezahlten Vollblutspender/innen als auch bei einem Großteil der entschädigten Plasmaspender/innen wiederfinden. Auch die Gleichzeitigkeiten und

Ungleichzeitigkeiten von Blut als Spende, Gabe, Ware und Medikament aus unterschiedlichen Perspektiven werden im Folgenden dargestellt.

Da, wie dargelegt wurde, Dinge nicht aus sich selbst heraus einen bestimmten ökonomischen Status haben, sondern dieser aus den Tauschhandlungen, in denen sie transferiert werden, resultiert, werde ich nun untersuchen, welche unterschiedlichen ökonomischen Zustände Blut im Prozess von der Spende bis zum/zur Empfänger/in aus der Sicht der Akteur/innen und aus den dabei stattfindenden Tauschhandlungen zukommt. In der Untersuchung der Intentionen von Spender/innen in unterschiedlichen Blutspendensystemen wird bereits sichtbar werden, dass die Art des Blutspendensystems auch wesentlichen Einfluss darauf nimmt, welche Art von Handlung die Blutspende darstellt. Im nächsten Schritt wird auf der Ebene der Organisationen deutlich werden, dass Blut, wenn es sich um eine Spende handelt, auf einer ideellen Ebene auch Verpflichtungen mit sich bringt, die wiederum Auswirkungen auf den ökonomischen Umgang mit Blut haben. Die Untersuchung von Blut im Krankenhauskontext wird zeigen, dass Blut auch hier starken ökonomischen Logiken unterworfen ist und dennoch den Nimbus einer Spende nicht gänzlich verliert.

5.2.1 BLUT AUS DER PERSPEKTIVE VON BLUTSPENDERINNEN

Die Blutspende hat bereits unter den *Spender/innen* unterschiedliche Bedeutungen, dabei ist die *Spende* nur eine unter anderen. Nicht jede von mir interviewte Person misst dieser Handlung dieselbe Bedeutung zu und nicht jede beurteilt diese Handlung in gleicher Weise. Im Zuge einer Auswertung dieser Perspektiven ergaben sich für mich unterschiedliche Kategorien von *Spender/innen*. Aus meiner Analyse ergibt sich ein Bild, das die angebotenen kulturellen Darstellungen der beiden Blutspendensysteme *unbezahlte Blutspende* beim Roten Kreuz und *Plasmaspende gegen eine Aufwandsentschädigung* im Plasmaspendezentrum stark mit den Intentionen der Spender/innen in Korrelation bringt.

Blut als Spende

Als SpenderInnen möchte ich jene Personen bezeichnen, die ihr Blut nur als Spende, nach der Definition von Adloff, weitergeben möchten: als freiwillige Gabe ohne äquivalente materielle Gegenleistung zum Wohle der Gemeinschaft an eine Vermittlungsinstanz (vgl. Adloff 2010: 12f).

Alle befragten Blutspender/innen gaben an, dass es ihnen ein gutes Gefühl gibt, etwas *Gutes oder Sinnvolles* zu tun. Viele betonten, dass sie gerne spenden, weil es ihnen keinen Aufwand bereitet und weil sie denken, dass Blut gebraucht wird und dass sie damit jemandem helfen können. Gemeinsam ist allen diesen Spender/innen, dass sie explizit jede monetäre Gegenleistung als Entwertung ihrer Spende empfinden würden.

Gabi, eine 39-jährige Angestellte, spendet seit rund zehn Jahren monatlich in Oberösterreich Thrombozyten beim Roten Kreuz. Dort wird ThrombozytenspendeInnen, im Gegensatz zum Roten Kreuz in Wien, auch eine Aufwandsentschädigung von 20 Euro pro Spende ausbezahlt. Gabi kommt es nicht richtig vor, dieses Geld zu behalten und spendet es wiederum an eine Organisation, die Kinder, die an Krebs erkrankt sind, und deren Familien unterstützt:

Ich behalte es mir nicht, weil ich ein Problem damit habe Geld dafür zu nehmen, dafür dass ich viele, viele Blutplättchen in mir trage und die zu verkaufen unter Anführungsstrichen, auch wenn das jetzt ja, sie bezahlen ja nicht die Ware sondern eigentlich nur die Zeit. Aber bei mir geht es im Kopf einfach nicht zusammen das Geld zu behalten, das passt einfach für mich, weiß ich nicht, moralisch nicht, und darum spende ich es. (P33/Körner: 227)

Frau Blau, eine 56-jährige Angestellte, geht seit vielen Jahren, aber unregelmäßig, zum Roten Kreuz zur Vollblutspende. Ihr ist es sogar unangenehm, im Anschluss an die Spende noch Getränke oder Speisen zu konsumieren. Sie spendet sicherheitshalber auch noch für die Verköstigung:

[!]Ich habe schon ein schlechtes Gewissen, wenn sie mir was zum Essen anbieten, was ich eh nie esse, weil ich keine Würstel mag. Ich habe das letztmal dann sogar was dort gelassen - 5 Euro oder was, weil ... na ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich jetzt wirklich Blutspenden gehe und dann bekommst du entweder Würstel oder Schnitten, also die habe ich genommen - weil ich sie gerne esse, aber das war das Einzige - ich habe auch nur Leitungswasser getrunken, weil ich mag kein Cola und keine Fruchtsäfte und nix. [...] Ich habe das hingelegt und dann bin ich gegangen. Das letztmal nicht, da habe ich vergessen, aber ich denke mir, die haben ja keine Einnahmen. (P24/Blau: 135)

Irina, Controllerin, 23 Jahre möchte ‚helfen‘ und das wäre nicht dasselbe, wenn sie dafür Geld bekäme:

[...] ich geh immer aus den gleichen Gründen und das letztmal wie ich da war wollt ich mich dann auch austesten lassen auf die Thrombozyten - eben auch aus dem Grund, dass ich sag, wenn die Leute die Konserven brauchen, dass sie sie auch haben. Weil man hat mir hier gesagt, dass man kein Geld kriegt. Habe ich gesagt ich mach es ja nicht wegen dem Geld, sondern weil ich den anderen Leuten helfen möchte. Weil es gibt ja extra das Plasmazentrum, wo man 20 Euro pro Spende kriegt oder so. Aber ich will ja helfen und dafür will ich kein Geld haben. (P29/Simacek: 15)

Gabi, die Thrombozytenspende aus Oberösterreich misstraut der Plasmaspende bei privatwirtschaftlich organisierten Plasmaspendezentren:

Na, na das [Plasmaspenden gegen Aufwandsentschädigung mach ich] schon gar nicht. Das wär ja dann eher noch abschreckender gewesen. Na das ist also... Blut und kommerziell... ist für mich, da bin ich eben auch wieder bei dem dass ich kein Geld nehmen mag - das geht für mich nicht und darum bin ich froh, dass ich da zu so einer Einrichtung wie zum Roten Kreuz gehen kann, auch wenn die natürlich auch handeln damit und das verkaufen, ist mir schon klar, aber trotzdem habe ich da ein besseres Gefühl. (P33/Körner: 243)

Die 61-jährige Pensionistin und Thrombozytenspende beim Roten Kreuz, Frau Horak aus Wien findet es widersprüchlich, dass man für eine Spende Geld bekommen soll.

Weil ich meine, ich gehe ja nicht spenden, dass ich dann ein Geld bekomme bitte. Das ist ein bisschen ein Paradox. (P22/Horak: 21)

Herr Barik, Pensionist, 65 Jahre, findet grundsätzlich, dass in der Medizin *Geschäfte* keinen Platz haben sollten:

[...]ich würde es [Blut] nie verkaufen. [...] weil ich der Meinung bin, dass in der Medizin keine Geschäfte gemacht werden sollen. (P28/Barik: 279-283)

Herr Berger, ein 69-jähriger Pensionist ist sich dessen bewusst, dass sein Blut auch beim Roten Kreuz einen ökonomischen Wert hat. Deswegen ist seine Spende für ihn doppelt sinnvoll:

Es ist bestimmt ein Unterschied, das ist einmal klar. Wenn ich, wie gesagt, Geldprobleme habe, dann werde ich es wahrscheinlich dort hingeben, wo ich Geld bekomme, wenn es ideell ist, ist es mir eigentlich lieber ich gebe es da dem Roten Kreuz und die machen was. Es ist insofern ja auch eine Unterstützung fürs Rote Kreuz - ich meine, ich bin eh Mitglied auch. Weil die verkaufen das ja den Spitälern und da wird bestimmt was übrig bleiben und das Rote Kreuz tut ja das - die haben ja viele Projekte wo sie dann das Geld brauchen, - die schenken es ja nicht her. [...] das ist ein Kreislauf und das Geld, was die kriegen das wird wieder für andere Sachen, für Katastrophen - egal, sind viele Dinge, wo sie dann das Geld brauchen. (P30/Berger: 139)

Für Stefan, 34-jähriger Student, seit etwa zehn Jahren Blutspender beim Roten Kreuz, wäre Geld in einer bestimmten Höhe eventuell ein Anreiz, aber er würde es nicht gut finden:

[...] Naja schon, wenn ich es verkaufe, dann verkaufe ich es, weißt das ist - da steht dann Geld im Vordergrund oder? Wenn man es verschenkt, dann ist eher halt dieser - Ich tue was Gutes- Gedanke. Wobei man sagen muss verkaufen, bei verkaufen da denke ich halt wirklich an Geld und nicht an ein Taschengeld. [...] für 20 Euro würde ich es wahrscheinlich gar nicht, also ich meine, wenn es zwei gäbe - es gäbe halt die Variante: Rotes Kreuz kostenlos und dann gibt es noch jemanden der bezahlt 20 Euro, dann würde ich wahrscheinlich trotzdem weiterhin hierher kommen, weil davon werde ich nicht reich, ich finde es an sich auch nicht besonders schlau Geld zu zahlen - eh schon wie vorher gesagt. Wobei ich finde es natürlich noch schlimmer, wenn man noch mehr Geld bekommt. Aber erst dann kommt dieser Geldfaktor überhaupt ins Spiel finde ich, also bei mir - für ein paar Euro, die machen mich nicht reich oder arm. (P32/Kastner: 361-365)

Aus der Sicht dieser Gruppe von Spender/innen ist das gute Gefühl, das sie bei der Spende haben, stark damit verbunden, dass sie keine (finanzielle) Gegenleistung dafür erhalten.

Plasmaspende mit finanziellem Vorteil

Andere Personen machen dieses gute Gefühl nicht davon abhängig, ob sie für die Spende eine finanzielle Gegenleistung erhalten. Eine große Gruppe der Plasmaspender/innen, acht von zehn Personen, gaben sowohl das gute Gefühl zu helfen als auch die finanzielle Entschädigung als die zwei wichtigsten Aspekte der Plasmaspende an. Diese Plasmaspender/innen erwähnten zu einem großen Teil ganz ähnliche Gründe für ihre Spende, wie auch die Blutspender/innen: jemandem helfen, jemandem etwas Gutes tun. Zusätzlich wurde auch, aber nie als erster Grund oder

Nutzen, die Aufwandsentschädigung genannt. Geld ist bei der Plasmaspende nicht nur diskursiv, sondern auch physisch präsent. Die Aufwandsentschädigung wird den Spender/innen direkt nach der Spende beim Anmeldeschalter ausgehändigt.

Karl, ein 28-jähriger Straßenkehrer, meint zur Frage, welchen Nutzen er davon hat, Plasma zu spenden:

Also in erster Linie dass ich Weiterhelfen kann und in zweiter Linie, dass ich eine Aufwandsentschädigung bekomme. (P17/Berg: 127)

Frau Lischko, Hausmeisterin, 49 Jahre, rechtfertigt sich fast ein bisschen:

Ja, man geht schon, also man geht da her eben um anderen zu helfen auch, ja. Also das, das Geld ist eigentlich nur Nebensache - also ich meine ich mache mit dem Geld immer was Anderes - ich schenke es meistens meinen Kindern oder was - ich gebe Neffen und Nichten dann Geschenke oder so, ich verwende es nicht für mich selber, ja, ich brauche das auch nicht, also ich komme mit meinem Lohn vollkommen aus, also ich verdiene ja nicht schlecht, also. (P18/Lischko:087)

Der 26-jähriger Installateur, Daniel, nennt ebenso zuerst das gute Gefühl und dann erst den finanziellen Aspekt:

Na das gute Gefühl und das Geldbörsel aufbessern. (P20/Priller: 127)

David, 24 Jahre, arbeitslos, macht das Plasmaspenden einerseits besonders stolz, weil er damit Menschenleben retten kann:

Ja also wie ich erfahren habe, dass aus dem Blut Medikamente hergestellt werden, dass sie bei Notfällen eingesetzt werden, habe ich mir gedacht, hey - das muss ich machen. Es ist ein Muss! Das heißt, wenn man spendet rettet man Leben und ich habe mir gedacht, ok, machst einmal was Gutes im Leben. (P19/Studer: 23)

Für sich selbst sieht David aber keinen Nutzen, außer dem Geld:

Also nichts dass ich wüsste, außer dass ich das, dass ich die Kohle krieg. (P19/Studer: 127)

Für die Personen in dieser Gruppe entwertet die finanzielle Aufwandsentschädigung die Spende nicht, sie betrachten sie lediglich als einen angenehmen Nebeneffekt. Aus ihrer Sicht handelt es sich um eine Spende. Gegen meine Definition der Spende spricht allerdings die finanzielle Gegenleistung.

Plasma als Ware und Blut als Spende

Es muss nicht sein, dass Personen aus einer bestimmten moralischen Überzeugung heraus sich für das eine oder andere Blutspenderegime entscheiden. Einige der Befragten hatten in beiden Systemen bereits Vollblut beziehungsweise Plasma *gespendet*. Auffallend ist jedoch, dass die Intention und die emotionale Wahrnehmung jeweils eine deutlich unterschiedliche war.

Frau Therese Maurer, eine 68-jährige Pensionistin, habe ich nach der Blutspende beim Roten Kreuz interviewt. Sie spendet seit rund 40 Jahren unbezahlt Vollblut, hat früher aber auch gegen eine Aufwandsentschädigung Plasma gespendet.

Naja - das Plasmaspenden seinerzeit habe ich natürlich gemacht weil sie, weil ich bezahlt worden bin dafür. Ich mein', wie ich mit den Kindern zuhause war - war das ein Taschengeld für mich. Während das jetzt - gehe ich nicht mehr Plasmaspenden, sondern mach ich lieber - gehe ich lieber Blutspenden um was Gutes zu tun damit. (P31/Maurer: 095)

Auch Anna, 28-jährige Studentin, hat schon aus finanziellen Motiven Plasma gespendet und war jetzt zweimal Blut spenden für das *gute Gefühl*.

Aber wie ich vorher eben gesagt habe - Es gibt mir ja ein gutes Gefühl, wenn ich Blut spenden war, also wenn ich jetzt dafür Geld bekommen würde, dann hätte ich für mich persönlich jetzt nicht so das Empfinden, da habe ich jetzt was Gutes für jemand anderen getan - das wäre dann eigentlich wie so ein Geschäft, ein Job. [...] Ja also wie ich da das Plasmaspenden versucht habe, da war die Intention ganz eindeutig: Ich wollte Geld haben, Also das war damals eben - ich hab mir gedacht, na das wäre eine gute Geschichte um schnell Geld zu verdienen, also da ist es auch wirklich darum gegangen dass ich Geld bekomme. Da hatte ich auch nicht so das Empfinden, da tue ich jetzt etwas Gutes. (P21/Baumann: 062-066)

Plasma als Ware

In diesem Bereich habe ich Personen angesiedelt, die die Plasmaspende explizit zum Geldwerb nutzen. Wobei sich hier auch Personen aus der vorigen Gruppe finden könnten, hätte ich sie zu einem anderen Zeitpunkt interviewt.

Martina, eine 29-jährige Studentin, hat zweimal Vollblut beim Roten Kreuz gespendet, spendet seit vier Jahren unterschiedlich intensiv Plasma und zieht daraus kein gutes Gefühl sondern betrachtet die Plasmaspende im Moment als reinen Nebenerwerb.

Also es ist nicht so dass ich mir denke, ja ich bin so ein guter Mensch - das ist eigentlich, ja, doch wie ein kleiner Nebenjob. (P26/Bergmann: 266)

Hätte ich Martina zu einem früheren Zeitpunkt interviewt, dann hätte ich sie im Bereich der Spender/innen angesiedelt.

Ingo, ein 46-jähriger technischer Assistent, hingegen vertritt diese Position sehr strikt. Er spendet seit rund zehn Jahren phasenweise regelmäßig Plasma nur aus finanziellen Motiven (vgl. P12/Peschek: 183) und würde Blut auch nie ohne Entschädigung spenden:

Nein, überhaupt nicht! Weil das ist eine dreiviertel Stunde liegt man dort und pumpt, pumpt, pumpt. (ebd.: 203)

Er würde aus demselben Grund auch nie zur Vollblutspende gehen:

Weil man da kein Geld bekommt - das ist dann irgendwo, ich meine, wenn man da - da denke ich mir halt es gibt so viele andere, die können das auch tun. Ich bin aber auch kein Mensch der was weiß ich, Bettlern Geld gibt oder so, also da bin ich, gebe so Unbekannten nicht leicht etwas her. (ebd.: 199)

Während die meisten Spender/innen Wert darauf legen, dass mit ihrem Blut oder Plasma irgendetwas Sinnvolles passiert, ist es Ingo auch völlig gleichgültig, was mit dem Plasma in weiterer Folge passiert:

Nein, die können das von mir aus wegschmeißen, das ist mir egal. (ebd.:66)

Für Ingo ist Plasma eine kostenlose Ressource, die er aufgrund der vorhandenen Möglichkeiten, die ihm das System der Plasmaspende bietet, zur Ware transformieren und verkaufen kann. Er betrachtet die Aufwandsentschädigung nicht als angenehmen Nebeneffekt zur Spende, sondern als Gegenleistung für sein Plasma.

Allerdings fällt Blut unter die Dinge, die wie Kopytoff (1986) meint, rechtlich und kulturell nur begrenzt für den Verkauf zugelassen sind (vgl. ebd.: 75). Der maximale Gewinn durch die *Aufwandsentschädigungen* ist begrenzt und folgt nicht den kapitalistischen Preislogiken eines freien Marktes.

Potentielle SpenderInnen

Eine ganz wesentliche Gruppe für die Blutspendeinstitutionen stellen jene Personen dar, die bisher noch nie Blut gespendet haben, oder zur Zeit nirgends aktiv Blut spenden. Alle Spendeorganisationen betreiben intensiv Werbung mittels Plakaten, Flyern und Werbespots. Die Botschaften, die dabei übermittelt werden, dienen einerseits dazu neue Personen anzusprechen, sie stellen aber gleichzeitig auch einen Identifikationsrahmen für jene dar, die bereits in einer Organisation Blut spenden.

Zum Vergleich wurden hier jeweils ein Werbesujet jedes in Wien ansässigen Plasmaspendezentrums und zwei Werbesujets des Roten Kreuzes herangezogen. Beide Institutionsformen vermitteln die Botschaft, dass es bei der jeweiligen Spende um die Rettung von Menschenleben geht. Die Plasmaspendezentren arbeiten zusätzlich mit dem finanziellen Anreiz, der auch eine Rolle spielt, wie bereits die Intentionen der Plasmaspender/innen gezeigt haben.

Plasma spenden, Leben retten und finanzielle Entschädigung...



Abb. 4: Werbesujets der Plasmaspendezentren⁵

Blut spenden, Leben retten, stolz sein...



Abb. 5: Werbesujets Blutspende ÖRK⁶

Auf die Frage, welche Maßnahmen durch das Plasmaspendezentrum gesetzt werden, um Menschen zur Plasmaspende zu motivieren, wurden von Herrn Prankl, dem Geschäftsleiter eines Plasmaspendeunternehmens, diese Aspekte genannt:

Es ist so, dass wir seit Jahren fragen, was die Motivation unserer Spender ist hierher zu kommen und da gibt es immer drei Antworten - das eine ist die finanzielle Aufwandsentschädigung, das andere ist das Wissen, dass man gesundheitlich kontrolliert ist — einfach, durch diese permanenten Testungen — also man hat ständig eine medizinische Kontrolle und ist, ja einfach gut monitiert, und das dritte ist einfach das gute Gefühl geholfen zu haben. Und das sind auch die Botschaften mit denen wir dann natürlich arbeiten. (P3/Prankl: 21)

⁵ v.l.n.r.: Plasmapunkt Kagran (o.J.): Werbesujet „Plasmaspender können sich mehr leisten“ [online] http://www.peach.at/CONTENT/wp-content/uploads/2011/01/PpK_layouts_Poster_1112-3.jpg [28.05.2012]; Humanplasma (o.J.): Werbesujet „Wir helfen Menschen zu überleben!“. Postwurfsendung 08/2011; Baxter/Plasmazentrum 1070 Wien (o.J.): Werbesujet „Plasma spenden und Leben retten!“. Flyer 10/2011

⁶ v.l.n.r.: Österreichisches Rotes Kreuz (o.J.): „Blut spenden rettet Leben“. Flyer 07/2011; Österreichisches Rotes Kreuz (o.J.): „Tragen Sie es mit Stolz“ [online] http://www.roteskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Blut/kampagne09/RK_Stolz_AZ_Studium_210x148_abf_Dr.pdf [28.05.2012]

Die Botschaften, die in der Spender/innenwerbung vermittelt werden, spiegeln sich auch in den Aussagen meiner Interviewpartner/innen wieder. Es scheint sich hier um einen Kreislauf zu handeln, in dem Botschaften sich gleichermaßen gegenseitig erzeugen und bestätigen. Die finanzielle Aufwandsentschädigung und die Form der Institution unterscheiden die Botschaften der Organisationen und stellen für die potentiellen Spender/innen, die entweder auf der Suche nach dem guten Gefühl, nach Geld oder nach beidem sind, die entscheidenden Auswahlkriterien und Identifikationsrahmen bereit.

Auch Kieran Healy hat in seinen Untersuchungen unterschiedlicher Blutspenderegime diese Dynamik beschrieben. Unterschiedliche Systeme schaffen unterschiedliche *kulturelle Darstellungen der Spende*. Sie kreieren Kontexte und Diskurse über die Bedeutung dieser Handlung. Sie stellen Bilder, Ideen und Geschichten von fiktiven Empfänger/innen bereit. Motivationen, Gründe und Gefühle werden gleichsam zur Identifikation angeboten und sprechen eine bestimmte Gruppe Menschen besonders an und andere nicht (vgl. Healy 2006: 117).

5.2.1.1 Fazit

Was hier zu verdeutlichen war, ist, dass es innerhalb der Personengruppe, die in irgendeiner Form Blut spendet, große Diversitäten bezüglich der Intention gibt. Plakativ lassen sich daraus vier unterschiedliche Gruppen, deren Bezeichnungen ich nicht als Wertungen verstanden wissen möchte sondern als Handlungsbeschreibungen: SpenderInnen, PragmatikerInnen, OpportunistInnen und KapitalistInnen.

Als Spender/innen im eigentlichen Sinn möchte ich jene Personen bezeichnen, die aus Überzeugung ihr Blut nicht hergeben würden, wenn Geld im Spiel wäre und denen es besonders wichtig ist, dass die Spende durch möglichst nichts kompensiert und damit *entwertet* wird.

Die Opportunist/innen haben zu einem bestimmten Zeitpunkt in ihrem Leben Plasma nur aus finanziellen Gründen *gespendet* und spenden jetzt für das *gute Gefühl* Blut ohne finanzielle Gegenleistung. Die Gruppe der Opportunist/innen ist keine stabile Kategorie, sondern je nach Zeitpunkt der Befragung könnten die Opportunist/innen auch zu den Kapitalist/innen oder zu den Spender/innen zählen. Ihre ‚moralische Flexibilität‘ ermöglicht ihnen eine Mobilität zwischen den unterschiedlichen Systemen der Blutspende, die der Gruppe der Spender/innen verschlossen bleibt, wobei nicht auszuschließen ist, dass eine finanzielle Notsituation nicht auch die Spender/innen für eine finanzielle Gegenleistung ansprechbar machen würde.

Als Pragmatiker/innen möchte ich jene Personen bezeichnen, die Plasma gegen eine Aufwandsentschädigung *spenden* und sich sowohl über das Geld freuen als auch das gute Gefühl haben, mit ihrer Handlung anderen Menschen zu helfen. Für sie hat das Geld keine Entwertung der Spende zur Folge.

Die Kategorie der Kapitalist/innen betrachtet die Plasmaspende nicht als Spende, sondern als Handel, in dem Plasma gegen Geld getauscht wird. Auch wenn sie dabei die gleiche Handlung ausführen wie die Pragmatiker/innen, wird sie von Ihnen anders wahrgenommen.

Diese vier grob unterteilten Gruppen sind nicht stabil. Die Opportunist/innen zeichnen sich dadurch aus, dass sich je nach Zeitpunkt und Lebensumständen auch ihre Intentionen verändern und Wertvorstellungen aktualisieren können. Immer sind es aber bestimmte Institutionen, die die Intention der Handlung ermöglichen.

Das bestätigt, was Kieran Healy (2006) über den Einfluss von Blutspenderegimes sagt. Unterschiedliche Institutionen stellen unterschiedliche Deutungsmuster für Spender/innen bereit. Gleichzeitig wird deutlich, was Titmuss (1997 [1970]) mit der *Ermöglichung der altruistischen Handlung* meint:

What we do suggest, however, is that the ways in which society organizes and structures its social institutions – and particularly its health and welfare systems – can encourage or discourage the altruistic in man; such systems can foster integration or alienation; [...] they can allow the 'theme of the gift', of generosity toward strangers, to spread among and between social groups and generations. (ebd.: 292)

Titmuss setzte sich besonders für die unbezahlte Blutspende ein und kritisierte, dass alle Theorien, die sich mit Geschenken bisher (1970) beschäftigt hatten, negieren, dass es einen großen Bereich von *Gaben-Handlungen* und *Verhalten* in persönlichen und unpersönlichen Kontexten gibt, die keine physischen Objekte beinhalten, deren Wert in ökonomischen Größen schwierig oder unmöglich zu quantifizieren ist und die, obwohl sie einen Akt des Gebens darstellen, keine expliziten Rechte, Erwartungen oder moralischen Verpflichtungen eines Gegengeschenks erzeugen. Titmuss ist der Meinung, dass wenn es möglich wäre, auf solche Handlungen ein metaphysisches Konzept von Nützlichkeit anzuwenden, man sehen würde, dass sie keine Prozesse, Beziehungen oder Dinge sind, die Menschen erwerben, besitzen oder kaufen möchten. Titmuss bezeichnet diese sozialen Geschenke und Handlungen als Formen ‚kreativen Altruismus‘. Sie sind kreativ, indem das Selbst realisiert wird durch die Hilfe von anonymen Anderen; sie ermöglichen das biologische Bedürfnis zu helfen, um sich selbst auszudrücken (vgl. ebd.: 279).

Die *Spende* im eigentlichen Sinn kann für die Gruppe der SpenderInnen in einem System, das die Spende finanziell, wenn auch unter der Bezeichnung Aufwandsentschädigung,

vergütet, nicht realisiert werden, sondern nur in einem System, das es den Menschen erlaubt, altruistisch und frei von finanziellen Einflüssen eine freie Spende zum Wohle der Gemeinschaft zu tätigen. Die gemeinnützige Organisation stellt für viele der Spender/innen zusätzlich einen Rahmen dar, dem sie größeres Vertrauen entgegenbringen als privatwirtschaftlich organisierten Unternehmungen.

Gleichzeitig stellen privatwirtschaftlich organisierte Plasmaspendezentren einen Rahmen zur Verfügung, in dem Personen mit anderen Vorstellungen über die Spende sowohl in den Genuss des guten Gefühls etwas Nützliches für die Gemeinschaft zu tun, als auch der finanziellen Aufwandsentschädigung kommen können. Allerdings entspricht diese Handlung, weil sie eben ein Tausch von Plasma gegen Geld ist, nicht der Definition der Spende, wie ich sie verstehe. Letztlich zeigt sich auch bei den Kapitalist/innen, dass sie aufgrund der Aufwandsentschädigung nicht das Gefühl haben, etwas zu *spenden*.

Kieran Healy nennt als einen entscheidenden Faktor für den Erfolg der *kulturellen Darstellung der Spende*, den Grad in welchem diese auch von den Beschäftigten des Blutspendesystems mitgetragen wird. Spender/innen wollen sicher sein, dass ihre Spende dem intendierten Zweck zugeführt wird und dieses Vertrauen muss von der Organisation geschaffen werden (vgl. Healy 2006: 122f).

Im nächsten Schritt werde ich untersuchen, wie Blut innerhalb von Organisationen be- und gehandelt wird und wie die Darstellung der Spende sich hier auswirkt.

5.2.2 BLUT AUS DER PERSPEKTIVE DER SPENDEINSTITUTIONEN

Die beiden dominierenden Blutspenderegime in Österreich sind sehr konträr. Das Österreichische Rote Kreuz (ÖRK) ist eine humanitäre Hilfsorganisation und rechtlich gesehen ein privater, gemeinnütziger Verein (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 1). Für das ÖRK gelten als oberste Handlungsmaxime die von der Wiener Rotkreuzkonferenz 1965 beschlossenen und proklamierten sieben Grundsätze: "Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität" (Haug 1966: 144). Der Grundsatz der Freiwilligkeit stellt auch in Bezug auf die Blutspende ein konstitutives Element des institutionellen Selbstverständnisses des ÖRK dar. Dennoch ist für diverse Aufgabengebiete des Roten Kreuzes wie auch für Blutspendeeinrichtungen entlohntes Personal nötig. Diese „[...] müssen sich jedoch der Rot-Kreuz-Grundsätze bewusst sein [und] [...] mit der richtigen Einstellung an die tägliche Arbeit herangehen" (Haug 1966: 169).

Das Österreichische Rote Kreuz hat sich für die Aufbringung und Verwendung der von ihnen gesammelten Spenden eine *Spendenselbstverpflichtung* auferlegt, die eine

widmungsgemäße, wirksame, kontrollierte und informierte Verwendung von Spendenmitteln sicherstellen soll (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2).

Im Gegensatz dazu sind die in Wien ansässigen Plasmasammelzentren Europlasma (vgl. Europlasma) und Plasmapunkt (vgl. Plasmapunkt) Gesellschaften mit beschränkter Haftung und Baxter eine Aktiengesellschaft (vgl. Baxter 1). Dass Kapitalgesellschaften den wirtschaftlichen Zweck des Profits verfolgen, setze ich voraus, während das Rote Kreuz als Non-Profit Organisation dieses Ziel nicht anstreben darf.

Dass Menschen das Reservoir für den Rohstoff Blut darstellen, bringt insgesamt Herausforderungen mit sich, die von den Spendeorganisationen berücksichtigt werden müssen. Der Spender/innenkörper ist nicht nur die Hülle, in dem der Rohstoff zur Spende antritt, sondern Menschen haben auch Ansprüche und bergen Risiken – sie lügen, sind empfindlich und haben verinnerlichte Werte und Normen.

Ich werde versuchen darzustellen, welchen Status Blut im Rahmen der Institutionen erhält und wie sich der Aspekt der intentionalen Spende auswirkt oder auch nicht. Aus den unterschiedlichen Möglichkeiten, die mir in den beiden Bereichen für eine empirische Untersuchung gegeben wurden, hat sich ein deutliches Ungleichgewicht ergeben. Während ich beim Roten Kreuz eine ganze Reihe von unterschiedlichen Mitarbeiter/innen persönlich interviewen konnte und auch auf Beobachtungen zurückgreifen kann, stehen mir bei den Plasmaspendezentren nur zwei indirekt geführte Interviews zur Verfügung, die nur wenig Rückschlüsse auf die Fragestellung zulassen.

In meiner Analyse hat sich deutlich ergeben, dass Blut zwar keine Gabe im Sinne von Mauss ist, dennoch lässt sich nicht abstreiten, dass insbesondere Mitarbeiter/innen beim Roten Kreuz mir gegenüber immer wieder auf eine Schuldigkeit den Spender/innen gegenüber und auf Blut als Geschenk verwiesen haben. Aus dieser Schuld ergeben sich offensichtlich Verpflichtungen auf einer ideellen Ebene. Diese Verpflichtungen gründen in der Tatsache, dass Blut beim Roten Kreuz ohne Gegenleistung gespendet wird. So gesehen könnte man hier durchaus die Verpflichtung zur Gegengabe nach Mauss bis zu einem gewissen Grad auf das Rote Kreuz anwenden, allerdings unter der Prämisse, dass es sich bei dieser Gegengabe um keine materiellen sondern rein ideelle Verpflichtungen handelt.

Diese Verpflichtungen kamen bei den MitarbeiterInnen des Roten Kreuzes ausgeprägter zur Geltung als bei denen des Plasmaspendezentrums. Meines Erachtens ist dies nicht nur die Folge der geringeren Informationen, die ich im Plasmaspendezentrum sammeln konnte, sondern auch dessen, dass die Aufwandsentschädigung bereits einen guten Teil der *Schuld* abdeckt.

Freundlichkeit

Freundlichkeit den Spender/innen gegenüber wurde von Mitarbeiter/innen in beiden Organisationsformen als ein wichtiger Aspekt erachtet. Einerseits dient sie der Selbsterhaltung, um das System am Laufen zu halten und um den eigenen Job zu sichern, andererseits hat der/die Spender/in das auch *verdient*. Das wurde unter anderem in Gesprächen mit Mitarbeiter/innen im Blutabnahmebereich beim Roten Kreuz deutlich.

Die Freundlichkeit der Mitarbeiter/innen im Umgang mit den Spender/innen im Abnahmebereich ist ein wesentlicher Beitrag dazu, dass Spender/innen gerne wieder kommen. Dessen sind sich auch die Beschäftigten bewusst, wie mir eine Schwester in der Abnahme erklärt:

Das ist ja eine Dienstleistung am Spender - die SpenderInnen kommen freiwillig und gratis - das Wenigste was wir tun können ist, dass man freundlich ist. (P36/Forschungstagebuch: 664)

Auch für Frau Müller, Diplomierte Krankenschwester, ca. 40 Jahre, ist es nicht immer einfach freundlich zu sein, aber sie sieht das als einen wichtigen Teil ihrer Arbeit an:

Bemühen muss man sich auf jeden Fall, ohne bemühen geht gar nix. [...] ohne Spender funktioniert dieser Betrieb ja nicht. Ich sag immer wir sind ein bisschen wie die Fotografen - beim Fotografen geht zuerst das Licht an und dann kommt er - und wir brauchen die Spender ohne Spender funktioniert es nicht. Die zehn Minuten die sie bei uns sind möglichst so zu gestalten dass sie sich wohl fühlen, dass es ein angenehmes Erlebnis war, dass sie vielleicht einmal lachen haben können oder lächeln. - Ja da komm ich wieder - da ist dann das Ziel erreicht. Manchmal ist der Spender mal nicht so gut drauf oder eine Kollegin da kann man aber trotzdem höflich sein die zehn Minuten. (P9/Müller: 102)

Ebenso betont Frau Krumbacher, ca. 50 Jahre, eine angelernte Hilfsschwester im Abnahmebereich, wie wichtig es ist, freundlich mit den Spender/innen umzugehen.

Oja, das glaube ich schon. Nachdem man den Spender optimal betreut und mit ihm bis zum Schluss nett ist - dem gefällt das sicher und tut ihn irgendwie motivieren dass er wieder kommt und man spürt das ja - der bedankt sich, das hat ihm gefallen und er ist zufrieden und ich denke schon, dass das was ausmacht. Als wie einer der nur herumgrantelt und mit denen keinen Kontakt will - sie wissen eh - einfach die Umstände sind anders, der ist angefressen, sagt ich komme nie wieder, weil - das gibt's auch - es gibt so Spender, die halt wirklich sehr sensibel sind, auf das einen Wert legen und die anderen sind halt verärgert - das glaube ich schon, dass das was ausmacht. Weil wir wollen ja auch wo in einem Geschäft jemand Freundlichen haben und wenn der nicht mehr freundlich ist, dann gehe ich auch nicht rein, warum soll ich dorthin gehen. (P10/Krumbacher: 191)

Auch bei der Plasmaspende wünschen sich viele dieses gute Gefühl und ein Großteil der Plasmaspender/innen gibt es ebenfalls als Nutzen bei der Plasmaspende an.

Allerdings kann bei der Plasmaspende ein Weniger an gutem Gefühl auch mit Geld kompensiert werden, beziehungsweise gibt es auch Spender/innen, die dezidiert auf dieses gute Gefühl verzichten können und lediglich die Aufwandsentschädigung haben wollen. Aber auch der medizinische Leiter des Plasmaspendezentrums, Dr. Mantler,

nennt die Freundlichkeit im Umgang mit den Spender/innen als wichtigen Grund dafür, dass Spender/innen wieder kommen:

Ganz genau, bei uns steht einfach auch der Mensch im Mittelpunkt und man verbringt ja da sehr viel direkt Zeit und ja direkt miteinander, ja (P4/Mantler: 147). [...] Genau. Weil man ja dann schon sehr umsorgt und betreut wird im Spendedaal. (P4/Mantler: 175)

Frau Müller, die Diplomkrankenschwester beim Roten Kreuz, betont, dass die Sicherheit der Spender/innen immer an erster Stelle steht. Trotzdem muss sie auch auf die Sicherheit der Konserve achten:

Also sobald sich der Allgemeinzustand eines Spenders verändert während der Spende - es wird ihm übel oder vom Kreislauf her, - er fühlt sich nicht wohl - wird die Spende immer abgebrochen, es wird sofort abgebrochen. Das Wohl der Spender geht immer der Konserve vor. Das ist wichtig dem Spender Muss es gut gehen dann wird sofort die Nadel entfernt und wird aufgehört. Sobald er sagt es geht ihm nicht gut oder man sieht das was nicht stimmt oder er sagt dass der Kreislauf zusammen bricht. Das Blut das nicht verwendet werden kann sieht man bei der Spende nicht. Was manchmal schon passieren kann, dass der Spender am Spendebett irgendwelche Angaben macht die eine Sperre der Konserve zur Folge haben, aus anamnestischen Gründen, dass man das Blut so nicht weiter geben kann. (P9/Müller: 61)

Der Smalltalk im Plauderton, der die Blutspende unter anderem zu einem guten Erlebnis macht, kann oft auch für den Sicherheitsaspekt wichtig sein, wie auch Frau Krumbacher, Hilfsschwester, ca. 50 Jahre, erzählt (vgl. P10/Krumbacher: 071).

Dass bezahlte SpenderInnen eventuell eine Gefahr für die Sicherheit der Blutprodukte darstellen, sieht Herr Prankl nicht so, aber er betont auch, dass die Freiwilligkeit das wichtigste Kriterium für die Plasmaspende darstellt:

Das sehen wir überhaupt nicht so, weil das wichtigste ist dass die SpenderInnen das alles freiwillig machen. Ob sie jetzt Blut spenden oder Plasma spenden und die Aufwandsentschädigung die es für eine Plasmaspende gibt, die ist so gering, dass die ganz sicher nicht zu irgendeinem Missbrauch einlädt. Ja, also das ist wirklich nur als Aufwandsentschädigung gedacht, eben zur Kompensation der Fahrt und Zeitkosten, ja und das, ja außerdem gibt es einen Hinweis auf strafrechtliche Konsequenzen in der Spenderaufklärung, die es von uns gibt. Dass das wirklich... [...]Da gibt es strafrechtliche Konsequenzen, wenn da unrichtige Angaben gemacht würden, ja. (P3/Prankl: 075-079)

Die Beschäftigten hier arbeiten nicht nur mit Blut sondern in erster Linie mit den Menschen, die das Blut mehr oder weniger als Spende zur Verfügung stellen. Dabei ist einerseits der korrekte, also gesetzlich und in standardisierten internen Arbeitsabläufen festgelegte, Umgang mit Blut wichtig, andererseits entscheidet das ‚Erlebnis‘, das die Spender/innen hier haben, darüber ob sie auch wiederkommen. Bereits hier gibt es zwei Ebenen, einmal Blut als wertvollen Rohstoff zu behandeln und die Menschen, die den Rohstoff freiwillig (und unbezahlt) zur Verfügung stellen, mit dem *guten Gefühl* zu entlassen, das von den meisten Spender/innen als Motivation zur Blutspende angegeben wird. Beim Roten Kreuz ist dieses gute Gefühl umso wichtiger, weil den Spender/innen ansonsten keine materielle Gegenleistung geboten wird.

Die Frage nach den Besonderheiten von Blut als Arbeitsmaterial beantworten Frau Müller und Frau Krumbacher mit Assoziationen von Blut als „lebensrettend“ (P9/Müller: 133) und Blut als „lebendes Medikament“ (P10/Krumbacher: 087), während es beim medizinischen Leiter des Plasmaspendezentrums Assoziationen über „gesetzliche[r] Vorgaben, bezüglich der Weiterverarbeitung und der Lagerung, ja, wie das zu geschehen und zu erfolgen hat“ erzeugt (P4/Mantler: 095). Für ihn ist der Unterschied zwischen Plasma und anderen Medikamenten: „Blutplasma hat keine Chargennummer und ist nicht standardisiert. [...] Dadurch unterscheidet es sich“ (P4/Mantler: 127).

Im Unterschied zur Vollblutspende, die den Hauptteil der Spenden beim Roten Kreuz ausmacht, wird in Plasmaspendezentren Blutplasma mittels Plasmapherese-Apparaten abgenommen. Die Abnahme und die Auftrennung des Blutes in seine Bestandteile, die eigentliche Herstellung des Plasmas, geschieht praktisch in einem Schritt und wird, bis auf das Setzen und Entfernen der Nadel, von einem Apparat durchgeführt, der den SpenderInnen in mehreren Zyklen Vollblut abnimmt und Erythrozyten zurück transfundiert.

Dankbarkeit

Ein wesentlicher Unterschied, der mir in meinen Beobachtungen aufgefallen ist, war, wer wem zum Schluss zu Dank verpflichtet ist, insofern man das daran erkennen kann, wer zuletzt ‚Danke‘ sagt.

Beim Roten Kreuz konnte ich beobachten, wie sich während des gesamten Prozesses ständig beidseitig bedankt wird. Vom Ausfüllen des Fragebogens bis zu Würstel und Mannerschnitten wechselt das *Danke* unzählige Male hin und her. Zum Schluss, wenn der/die Spender/in den Laberaum und damit den letzten Bereich der Blutspende verlässt, bekommt er/sie immer noch ein letztes deutliches *Danke* zum Abschied. Immer war es ein/e Mitarbeiter/in des Roten Kreuzes der sich/die sich als Letzte/r bedankte. Dazu kommt noch ein Danke-SMS von der Blutspendezentrale am nächsten Tag.

Im Plasmaspendezentrum war es immer der/die Spender/in, der/die sich zuletzt bedankte. Diesen Umstand habe ich einen Nachmittag lang beobachtet. Ausschlaggebend dafür sind der Ablauf nach einer Plasmaspende und der Zeitpunkt der Geldübergabe. Die Spender/innen holten sich jeweils nach der Spende und vor dem Verlassen des Spendezentrums ihren Plasmaspendeausweis beim Empfangsschalter wieder ab und bekamen gleichzeitig die Aufwandsentschädigung überreicht. Weil sie in diesem Moment das Geld erhielten, waren immer die Spender/innen diejenigen, die sich bedankten, worauf der/die Mitarbeiter/in mit *Bitte* antwortete.

Meine Interpretation dieser Beobachtungen ist, dass das Rote Kreuz den SpenderInnen zu Dank verpflichtet ist, während das Plasmaspendezentrum zur Auszahlung der Aufwandsentschädigung verpflichtet ist und damit die Spender/innen in die Rolle der Dankbaren verweist.

Nachdem die Plasmakonserven im Plasmazentrum tiefgefroren wurde, wird es zur Weiterverarbeitung an die pharmazeutische Industrie weitergegeben und hat damit auch eine relativ kurze Verweildauer im Plasmazentrum, während beim Roten Kreuz erst die Herstellung von Blutprodukten beginnt. Die Weiterverarbeitung des Plasmas, das im Plasmaspendezentrum gesammelt wurde, konnte ich nicht beobachten. Die folgenden Verpflichtungen, die sich aus meiner Untersuchung ergeben, beziehen sich daher nur mehr auf die Weiterverarbeitung beim Roten Kreuz.

Information

Die Spender/innen erfahren zwar nicht, wer die Blutprodukte aus ihrem Blut erhält, aber es wird ihnen jedenfalls ein starkes Anrecht darauf eingeräumt zu wissen, in welcher Form ihr Blut weiterverwendet wird oder nicht. Das Rote Kreuz sieht sich hier offensichtlich auch in einer Verpflichtung den Spender/innen gegenüber.

Das zeigt sich einerseits anhand der zahlreichen Informationsbroschüren über die unterschiedlichen Blutprodukte, die aus einer Vollblutkonserven hergestellt werden, andererseits auch darin, dass Spender/innen darüber informiert werden, falls ihr Blut nicht zur Weitergabe an Patient/innen geeignet ist. Im Fall von positiven oder falsch-positiven Testergebnissen muss das Blut entsorgt werden und der/die Spender/in wird darüber verständigt. Im Gespräch mit einer Labormitarbeiterin wurde gesagt, dass man das den Spender/innen einfach „[...] *schulde* – aus Respekt vor dem Spender [...] Weil er soll wissen, dass die Spende nicht verwendet wurde“ (P36/Forschungstagebuch 150).

Oder aber auch wenn Blut für Forschungszwecke benötigt wird, müssen die Spender/innen im Vorhinein darüber informiert und damit einverstanden sein, wie mir Frau Klammer vom Labor versichert:

Wir haben Konserven, die unten extra abgenommen werden, jetzt als Heparin-Konserven oder wo nur der Buffy-Coat gebraucht wird, die sehr wohl für die Forschung verwendet werden, da wird aber der Spender auch vorher diesbezüglich informiert, ob er da einverstanden ist, dass das jetzt nicht direkt einem Patienten zugutekommt sondern für die Forschung verwendet wird. (P7/Klammer: 195)

Während das Rote Kreuz ganz offen auch die pharmazeutischen Betriebe nannte, denen das bei ihnen aufgetrennte Plasma weiterverkauft wird, wollte man mir im Interview mit der Geschäftsleitung des Plasmaspendeunternehmens keine Namen nennen:

Sie meinen, sie wollen wissen wer unsere Abnehmer sind - wem wir das...[...] das sind internationale Unternehmen, die auch österreichische Niederlassungen haben, ja. (P3/Prankl: 107-111)

Wertschätzung und Wirtschaftlichkeit

Für Frau Schleinitz, Rot-Kreuz Mitarbeiterin im Bereich der Blutausgabe, die die Blutprodukte dort betreut, wo sie das Rote Kreuz bereits wieder verlassen, ist der Ursprung der Konserven als *Geschenk* sehr präsent und dieser bewirkt gleichzeitig auch den Anspruch nach einem ökonomischen Umgang mit dem Produkt:

Ja ich glaub schon ich denke mir das ist ein Geschenk. Mit Geschenken sollte man einfach verantwortungsbewusster umgehen. Weil ein Spender der zu uns kommt, uns eben eine Konserve spendet. Der geht davon aus, dass die wirklich sorgfältig behandelt wird, dass die am Ende dann zu jemandem kommt, der sie braucht und jemanden hilft. Also wir schauen da wirklich, dass wir den Verwurf wirklich gering halten, dass sich jeder bewusst ist mit was er da arbeitet. Die KollegInnen sind sich auch bewusst, dass sie da keine Essiggurkerl verkaufen sondern eben wirklich ein Notfallmedikament und dass das wirklich wichtig ist. Das wird schon großgeschrieben bei uns. Es macht die KollegInnen auch grantig wenn sie erfahren dass im Spital ... wenn es Schlagzeilen gibt, dass zu viel bestellt wurde oder so. [...] das ärgert uns dann schon. Das ist schon sehr wichtig, dass der Umgang sorgsam passiert. (P34/Schleinitz:120)

Frau Mesic, ca. 45 Jahre, die in der ‚Produktion‘, also mit der Weiterverarbeitung der Vollblutkonserven beschäftigt ist, ist klar, dass das auch eine Routinearbeit ist. Dennoch ist ihr wichtig, dass ihre MitarbeiterInnen sich auch der Besonderheit ihrer Arbeit bewusst sind:

Das ist durch Routinearbeit und so glaube ich ist es den Mitarbeitern mit der Zeit, immer wieder sage ich ihnen wie wichtig es ist was sie tun und wie toll das ist was sie tun und wie das einfach einmalig ist, einfach weil das so eine Produktionsroutine wird. Ich habe eher so das Gefühl dass man vergisst mit welchen wertvollen Sachen, was man da wertvolles in der Hand hat. (P8/Mesic: 141)

Wirtschaftliche Faktoren wie Zeit, Effizienz und Qualität spielen dabei ganz wesentliche Rollen. Auch Vereinbarungen mit pharmazeutischen Betrieben, die das Plasma weiterverarbeiten, nehmen Einfluss auf die Verarbeitung, wie auch Frau Mesic berichtet:

Es gibt Voraussetzungen welches Blut bis 20 Uhr bearbeitet werden muss, das richtet sich nach dem, wie lange es dauert, weil wir Plasma herstellen - wie lange es dauert bis zum Einfrieren vom Plasma. Wir haben die Vorschrift [von den weiterverarbeitenden Firmen], dass das Plasma nicht älter als 24 Stunden sein darf, das heißt ich muss die Konserven bearbeiten, die Blutkonserven, so dass sich das ausgeht, dass das Plasma nicht älter als 24 Stunden ist. - Dann berechne ich das, schaue wann die Abnahme war - natürlich, wenn die Abnahme um 14 Uhr Nachmittag war, habe ich bis nächsten Tag, 14 Uhr Zeit, um das - und dementsprechend plane ich den Dienstplan und teile ich das Personal ein. (P8/Mesic: 019)

Plasma, als Nebenprodukt der Produktion von Erythrozytenkonzentraten, kann gewinnbringend an die Pharmaindustrie weiterverkauft werden und muss deshalb auch nach deren Vorgaben bearbeitet werden.

5.2.2.1 Fazit

Die ideellen Verpflichtungen des Roten Kreuzes seinen Spender/innen gegenüber, die ich in der Blutspendezentrale des Roten Kreuzes nicht nur anhand der exemplarisch ausgewählten Zitate ausmachen konnte, sind: Freundlichkeit, Dankbarkeit, Information, Wertschätzung und Wirtschaftlichkeit und liegen im freiwilligen und unbezahlten Ursprung der Spende begründet. Gleichzeitig bilden Wertschätzung und Wirtschaftlichkeit die Basis für einen effizienten Umgang mit der Spende und führen zur Verpflichtung, die Spende auch in einem ökonomischen Sinn mit dem größten Nutzen und dem größten Gewinn zu bearbeiten.

Neben der Verpflichtung zur Freundlichkeit gegenüber den Spender/innen und der Verpflichtung zur Bezahlung der in Aussicht gestellten Aufwandsentschädigung konnte ich beim Plasmaspendezentrum keine Verpflichtungen den Spender/innen gegenüber erkennen.

Würde das Rote Kreuz auch eine Aufwandsentschädigung bezahlen, wären diese Verpflichtungen gegenüber den Spender/innen Großteils abgegolten. Die Spendenwilligkeit in dieser Organisation ist aber für viele Spender/innen explizit an den Ausschluss von Geld gebunden und im Vertrauen darauf, dass die Organisation die Spende bestmöglich verwaltet.

Beide Organisationsformen sind gezwungen, die Substanz, die sie sammeln und mehr oder weniger bearbeiten, unter ökonomischen Gesichtspunkten zu behandeln. Die Kapitalgesellschaften sind ihren Aktionär/innen und Eigentümer/innen verpflichtet möglichst viel Profit zu erwirtschaften und das Rote Kreuz verpflichtet sich, mit den erhaltenen Spenden möglichst wirksam umzugehen, also ebenso den größtmöglichen Nutzen zu erzielen.

Mit diesen ökonomischen Aspekten in der Blutspende beschäftigt sich auch Jacob Copeman. Er nennt die Entwicklung einer Technik zur Auftrennung von Blut in einzelne Bestandteile in den 1950-er Jahren als den Beginn der *Blutökonomie*. Durch die ab da mögliche Komponententherapie wurde es möglich, Vollblutkonserven *nützlicher* zu machen, in dem man mehrere Produkte daraus herstellt. Damit kann die Spende auf Seiten der SpenderInnen multipliziert werden. Die altruistische Spende und die Warenlogik, im Sinne einer Maximierung von knappen Ressourcen, sind im Blutspendewesen damit gleichzeitig präsent. Indem eine altruistische Gabe, die sich selbst wieder reproduziert, in ihrem Wert multipliziert werden kann, wird eine Warenproduktion ermöglicht, die Gell einen modernen technologischen „magic standard“ (Gell zit. nach Copeman 2005: 471f) nennt.

Auch für Vera Kalitzkus finden Gaben- und Warentausch bei der Weitergabe von menschlichen Körperteilen immer gleichzeitig statt, wobei die Form der Institution, die diese Vermittlung übernimmt, die Konzeption der Gabe wesentlich beeinflusst. Blut wird dabei bei nicht-kommerziellen Blutspendediensten als „[...] ein aus humanitären Motiven überlassenes Geschenk an die Gemeinschaft [...]“ (Schubert 1993 zit. nach Kalitzkus 2003: 221) betrachtet und nicht als Ware. Die Einbettung der Blutspende in ein gemeinnütziges System führt dazu, dass Blut zu einem öffentlichen Gut wird, das der Gesellschaftskörper von seinen Mitgliedern einfordert (vgl. Kalitzkus 2003: 221).

Hierin spiegelt sich die Überlegung von Duran Bell wieder, dass sowohl altruistische als auch egoistische Handlungen in gleichen Bahnen verlaufen, selbst wenn die Intention eine andere ist (vgl. Bell 1991: 160).

Sowohl das Plasmaspendezentrum als auch das Rote Kreuz sind als Lieferanten auch jenen gegenüber, die die Produkte (Erythrozyten-Konserven, Thrombozyten-Konserven und Plasma) fertig oder zur Weiterverarbeitung kaufen, und den Patient/innen, die die Produkte erhalten, verpflichtet. Sie müssen ihr Handeln auch an dem Wohl der Empfänger/innen von Blutprodukten als implizierte Akteur/innen ausrichten.

Waldby und Mitchell beschreiben anhand der Reaktionen auf die Ereignisse rund die Übertragung von Hepatitis C und HIV in den 1980-er Jahren die differierenden politischen Ökonomien, denen unterschiedliche Blutspendensysteme dabei unterworfen waren. Während auf Freiwilligkeit basierende Systeme in erster Linie ihren Spender/innen verpflichtet waren und sich deswegen (zu) lange weigerten, bestimmte Personengruppen von der Spende auszuschließen, reagierte die Plasmaindustrie aus ihrer ökonomischen Logik heraus, die auf Verpflichtungen in Richtung der Abnehmer/innen ausgerichtet war, sofort und bemühte sich primär darum, das Vertrauen in ihr Produkt wiederherzustellen (vgl. Waldby/Mitchell 2006: 51).

Sowohl in der Vollblutspende als auch in der Plasmaspende werden Waren produziert, die rechtlichen und kulturellen Beschränkungen unterliegen. Beide Institutionen handeln auch nach einer Warenlogik. Allerdings ist die gemeinnützigen Organisation sowohl ihren Spender/innen als auch den Empfänger/innen verpflichtet, während sich die Verpflichtungen der *entschädigten* Plasmaspende in Richtung Abnehmerfirmen richten können, da die Schuld in die andere Richtung durch Geld beglichen werden kann.

Die Identifikation der Mitarbeiter/Innen mit den gemeinnützigen Zielen der Organisation scheint beim Roten Kreuz tatsächlich sehr hoch zu sein. Das lässt sich auch daran erkennen, dass bis auf eine Person, deren Blutwerte nicht dazu geeignet waren, alle interviewten Mitarbeiter/innen angaben, auch selbst regelmäßig Blut zu spenden, weil sie

wüssten, wie dringend es gebraucht wird (vgl. P7/Klammer: 264, P8/Mesic: 109, P9/Müller: 073, P10/Krumbacher: 127, P34/Schleinitz: 314), während der medizinische Leiter des Plasmaspendezentrums lediglich einmal Plasma gespendet hat, um die Rolle als Spender zu erleben (vgl. P4/Mantler: 163).

Wenn auch nicht jede/r einzelne Mitarbeiter/in, so hat doch die Blutspendeorganisation des Rote Kreuzes insgesamt einen direkteren Kontakt zur Herstellung und den Bestimmungsorten verschiedener instabiler (nicht haltbarer) Blutprodukte (Erythrozytenkonzentrate, Thrombozytenkonzentrate, Eigenblutkonserven). Die Distanz, in Form von beteiligten Organisationen und Verarbeitungsschritten, zwischen Spender/innen und Empfänger/innen ist in diesem Fall wesentlich geringer, als bei Plasmaspendezentren, die das gesammelte Plasma komplett an andere Unternehmen liefern, welche dieses wiederum poolen, weiterverarbeiten und teilweise an wieder andere Firmen weiterverkaufen, bis schließlich ein stabiles Medikament entsteht, das in höherer Form entpersonifiziert ist und nur mehr eine sehr abstrakte Vorstellung über die Ausgangsform zulässt.

Berechnung spielt sowohl bei der Plasma- als auch bei der Vollblutspende eine wichtige Rolle. Das Rote Kreuz muss das Spendeaufkommen insgesamt und nach Blutgruppen steuern, um den Bedarf abzudecken, Arbeitsabläufe müssen so koordiniert werden, dass Plasma für die plasmaverarbeitende Industrie brauchbar ist und auch der Rest der Komponenten ein höchstmögliches Maß an Qualität und Standardisierung hat. Gleichzeitig zeigt die kurz dargestellte Diskussion in Kapitel 3.3.3 über die Einfuhr von günstigeren Produkten aus dem Ausland, dass auch das Rote Kreuz in einem internationalen Marktwettbewerb um Konkurrenzfähigkeit bei Kosten und Preisen kämpfen muss. Die Plasmaspendezentren müssen ihr Spender/innenaufkommen so steuern, dass sie den pharmazeutischen Betrieben ein gutes Produkt in ausreichender Menge mit möglichst hohem Profit zur Verfügung stellen können.

5.2.3 BLUT AUS DER PERSPEKTIVE VON ÄRZT/INNEN

Die Sicht auf Blut im Krankenhaus-Kontext basiert auf Interviews, die mit drei Ärzten und einer Diplomkrankenschwester in drei unterschiedlichen Wiener Spitälern geführt wurden. Im Folgenden wird dargestellt, welcher Status Blut hier zugewiesen wird. Dabei wird deutlich, dass Blut auch hier nicht nur *einen* ökonomischen Status hat, sondern je nach Person und Perspektive mit unterschiedlichen Ebenen assoziiert wird.

Der österreichische Medizinethiker Jürgen Wallner (2007) beschäftigt sich in seinem Buch „Health Care zwischen Ethik und Recht“ mit den ökonomischen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem und weist darauf hin, dass der Druck effizient und rationell zu

arbeiten auch im Gesundheitswesen stetig größer wird. Von den Krankenhausleitungen und Krankenkassen wird gefordert, dass Ärzt/innen effektiv und effizient handeln. Gleichzeitig sehen Ethik und Recht immer mehr Mitbestimmungsrechte für die Patient/innen vor, die unter der Bezeichnung *Informed Consent* immer öfter erhoben werden müssen (vgl. ebd.: 108).

Beide Entwicklungen wurden auch im Interview mit Dr. Buchinger, Assistenzarzt für Chirurgie, deutlich. Er ist in seinem Arbeitsalltag vielfältig mit Blut konfrontiert und hat neben dem Wohl der PatientInnen auch den ökonomischen Aspekt von Blutprodukten immer im Blick, wie aus seinen Aussagen deutlich wird:

Es gibt dann natürlich die Möglichkeit von hämatologischer Seite, dass man da vielleicht gewisse Gerinnungsfaktoren substituiert, also dem Patienten gibt, damit man diese Gerinnung verbessert - innerhalb von kurzer Zeit. Das muss man dann natürlich abwägen ob's, also was effizienter, oder einfach auch kostengünstiger oder einfach gescheiter ist, ob man jetzt nicht doch ein paar Tage oder Wochen wartet, bis die Gerinnung von selbst wieder ok ist. (ebd.: 017) Dann eben zum Beispiel, wie hoch die Entzündungszeichen sind. Das ist zum Beispiel nicht gut, dass man in eine elektive - heißt eine geplante Operation, wie zum Beispiel einen Leistenbruch, wenn man da jetzt in eine bestehende Infektion reinoperiert, das verschlechtert das Outcome. (ebd.: 025)

Der Begriff *Outcome* steht für das Ergebnis einer medizinischen Behandlung unter Berücksichtigung des größtmöglichen Behandlungserfolgs für Patient/innen als auch einen effizienten, also möglichst geringen Ressourceneinsatz, die zu diesem Ziel führen (vgl. Wallner 2007: 319f). Meiner Einschätzung nach spiegeln die immer auch an der Kosteneinschätzung ausgerichteten Aussagen von Dr. Buchinger nicht die Persönlichkeit des Arztes wider, sondern wurzeln in seiner erst kurz zurückliegenden medizinischen Ausbildung, die sich aktuell intensiv auch mit ökonomischen Faktoren im Gesundheitssystem beschäftigt.

Für Dr. Buchinger ist Blut etwas, das in einer Abteilung im Krankenhaus bestellt werden kann, aber er ist sich nicht sicher, wo das Blut herkommt:

Ah... wir haben eine eigene Blutbank soweit ich weiß, aber ich glaube mit dem Roten Kreuz arbeiten wir zusammen. Siehst - Schande über mein Haupt. Ich weiß gar nicht wer unser... (P1/Buchinger 129)

Die Verabreichung von Blutkonserven ist mit einem großen organisatorischen Aufwand verbunden. Dr. Buchinger verbindet sie vor allem auch mit einem Risiko für sich selbst:

Da gibt es eben diesen bekannten Bedside - Test. Der heißt nicht umsonst Bedside-Test, sondern der soll am Patientenbett durchgeführt werden. Es gibt sicher Kollegen, Kolleginnen die mit dem eher locker umgehen, aber für mich war es einfach so, oder ist das einfach so eindrucksvoll, dass ich, wie ich erfahren habe, - dir kann sei es als Turnusarzt oder als Assistent, kaum, also außer grob fahrlässig oder wirklich irgendwie aktiv jemand etwas zuleide tun, kann dir an und für sich aus organisatorischen Gründen kaum etwas den Job kosten, außer zum Beispiel diese eine Tätigkeit, dass du jemandem die falsche Blutkonserve anhängst. So schnell kannst du gar nicht schauen bist du mit dem vor Gericht und im blödesten Fall nicht nur deinen Job, sondern eben auch, und das ist das was wirklich

beängstigend ist, sondern auch deine Zulassung los. Sprich - du hast einfach umsonst studiert (P1/Buchinger: 221). [...] Oder wenn wir bei den negativen, oder vorsichtigen Sachen bleiben wie natürlich beim Blutkonserven geben - das kann mir jederzeit meinen Job und meine Zulassung kosten, obwohl ich ja doch nur was Gutes im Sinn habe. (P1/Buchinger: 317)

Die Wirksamkeit von Blutkonserven steht für Dr. Buchinger jedoch außer Zweifel:

Patienten die das [die Zustimmung zur Verabreichung von Blutkonserven] zum Beispiel nicht machen, [...] denen geht es einfach schlecht, die sind blass, anämisch, also sogar die Schleimhäute sind blass, das Allgemeinwohlbefinden ist extrem runter gesetzt. Die sind einfach antriebslos, müde, kalt und sobald die erste oder zweite Konserve drinnen ist merken sie - wow klasse - irgendwie das Ganze ist wieder ein bisschen besser - ich kann aufstehen - ich kann am Gang herumgehen - mir ist nicht mehr so kalt in den Händen - ich sehe nicht mehr so aschfahl aus. (P1/Buchinger: 293)

Dr. Buchinger war selbst noch nie Blutspenden und würde sich, wenn möglich, für eine Eigenblutvorsorge entscheiden. Er fürchtet das Risiko von noch nicht bekannten Krankheiten, die eventuell mit Blutkonserven übertragen werden könnten:

Nein, ich glaube, also... ich glaube die wenigen Male wo ich mir über das Gedanken gemacht habe bin ich eigentlich immer zu dem Schluss gekommen, wenn ich es geplant brauche, würde ich mir ein Eigenblutdepot anlegen und im Akutfall hast du eh keine Wahl (P1/Buchinger: 377). [...] nur weil man etwas nicht kennt heißt das nicht, dass es das nicht gibt. (ebd.: 381)

Professor Dr. Plenk, ist Anästhesist und Intensivmediziner an einem Wiener Krankenhaus. Er hat als junger Mann beim Bundesheer einmal Blut gespendet. In den 70-er Jahren hat er sich mit Hepatitis infiziert und darf seither nicht mehr spenden (vgl. P5/Plenk). In seinen Schilderungen zeigt sich ein sehr routiniertes Verhältnis zu Bluttransfusionen. Er weiß ad hoc welche Verletzung mit welcher Menge an Blutkonserven einhergeht:

Wir brauchen im Verhältnis zu unserer Bettenzahl und Größe relativ viel Blut. Ja, einfach deswegen, weil wenn Patienten Verletzungen was weiß ich - Leber, Milz oder so irgendwas haben, dann sind gleich einmal 2, 3 Liter Blut im Bauch. Oberschenkelfraktur sind eineinhalb Liter Blut. Oberarmfraktur ist ein Liter Blut - also da geht schon was auf und wenn man das dann operiert, dann blutet es natürlich nochmal extra, also - es gibt Intensivpatienten die zwischen zehn und zwanzig Konserven einmal ganz locker brauchen und manche auch mehr. Und also drei Konserven sind in der Regel ein Liter Blut. (P5/Plenk: 003)

Dr. Plenk ist gut informiert darüber, welchen Ursprungs unterschiedliche Blutprodukte sind und er ist sich auch dessen bewusst, dass man alles kaufen muss:

Wir haben ein Blutdepot, also keine klassische Blutbank. Das heißt wir verarbeiten keine Blutprodukte, sondern kaufen die fertigen Blutprodukte beim Roten Kreuz und das Plasma bei der Firma Octoplas. Und vom Roten Kreuz bekommen wir auch zum Beispiel die Thrombozytenkonzentrate und die Gerinnungsfaktorenkonzentrate bekommen wir von verschiedenen Firmen. (P5/Plenk: 007) [...] Weil es gibt bei den Blutprodukten im Prinzip die Erythrozytenkonzentrate, das Frischplasma - das Frischplasma enthält alle Gerinnungsfaktoren, dann kann man noch extra Gerinnungsfaktoren geben, [...]. Und diese Faktorenkonzentrate gibt es von Firmen: Behring, oder Immuno, oder so, das sind also die die... Und die haben in der Regel bezahlte Spender für das. (ebd.: 009-011)

Auch für Dr. Plenk scheinen also *bezahlte Spender* keinen Widerspruch darzustellen. Für ihn wäre es durchaus zu überlegen, ob man nicht auch den Vollblutspender/innen beim Roten Kreuz eine finanzielle Aufwandsentschädigung bezahlt. Er weiß, dass Blutkonserven ohnehin nicht billig sind und ein paar Euro mehr würden aus seiner Sicht keine Rolle spielen:

Naja - ich glaube ja dass man das Aufkommen an Blutkonserven erhöhen könnte, wenn man die Blutspender auch bezahlt. Auf den Preis des Endprodukts würde das keine große Rolle spielen, weil die Blutkonserven sind jetzt auch nicht billig. Was sie genau kosten, weiß ich nicht, aber ich meine ein paar hundert Euro sind es auch. Und ob da der Spender auch noch was kriegt und das da drauf geschlagen wird oder nicht, ist dem Spital egal. Das Gegenargument der Leute gegen die bezahlte Spende ist, dass man dann halt genau die Leute zum Blutspenden animiert, von denen man das Blut eh nicht unbedingt verwenden kann. Weil wenn ich es ihm abgenommen habe, muss ich ihn bezahlen und wenn sich dann herausstellt, der ist Hepatitis C positiv oder sonst irgendwas und ich kann es nicht verwenden, ist das Geld beim Fenster hinausgeworfen. Das ist der Grund warum das nicht gerne gemacht wird. Andererseits gibt's halt Länder wie die USA, oder auch Indien oder so, wo das Gang und Gäbe ist, weil sie sonst überhaupt kein System hätten. (P5/Plenk: 233)

Er selbst würde sich im Falle einer geplanten Operation, für eine Eigenblutvorsorge entscheiden, um das System nicht zu belasten, hätte aber auch keine Angst vor Fremdblut:

Einfach weil, wenn ich die Zeit dafür habe, würde ich Eigenblutvorsorge machen. Das ist überhaupt kein Thema. Wenn das ein geplanter Eingriff ist und ich weiß ich brauche eine Hüfte oder so. Da fange ich vier Wochen vorher an, spende mir 4 Konserven und die Geschichte ist erledigt. Ich glaube schon, dass das vernünftig ist, einfach um das System nicht unnötig zu belasten. Und ansonsten wenn ich Fremdblut nehmen muss, na dann nehm ich's halt (P5/Plenk: 261).

Dr. Klett, ist Intensivmediziner an einem Wiener Krankenhaus und dort auch Blutdepotverantwortlicher. Er ist besonders intensiv mit Blutprodukten befasst und für ihn bedeutet Blut einerseits einen großen Aufwand, andererseits ist es aber auch ein riskantes Arzneimittel (vgl. P6/Klett: 051). Das österreichische Blutspendewesen mit unbezahlten SpenderInnen unterscheidet sich für ihn wesentlich von Ländern, in denen Blut wie eine Ware ge- und verkauft wird:

Also um den Preis wird es gehen, wenn Spende und Verbrauch sich nicht mehr die Waage halten. Also das ist in Entwicklungsländern immer noch so, also da ist Blut schon eine Ware. Das wird immer wieder auf diesen Weiterbildungen auch gezeigt, wie in Indien jemand auf dem Marktplatz steht mit so einem Gestell und da hängen die Blutbeutel dran. Also ich kann mir das bei der Temperatur auch schlecht vorstellen, aber es ist so. Wer sich dort wahrscheinlich einer bestimmten Operation unterziehen will, da gibt es sicherlich nicht so ein gut aufgebautes Spendersystem - da wird es welche geben, die Blut verkaufen, weil sie sonst nicht überleben könnten und es gibt welche die Blut kaufen, weil sie operiert werden wollen. Hier ist es immer noch so, dass sich die Spende und der Verbrauch, bis auf einige kritische Zeiten, die Waage hält. (P6/Klett: 107)

Dr. Klett, hat aber auch schon erlebt, dass manche Blutgruppen in Urlaubszeiten knapp werden:

Naja - im Haus ist es so - von der Blutspende, wir können ja jederzeit von der Blutspende nachfordern (P6/Klett: 111). Das geht schnell. Es gibt immer wieder in der Urlaubszeit im Sommer Engpässe, besonders bei seltenen Blutgruppen und dann müssen Planoperationen verschoben werden. Das kommt vor. (ebd.: 113)

Er geht selbst Blutspenden, weil er weiß, wie viel Blut gebraucht wird. Seine Sorge, dass das Blutspendensystem so nicht mehr lange funktioniert, ist auch ein Grund um Blut zu sparen:

[A]lso für mich ist es eine Motivation, weil ich jeden Tag sehe, wie viel Blut gebraucht wird und weil ich gute Venen hab und das - also außer dass ich einen halben Tag schwindlig bin, überhaupt keine negativen Folgen für mich hat und deswegen sag ich mir, warum soll ich das nicht machen. - Also es kostet mich nicht viel (P6/Klett: 183). [...] Ja, ich weiß wie viel tausend Konserven ständig gebraucht werden, dass das sich irgendwann nicht mehr ausgeht weiß ich, weil es zu einer Überalterung der Bevölkerung kommt und dass man Möglichkeiten zum Sparen, Blutsparen finden muss. (ebd.: 187)

Dr. Klett erwartet sich auch, dass sein gespendetes Blut mit Sorgfalt behandelt wird:

Also das schon, das würd mich ärgern, das würd mich ärgern wenn die Logistik so ist, dass vermehrt Blut verdirbt, das würde mich ärgern und das würde auf meine und auf die allgemeine Spendebereitschaft auch, glaube ich Einfluss haben. Aus unserem Blutdepot weiß ich, dass sich das nicht immer verhindern lässt, ja, aber.... ab einem bestimmten, bis zu einem bestimmten Prozentsatz ist das okay. (P6/Klett: 313)

Er denkt auch in seinem Arbeitsalltag bei Massivtransfusionen, d.h. wenn bei einem Patienten/einer Patientin innerhalb kurzer Zeit Blutkonserven, die mindestens dem Blutvolumen des Menschen entsprechen, benötigt werden, daran, welche Menge an Spenden dafür notwendig waren:

Ahm... so ab und zu gibt's mal so wilde Unfälle oder Transfusionen, dass die Transfusion dann also in, dass man in einer Sitzung nacheinander so 20, 30, 40, 50 Blutkonserven geben muss und dann denke ich immer an den Aufwand der Einzelspender, ja, wie viele man da als Mann alle zwei Monate, als Frau alle drei Monate, also was das, wie viele Spender da und wie viel Lebenszeit da sozusagen für diese 50 Konserven da zusammengekommen ist. (P6/Klett: 333)

Zur Frage, ob im Umgang mit Blut ethische Aspekte eine Rolle spielen, meint Dr. Klett:

Im Spital ist es glaube ich eher eine ökonomische Frage, weil Transfusionen sind eindeutig mit Nebenwirkungen behaftet. Für bestimmte Operationen gibt es schon Outcome-Studien, die sagen, pro transfundierter Konserve sinkt das Outcome so und so viel Prozent. Weil eine Transfusion hat neben dem Volumeneffekt und dem sauerstofftransportierenden Effekt immer einen immunologischen Effekt. Und in der Leberchirurgie, in der Darmkrebschirurgie ist es wirklich so, dass der Chirurg, den das ja eigentlich sonst früher nie gestört hat, mit dem Zeitpunkt wo er Wissenschaft gemacht hat und geschaut hat, was wird aus meinem Patienten und ein Zusammenhang herausgekommen ist - je mehr ich transfundiere, desto schlechter ist das Outcome des Patienten, dass er dann Operationsmethoden entwickelt, die blutsparend sind. Also es ist einmal ein ökonomischer Faktor, dann ist es ein Outcome Faktor, also für den Patienten und ob der ethische Aspekt dahintersteckt darüber wird nicht geredet - also das ist sicherlich - da denkt der Eine so und der Andere so. (P6/Klett: 191)

Nicht nur die Nebenwirkungen von Blutprodukten verursachen Kosten, sondern Dr. Klett sieht Frischblutkonserven und insbesondere Plasmaderivate als einen großen Kostenfaktor im Krankenhaus:

Gibt's eine große Konkurrenz, weil Plasma und alles was man aus Plasma macht, [...] also diese Gerinnungsfaktoren, die man dort einzeln rauszieht, die sind so teuer, ja, also das sind wirklich, das sind Preisposten in einem Spital. Eine Konserve kostet, weiß ich nicht zwischen 300 und 500 Euro, ungefähr so, mit Transport und allem und Logistik, aber die Gerinnungsfaktoren die kosten wirklich viel Geld. [...] Aber diese Faktoren vorher genau zu extrahieren und dann das sind meistens sind das so Kryopräparate, das ist eingefrorenes Pulver was man dann auflösen muss wieder mit Wasser und das ist in der Herstellung teuer und wird teuer verkauft. Und da kann das schon mal sein, also dass bei einem großen Unfall Gerinnungspräparate im Wert eines Kleinwagens innerhalb von ein, zwei Tagen verabreicht werden und diese Firmen, ja, das ist, da gehen, gibt's richtige Umsätze, ja. (P6/Klett: 243)

Melanie Kurz, 23 Jahre, ist Diplomierte Krankenpflegerin und war bisher dreimal Blutspenden, weil sie kranken Menschen damit helfen möchte. Sie arbeitet seit drei Jahren in einer Abteilung für Knochenmarktransplantation. Neben der Transfusion von Stammzellen sind hier vor allem auch Transfusionen von Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten und gelegentlich auch Plasmaaustausch an der Tagesordnung (vgl. P2/Kurz: 155).

Während es für die PatientInnen auf dieser Station alltäglich geworden ist, Blutprodukte zu bekommen, wäre für Melanie der Gedanke, Blut von einem fremden Menschen zu bekommen, seltsam:

Weil das ist eben auch witzig, weil man auch immer wieder nachdenkt drüber - wie wäre denn das, ich habe noch nie eine Blutkonserve gebraucht, und ich glaube ich würde das nicht so locker sehen wie die - also ich meine, ich bekomme da Blut von jemand anderem, so wie du das sagst. Mir wäre egal von wem das Blut kommt, aber es wäre mir nicht egal, dass ich eins bekomme. (P2/Kurz: 247)

Für Melanie ist Blut auch im Krankenhausalltag etwas Besonderes:

Was für Besonderheiten? - Naja also es wird schon mal gesondert gebracht - also es wird persönlich übergeben, also es wird schon äußerst, es ist schon ein wichtiges Gut, also es wird schon, hat schon Priorität vor allem anderen - so in der Handhabung und ich für meinen Teil, für mich ist das schon was wo ich dann drauf schaue. Das heißt ich nehme das entgegen, sage das sofort, dass das Blut da ist und so, weil es halt quasi ja Lebenselixier ist oder. In der Handhabung - na da haben wir [KrankenpflegerInnen] eigentlich wenig damit zu tun, weil weißt eh - wir nehmen es nur entgegen, sagen, dass es da ist und die [ÄrztInnen] hängen es an und ich hänge es ab. (P2/Kurz: 289)

Trotzdem ist Blut auch ein Kostenfaktor, der sich auch in der Art der Entsorgung verringern lässt:

Also - diese schwarzen Tonnen die werden, kommen in eine spezielle Müllverbrennungsanlage und eine Entsorgung von so einer schwarzen Tonne kostet 500 Euro. Und man darf es aber schon, wenn es ein geschlossenes System ist - das heißt du hast den Beutel und wo es halt raus rinnt - wenn du da den Stöpsel drauf schraubst, kannst du es normal entsorgen. [...] So mache ich es halt. [...] Genau. Aber, man muss da dazusagen - das ist stationsintern auch wieder verschieden. (P2/Kurz 297-305)

5.2.3.1 Fazit

An den unterschiedlichen Aussagen von Beschäftigten im Krankenhaus lassen sich zwei wesentliche Positionen auf ökonomischer Ebene erkennen.

Blut als Ware im ökonomischen Sinn manifestiert sich vor allem in den Schilderungen, in denen Blut mit Kosten in Zusammenhang gebracht wurde. Jede/r der Befragten ist sich bewusst, dass Blutprodukte teure Medikamente sind. Blut wurde von allen auch als Kostenfaktor genannt, wobei der ältere der Ärzte, Dr. Plenk, dies am wenigsten problematisierte. Dieser Aspekt bekommt auf Verwaltungsebene immer größere Bedeutung und spiegelt sich auch in den Aussagen des Krankenhauspersonals wider. Bereits seit Beginn der 1990-er Jahre gibt es in Österreich auf Verwaltungs- und Finanzierungsebene Bestrebungen, den Fremdblutverbrauch zu senken. Österreich liegt im europäischen Vergleich nicht nur bei der Blutspende an der Spitze, sondern auch im Blutverbrauch (vgl. Schlosser 2011). Der Universitätsprofessor Hans Gombotz sieht einen wesentlichen Grund dafür in der in Österreich bisher weitgehend vernachlässigten präoperativen Behandlung von Anämien, also Blutarmut, bei Patient/innen (vgl. Hinger 2011: 29ff). Der massive Einsatz an Blutprodukten wirkt sich laut aktuellen medizinischen Debatten doppelt negativ aus. Er stellt einen gravierenden Kostenfaktor für das Gesundheitssystem dar und Studien zeigen, dass die Nebenwirkungen von Bluttransfusionen oft den Heilungsverlauf negativer beeinflussen, einen so genannten schlechteren Outcome produzieren, als der Verzicht von Bluttransfusionen, was sich wiederum durch höhere Kosten für die Behandlung von Komplikationen oder längere Krankenhausaufenthalte auf das Gesundheitswesen auswirkt. (vgl. ebd.: 29) In der österreichischen Diskussion wurde das ursprüngliche Schlagwort *Blutsparen* mittlerweile durch den EU-konformen Titel *Patient Blood Management* (PBM) ersetzt (vgl. Hinger 2010: 12), woran sich auch hier die Tendenz der internationalen Standardisierung im Bereich der Blutspende und Bluttransfusion erkennen lässt.

PBM fokussiert auf drei Aspekte: eine Optimierung des Blutbildes von Patient/innen vor Operationen, eine Minimierung des Blutverlustes während dem operativen Eingriff und ein individuell auf den Patienten/die Patientin abgestimmten Einsatz von Blutprodukten (vgl. ebd.: 14). Der Kostenaspekt wurde von allen im Krankenhaus Beschäftigten zumindest angesprochen. Am deutlichsten waren diese Überlegungen bei Dr. Klett, dem Blutdepotverantwortlichen, zu hören, der in Zusammenhang mit seiner Aufgabe schon zahlreiche Schulungen diesbezüglich absolviert hat. In der Position als Blutdepotverantwortlicher dient er auch als Multiplikator im Krankenhaus und beeinflusst wiederum die Sichtweise und Transfusionspraxis seiner Kolleg/innen und setzt damit um, was Dr. Kurz, der die österreichischen Strategien zum Patient Blood Management

koordiniert, intendiert, wenn er meint, dass die Ziele des PBM nicht mittels Implementierung von strikten gesetzlichen Vorgaben, sondern im Zuge einer Bewusstseinsbildung unter transfundierenden Ärzt/innen erreicht werden sollen (vgl. Hinger 2011: 13). Auch die Äußerung von Dr. Plenk über die Spende von Eigenblutkonserven, „[...] um das System nicht unnötig zu belasten“ (P5/Plenk: 261), würde ich in diese Kategorie einordnen.

Die Bedeutung von Blut als Spende war bei Dr. Klett und Melanie am deutlichsten präsent. Diese Assoziation steht scheinbar in einem starken Zusammenhang mit der eigenen Partizipation am Blutspendewesen. Dr. Plenk, der schon seit Jahrzehnten selbst nicht mehr spenden darf, hat zwar ein umfassendes Wissen über die Organisation der Blutspende und die Herkunft unterschiedlicher Blutprodukte, hat aber wenig emotionale Bezüge dazu. Dr. Buchinger, der noch nie Blut spenden wollte, hat kaum Informationen darüber, wie das System funktioniert und wie es scheint auch weniger Interesse an den Hintergründen. Für ihn ist Blut ein Arbeitsmaterial, das er in Bezug auf Transfusionen sehr vorsichtig behandelt, um nicht seine Karriere zu gefährden. Dr. Klett dagegen ist einerseits auf einer professionellen Ebene um einen sorgsamen und sparsamen Umgang mit Blut bemüht, weil er den ökonomischen Aspekt betrachtet, andererseits ist er aber selbst Blutspender und möchte auch seine eigene Spende gut eingesetzt wissen. Er assoziiert Massivtransfusionen auch mit der Zeit, die Blutspender/innen dafür aufgewendet haben. Für Melanie, die ebenso selbst Blut spendet, ist die Bedeutung von Blut als etwas, das Menschen spenden und das nicht künstlich erzeugt werden kann, auch im Arbeitsalltag präsent. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Blut als Spende sind hier stark vom eigenen Engagement als Blutspender/innen geprägt. Dass sich das auch in der praktischen Arbeit und im Umgang mit Blutprodukten auswirkt, kann ich nur vermuten, aber aufgrund fehlender Beobachtungen in diesem Bereich nicht mit Sicherheit feststellen.

5.2.4 BLUT AUS DER PERSPEKTIVE DER EMPFÄNGERINNEN

Trotz zahlreicher Bemühungen konnte ich kaum Zugang zu Personen finden, die Blutprodukte erhalten haben. Ich kann in diesem Bereich lediglich auf einen Bericht aus erster Hand, ein Interview mit Günther Branditsch, dessen Bluttransfusionen bereits zehn Jahre zurück liegen, zurückgreifen. Jedoch erhielt ich im Zuge anderer Interviews mit Expert/innen wertvolle Hinweise auf die Reaktion von Empfänger/innen und die Blut- und Plasmaspender/innen wurden ebenso dazu befragt, wie es für sie wäre, eine Bluttransfusion zu erhalten. In der Praxis ist die unterschiedliche Wahrnehmung von Bluttransfusionen scheinbar von vielen Faktoren, wie individuelle Einstellung, Krankengeschichte, Krankheitsverlauf, Situation der Transfusion, Darstellung der Risiken

durch Ärzt/innen etc. abhängig. Ich werde im Folgenden die unterschiedlichen Positionen, die sich auf dieser Ebene aus meinen Daten ableiten lassen, darstellen.

Unwissenheit

In der Überlegung, warum meine Versuche Personen, die Bluttransfusionen erhalten hatten, ausfindig zu machen keine Erfolge zeigten und warum ich selbst in meinem Bekanntenkreis dazu keine Interviewpartner/innen finden konnte, bin ich zu der Überzeugung gekommen, dass ein Grund dafür ist, dass Bluttransfusionen oft gar nicht wahrgenommen werden. Mehrere meiner Interviewpartner/innen antworteten auf die Frage, ob sie selbst schon Blutprodukte erhalten hätten, mit einem: „nicht dass ich wüsste“ (vgl., P17/Berg: 261, P21/Baumann: 38, P32/Kastner: 263).

Ich selbst war einmal als Kind mit schweren Verletzungen im Krankenhaus in Behandlung, bei der vielleicht eine Bluttransfusion durchgeführt wurde. Ich war damals nicht bei Bewusstsein, und weder ich noch meine Eltern können mit Sicherheit sagen, ob ich Blutprodukte erhalten habe oder nicht. Vor circa drei Jahren war ich erneut zu einem operativen Eingriff im Krankenhaus und habe dazu eine Patient/innenaufklärung im Vorfeld unterschrieben, könnte aber nicht mehr sagen, ob ich damit auch meine Zustimmung zu Bluttransfusionen gegeben habe, die ich, *soweit ich weiß*, nicht erhalten habe. Ich war mir dessen sicher, dass die Ärzt/innen wissen müssen, was notwendig ist und hätte so ziemlich alles unterschrieben, wenn nötig.

Damit möchte ich meine fehlenden empirischen Daten in diesem Bereich keineswegs rechtfertigen, aber die Tatsache, dass Blut oft in einer Akutsituation verabreicht wird, in der der/die Patient/in nicht bei Bewusstsein ist und die Zustimmungen mittels Aufklärungsformularen im Zuge von operativen Eingriffen meist einem hohen Maß an Vertrauen in die Urteilskraft von Ärzt/innen folgen, bedingt meiner Meinung nach, dass Bluttransfusionen und auch die Aufklärung darüber im Vorfeld einer Operation oft nicht wahrgenommen werden. Zudem sind Bluttransfusionen selten das Ziel eines chirurgischen Eingriffs, sondern lediglich eines von unterschiedlichen Medikamenten, also Hilfsmitteln, die dabei zur Verwendung kommen, weswegen sie in solchen Situationen nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen.

Waldby und Kolleginnen nennen diese *Nebenrolle* von Bluttransfusionen als einen wichtigen Grund, warum diese oft nur als Medikament wahrgenommen werden und nicht mit einem Geschenk einer fremden Person in Verbindung gebracht werden (vgl. Waldby et.al. 2004:1469).

Auch Günther Branditsch, der vor rund zehn Jahren aufgrund einer Erkrankung an Morbus Hodgkin viele Blutprodukte erhalten hatte, hat bis zum ersten Gespräch über

mein Diplomarbeitsthema keine Beziehung zwischen diesen Transfusionen und der Blutspende hergestellt:

Na, habe ich eigentlich nicht, ich weiß nicht, ist das bei den Leuten die Blutspenden so? Keine Ahnung - selbst wenn ich selber spenden gehen würde, würde ich überhaupt nicht an diesen Zusammenhang denken, das ist komisch oder? (P35/Branditsch: 91)

Für ihn war Blut eine unter vielen Infusionen, die er im Zuge seiner Therapie erhalten hat:

[...] also das Komische ist, dass ich das mit diesen Blutgeschichten eigentlich relativ... also ausgeblendet habe - ich habe mir später viele Gedanken gemacht über das Ganze und habe meistens nur über die Infusionen, also ich meine das Blut sind auch Infusionen, über die Infusionen aller Art Gedanken gemacht, aber also wie du das jetzt eigentlich gesagt hast das Letztmal, da ist es mir erst richtig wieder bewusst geworden, ja dass ich eigentlich Blut bekommen habe, ja also... vielleicht wird es Zeit jetzt darüber nachzudenken. (P35/Branditsch: 51)

Günther ist die Behandlung mit eigenen Blutstammzellen besser in Erinnerung als andere Bluttransfusionen:

Ich kann mich eigentlich nicht mehr wirklich erinnern. Ich glaube es war verschiedenes, also ich habe, was ich weiß, das ist jetzt aber wieder was anderes - ich habe einmal ganz am Schluss, das weiß ich noch relativ, also am besten weiß ich das noch, ganz am Schluss von dieser Therapie habe ich eine Hochdosistherapie bekommen - da war eigentlich alles schon vorbei und weg. Nur sie haben das noch gemacht um das Risiko zu minimieren, dass später nochmal irgendwas ist. Und während dieser Hochdosistherapie war ich dann zwei Wochen lang in einem Zimmer im Spital und habe wirklich, war komplett abgeriegelt und so weil da eben das Blut so, die Blutwerte soweit unten waren und das Immunsystem so weit runtergefahren, dass ich wirklich bei jedem Kontakt mit irgendwem mir sofort was holen hätte können und danach habe ich Blut von mir selber bekommen, also ein, also Stammzellen aus Blut, das mir vorher rausgenommen worden ist, um das wieder aufzupäppeln. (P35/Branditsch: 10)

Während die Fremdbluttransfusionen bei Günther oft in ambulanter Behandlung stattfanden und aufgrund der Häufigkeit zur Routine wurden, war die Übertragung der autologen Stammzellen eine einmalige Sache, deren Rahmenbedingungen sich noch dazu wesentlich von seinem therapeutischen Alltag abhoben und sich über einen Zeitraum von zwei Wochen erstreckten. Dadurch erhielt diese Behandlung insgesamt eine größere Bedeutung und wurde anders wahrgenommen.

Angst vor Blut

Nach den Aussagen von Dr. Klett und Dr. Buchinger haben viele PatientInnen Bedenken, eine Bluttransfusion zu erhalten. Der häufigste Grund dafür sind nicht die von den Mediziner/innen gefürchteten unerwünschten Reaktionen, sondern Angst vor Infektionen wie HIV und Hepatitis, die seit den Ereignissen in den 1980-er Jahren im Zusammenhang mit Bluttransfusionen assoziiert werden und die Angst vor neuen Krankheiten, über die man noch keine Kenntnisse hat, wie, unter anderem, Dr. Klett aus seiner Erfahrung in der Patient/innenaufklärung berichtet:

Ja - Angst vor Infektionen sind, die sind teilweise aus den Medien und teilweise aus Ereignissen die mal stattgefunden haben. Die Untersuchungsmethoden waren ja nicht immer so genau. Da hat man einfach auf eine Infektion geschaut und jetzt kann man kleinste Partikelchen mit PCR sozusagen multiplizieren und dann das nachweisen, ob da was drin ist und immer wenn mal was in der Zeitung stand, dann, und das ist bei einigen immer noch tief verwurzelt, ja. Also einige, besonders junge Leute - man muss jeden vorher fragen vor einer Transfusion, ob er das will - man muss ihm das begründen, man muss sagen - ihr Blutwert ist jetzt so und so niedrig und wir glauben dass es für sie besser wäre, wenn sie jetzt ein oder zwei Blutkonserven bekommen und - überwiegend wird das so angenommen, aber viele sagen auch, nein ich will nicht und können wir nicht noch abwarten. Das kommt auch immer wieder vor. [...] Ja – gibt's einen gewissen Respekt und auch immer Angst, dass was sein könnte an Infektionen - vor Infektionen haben die meistens Angst. (P6/Klett: 317-321)

Ein sehr ähnliches Bild ergab auch die Befragung von Blut- und Plasmaspender/innen. Keine/r der Interviewpartner/innen würde Fremdblut hypothetisch generell ablehnen. Dabei gibt es, auch bei einem grundsätzlich hohen Vertrauen in das österreichische Blutspendewesen, unterschiedliche Einschätzungen darüber, wie hoch das Restrisiko von Infektionen dennoch ist. Für etwa die Hälfte der Befragten wäre das Anlegen einer Eigenblutvorsorge, wenn möglich, die erste Option. Das wurde meist mit dem verbleibenden Restrisiko – dem diagnostischen Fenster – und mit der Angst vor bisher unbekanntem Infektionen begründet.

Auch Waldby und Mitchell haben sich 2006 mit den Motivationen zur Eigenblutvorsorge beschäftigt und kamen ebenso zu dem Ergebnis, dass Eigenbluttransfusionen in erster Linie durch die Angst vor Infektionen durch Fremdbluttransfusionen bedingt waren und immer noch auf den Skandalen um Hepatitis C und HIV aus den 1980-er Jahren basieren (vgl. ebd.: 55).

Gleichgültigkeit

Die Beurteilung der Risikoeinschätzung von Bluttransfusionen durch Patient/innen variiert auch unter dem medizinischen Personal. Dr. Plenk hat den Eindruck, dass die Einverständniserklärung zu Bluttransfusionen bei Patient/innen in der Regel „Kein Thema“ (P5/Plenk: 033) ist.

So sieht das auch Frau Mesic, die vor ihrer Arbeit in der Blutspendezentrale als Krankenschwester im Krankenhaus beschäftigt war:

Wie jede andere Infusion, Medikament, nichts aufregendes und nicht irgendwie - wow, irgendwer hat für mich gespendet, oder ha, jetzt habe ich ein,.... nein, nicht in dem Sinn. Manche fürchten sich, aber das ist eher präoperativ, wenn man darüber spricht mit den Patienten, aha - vielleicht soll ich für mich selber spenden und Blut... weil da haben sie Zeit zu denken und irgendwie - aber im Spital selber, wenn es soweit kommt - ja, geben sie's mir wenn ich es brauche. (P8/Topic: 091)

Etwa die Hälfte meiner Interviewpartner/innen gab an, dass sie sich über eine Fremdbluttransfusion keine Gedanken machen würden.

Auch für Günther ist im Nachhinein betrachtet nur wichtig, dass das Blut geholfen hat. Dabei spielt es für ihn auch keine Rolle, ob es von einem „Schwerverbrecher“ oder von einer anderen Person gekommen ist (vgl. P35/Branditsch: 57-63).

Die Vermutung liegt nahe, dass auch die persönliche Einstellung zu Bluttransfusionen des Arztes/der Ärztin, der/die die Patient/innenaufklärung zur Bluttransfusion durchführt wesentlich mit beeinflusst, wie Patient/innen diese *Medikation* wahrnehmen und welches Risikoempfinden in ihnen geweckt wird. Ärzt/Innen, die die Risiken besonders betonen, werden vermutlich Patient/innen mit einem größeren Risikoempfinden haben und Ärzt/innen, die diese Risiken selbst als überschaubar betrachten und dies so *verkaufen*, werden aus ihrer Erfahrung weniger ängstliche Patient/innen haben.

Die Anonymisierung, optische Standardisierung und der alltägliche Einsatz von Blutprodukten als Arzneimittel spielen mit Sicherheit eine große Rolle dabei, dass viele Patient/innen diese als Medikamente wie andere wahrnehmen.

Dankbarkeit

Dass sich auf Seiten der Blutempfänger/innen mitunter auch eine wirkungsvolle Dankbarkeit zeigt, lässt sich aufgrund von Aussagen von Rot-Kreuz-Mitarbeiter/innen belegen, die des Öfteren erwähnten, dass aus Blutempfänger/innen zuweilen Blutspender/innen werden, wie auch Dr. Klammer von der Blutspendezentrale meint:

Es gibt natürlich auch Patienten die dann womöglich auch zu Spendern werden - kommt darauf an, was die Ursache war für die Transfusion. Also wir haben sicher genug Verunfallte, die vielleicht ein Polytrauma einmal hatten und erst dadurch draufgekommen sind wie wichtig das Blut eigentlich ist und danach auch zu Spendern werden, weil das ist ja kein Ausschlussgrund, wenn der wieder gesundet dann. (P7/Klammer: 067)

Allerdings stellt dies anscheinend nicht den Regelfall dar. Dankbarkeit gegenüber der Spende kann nur dann überhaupt ein Thema werden, wenn die Bluttransfusion wahrgenommen, Blutprodukte als *besondere Medikamente* wahrgenommen und ein Bezug zum Blutspendewesen hergestellt wird. Ein Spezifikum der Spende ist, dass man sich nicht beim/bei der Spender/in bedanken, oder ihm/ihr etwas *zurück spenden* kann, wodurch die Vermittlungsinstanz beim Wunsch nach einer Gegengabe eine Stellvertreterposition einnimmt, jedoch das Blut wieder nur entpersonifiziert und weitervermittelt.

Ablehnung von Bluttransfusionen: Jehovas Zeugen

Strikt abgelehnt werden laut meinen Recherchen und Gesprächen Bluttransfusionen nur von Angehörigen der Religionsgemeinschaft Jehovas Zeugen (JZ). Wie diese Verweigerung gegenüber den üblichen Behandlungsmethoden von den interviewten Ärzten wahrgenommen wird und welche Überzeugungen dieser Ablehnung zugrunde

liegen sowie der Umgang der Gläubigen mit dieser Situation soll im Folgenden ausführlich dargestellt werden.

Der junge Assistenzarzt Dr. Buchinger hat bisher nur am Rande Erfahrungen mit Jehovas Zeugen gemacht.

Direkt nicht. Also als Student auf Stationen habe ich das erlebt, dass eben aus religiösen Gründen zum Beispiel Fremdblut abgelehnt wird. Wobei es da auch unterschiedliche Grade der Orthodoxizität gibt, sprich, also heißt zum Beispiel, also ganz klassisch - kennt man aus den Medien - Zeugen Jehovas. Da geht es so weit, dass die jegliche Blutprodukte oder Fremdprodukte ablehnen. Dann gibt es auch ein bisschen weichere, die sagen: Blut ist ok, solange es in Bewegung bleibt, solange es irgendwie zirkuliert. (P1/Buchinger: 057)

Aber auch für Dr. Plenk, den ältesten unter den Ärzten die ich befragt habe, sind Jehovas Zeugen eine ‚Rarität‘. Er betont aber, dass er nur dann wahrnimmt, dass jemand dieser Glaubensgemeinschaft angehört, wenn Bluttransfusionen abgelehnt werden.

Die sind nicht so viele. Ich meine, ich weiß nicht, wie viele Zeugen Jehovas es in Österreich gibt [...], ja, aber also das ist eine echte Rarität. Also ich glaube ich habe da im Haus ein einziges Mal eine Zeugin Jehovas gehabt, seit ich da bin und das ist jetzt zwanzig Jahre her, vielleicht waren es mehr, aber es war nur eine die tatsächlich Blut gebraucht hätte und dadurch dass sie keines bekommen hat auch auf der Intensivstation echte Probleme hatte, ja, weil die war ziemlich ausgeblutet, aber... (P5/Plenk: 027)

Für den Blutdepotbeauftragten Dr. Klett wiederum sind Jehovas Zeugen keine Seltenheit:

Ja. Also das kommt immer wieder und häufig und regelmäßig vor. Es gibt im Internet spezielle Foren und Rankings von Spitälern in Österreich wo Zeugen Jehovas zu Planoperationen hingehen. Da sind sozusagen die, seitdem die als Glaubensgruppe zugelassen worden sind, zu Anfang war das so, dass die meisten gesagt haben, na dann operiere ich sie eben nicht. Und es ist eine große Glaubensgruppe und da haben sich eben einige drauf spezialisiert, die gesagt haben, ja, ich operiere den auch ohne Blut. Das geht bis zu bestimmten Sachen, also, wie mir die Kollegen erzählt haben, dass sogar einer eine Aortenprothese gemacht hat, und gesagt hat, ok, ich mach das auch ohne Konserven und der hatte sich dann aber bereit erklärt, dass das Blut das während der OP anfällt gewaschen wird und zurückgegeben wird. Das machen auch nicht alle Zeugen. (P6/Klett: 079)

Diese seit 1998 in Österreich anerkannte religiöse Bekenntnisgemeinschaft hatte laut offiziellen staatlichen Angaben 2008 in Österreich rund 21.000 aktive Mitglieder (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 2011: 59). Die Wahrnehmung darüber, wie groß diese Glaubensgemeinschaft ist variiert unter den befragten Ärzten stark und hängt vielleicht eben damit zusammen, dass Jehovas Zeugen bestimmte Krankenhäuser, je nach Bereitschaft der ÄrztInnen auch ohne Blut zu operieren oder nicht, meiden und andere bevorzugen.

Jehovas Zeugen unterscheiden sich nur dadurch von anderen Patient/innen, dass sie einen großen Teil der standardmäßig eingesetzten Blutprodukte aus religiösen Gründen ablehnen.

Die religiösen Hintergründe und der Umgang mit diesem Verbot in Kontakt mit einem Gesundheitssystem, das Blutprodukte standardmäßig für eine Vielzahl von Behandlungen einsetzt, soll im Folgenden anhand von Auszügen eines Gesprächs (P11/Mayer, Stadler) das ich mit zwei Vertretern der Glaubensgemeinschaft in Österreich geführt habe, dargestellt werden.

Jehovas Zeugen stützen sich bei diesem Verbot auf Zitate aus dem Alten und Neuen Testament. Im Alten Testament findet sich unter anderem die Anweisung ‚Sei nur fest entschlossen nicht das Blut zu essen, denn das Blut ist die Seele und du sollst nicht die Seele mit dem Fleisch essen. Du sollst es nicht essen. Du sollst es auf die Erde ausgießen wie Wasser.‘ Im Neuen Testament heißt es: ‚Der heilige Geist und wir selbst haben es für gut befunden, euch keine weitere Bürde aufzuerlegen, als folgende notwendigen Dinge, euch von Dingen zu enthalten, die Götzen geopfert wurden, sowie von Blut und von Erwürgtem und von Hurerei. Wenn ihr euch vor diesen Dingen sorgfältig bewahrt, wird es euch gut gehen. Enthaltet euch des Blutes!‘ (vgl. P11/Mayer, Stadler: 009-013).

Aus diesen Texten ergibt sich für JZ die Einsicht, dass Blut und Seele in einem engen Zusammenhang stehen, wobei sie das Blut nicht als Ort der Seele verstanden wissen möchten, sondern als ein Verständnis vom Körper, in dem Seele und Körper nicht getrennt, sondern gemeinsam existieren. „Die Seele ist einfach der Mensch“ (ebd.: 023). Blut ist in der Religion der JZ für das Heilige, für einen besonderen Gebrauch reserviert. Die Vorschriften lauten: „Du sollst es nicht essen, du sollst dich des Blutes enthalten und wenn es den Körper verlässt, muss man es zur Erde ausgießen“ (ebd.: 063).

Daraus ergibt sich für JZ, dass jede Art von Blutspende mit ihrem Glauben in Konflikt gerät, da das Blut dabei gelagert wird. Sie betrachten diesen Vorgang als einen Missbrauch des Blutes, der ihre Beziehung zu Gott negativ beeinflussen würde. Die Vorschriften sind allerdings bei bestimmten Bestandteilen, die aus Blutplasma gewonnen werden, nicht ganz so strikt und unterliegen einer Gewissensentscheidung (vgl. ebd.: 079-085). Die Entscheidung darüber, welche Blutbestandteile Tabu sind und welche nicht, trifft die ‚Leitende Körperschaft‘ in New York, die der weltweiten Gemeinschaft der Jehovas Zeugen vorsteht (vgl. P11/Mayer, Stadler: 161).

Der Gewissensentscheidung unterliegen Substanzen, die auch über die Plazentaschranke zwischen Mutter und Kind getauscht werden (vgl. ebd.: 095).

Daraus ergab sich die Frage, ob JZ dann nicht der Blut- und vor allem der Blutplasmaspende eigentlich positiv gegenüberstehen müssten, wenn sie auch Medikamente die daraus hergestellt werden in Anspruch nehmen. Allerdings lässt sich

laut Herrn Mayer die Art der Blut- und Blutplasmaspende und Weiterverarbeitung nicht mit den religiösen Vorschriften in Einklang bringen:

Diese Frage wird uns immer gestellt. Bei Vorträgen vor Ärzten und bei Fortbildungsveranstaltungen kommt immer die Frage. Wenn mir versichert wird persönlich, dass man aus dem Vollblut das mir entnommen wird, nur die Komponenten verwendet, die ich akzeptieren kann, dann würde ich Blutspenden. (ebd.: 099)

Würden alle anderen Teile entsorgt, wäre es für Herrn Stadler aus religiöser Sicht kein Problem (vgl. ebd.: 117).

Also diese Fraktionen, die man aus den Hauptbestandteilen des Blutes gewinnt - das obliegt dem Gewissen des einzelnen Zeugen Jehovas. Ob er das für sich akzeptieren kann. Die Religionsgemeinschaft legt nur fest: enthält euch des Blutes, bedeutet auf jeden Fall: enthält euch der Hauptbestandteile des Blutes: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten und Plasma. Das ist eine Festlegung für die weltweite Religionsgemeinschaft. Und die Nebenbestandteile, Fraktionen - das entscheidet jeder für sich selbst. (ebd.: 119)

Gläubige JZ sollen auf die eigenen Blutwerte achten. Die Annahme, dass das Leben und insbesondere auch das Blut heilig und von Gott geschenkt ist, impliziert auch, mit diesem Körper achtsam umzugehen und auf seine Gesundheit zu achten (ebd.: 129). Jehovas Zeugen denken nicht, dass bei einer Blutspende die Seele den Körper verlässt oder umgekehrt mit einer Bluttransfusion eine fremde Seele in den Körper eintritt, sondern lediglich, dass es sich um eine Handlung handelt, die Gott nicht gefällt. (vgl. ebd.: 131, 171).

Grundsätzlich ist es auch für JZ erstrebenswert, die moderne Medizin mit all ihren Errungenschaften zu nutzen. Um das Problem der nicht erlaubten Blutlagerung zu umgehen, gibt es auch verschiedene alternative Techniken. Beispielsweise einen sogenannten Cellsaver, ein Blutsammelgerät, das Blut, das während einer Operation aus der Wunde austritt, aufnimmt und durch einen Filter reinigt, die roten Blutbestandteile vom Rest trennt und diese roten Blutbestandteile dann mit einer Lösung wieder dem Patienten zuführt. Ob diese Technik einer Trennung des Blutes vom Körper oder einer Lagerung entspricht, ist wieder eine individuelle Gewissensentscheidung und wird unterschiedlich ausgelegt (vgl. Mayer, Stadler: 185-195).

Aus meinen Interviews mit Blut- und PlasmaspenderInnen habe ich den Eindruck gewonnen, dass das Laienwissen über Bluttransfusionen relativ gering ist. Jehovas Zeugen, als nicht Partizipierende am System, sind jedoch bestrebt, ihren Mitgliedern in diesem Bereich möglichst umfassende Kenntnisse zu vermitteln. Daran lässt sich erkennen, dass es im Falle einer Ablehnung der normalen, medizinisch anerkannten Therapieformen wie der Bluttransfusion einen weit höheren Aufwand an Argumentation und Eigeninitiative erfordert, als wenn man die angebotenen Therapien einfach annimmt.

Es gibt so eine kleine Einrichtung, die den Kontakt mit Ärzten herstellt. Und wir machen auch in den einzelnen Versammlungen solche Fortbildungsvorträge. Also wir selbst, also auch ich, bin geschult, durch das was ich an Vorträgen höre und darum ist das allgemeine Wissen von Zeugen Jehovas, auch in medizinischer Hinsicht, außerordentlich hoch. (P11/Mayer, Stadler: 273)

Also das ist schon ein wichtiger Punkt in unserem Lehrprogramm, dass wir den einzelnen Zeugen Jehovas anregen und ermutigen sich mit der Thematik zu beschäftigen. Und wir haben auch Literatur, die dabei hilft, auch DVD's die dabei helfen. (ebd.: 277)

Mittlerweile gibt es rechtlich anerkannte PatientInnenverfügungen die von Zeugen Jehovas verwendet werden, um sich gegen Bluttransfusion im Falle eines Unfalls zu schützen. Die geltenden Vorschriften zu Bluttransfusionen kommen den Gläubigen dabei quasi zu Hilfe, indem sie einen Zeitrahmen schaffen, in dem die verbindliche PatientInnenverfügung gefunden werden kann:

Wenn ein Unfall geschieht - es kommt dann meist ein Notarzt und ein Rettungswagen. Dort ist es nicht möglich, Blut zu transfundieren, weil man zuerst Kreuzproben anfertigen muss, das bestimmte Blut finden. Das heißt also, den ersten Schritt, den der Notarzt macht ist Volumen auffüllen mit Kochsalzlösung und Schockbehandlung und Blutstillung. Das sind die drei Punkte die hintereinander so geschehen und im Spital geht man dann weiter. Und ich habe Ihnen in Ihr Handout so eine Patientenverfügung hineingelegt. Das ist ein Muster. Das wird von den Experten die sich mit dieser Patientenverfügung beschäftigen als eine der besten gewertet. Die geniale Lösung ist nämlich, dass man diese Patientenverfügung auch durch Notar und Arzt beglaubigen kann. Das ist dann eine Verbindliche. Also da kann der Arzt nicht sagen: Ich denke das anders, sondern das ist eine verbindliche Einschränkung der Behandlungsmöglichkeit und die wird klein zusammengelegt und passt zur E-Card dazu. In dem Moment wo man also versucht, herauszufinden, wer ist der Verunfallte, sucht man nach der E-Card und hat die Patientenverfügung in der Hand. (ebd.: 287)

Jehovas Zeugen sind sich sicher, dass ÄrztInnen mittlerweile eine klare PatientInnenverfügung einer unsicheren Willensfindung vorziehen:

Ärzte sind im allgemeinen glücklich so etwas zu haben. Vielleicht mit einer kleinen Einschränkung - wenn wer frisch von der Universität kommt. Er hat eine ausgezeichnete medizinische Bildung, aber keine Rechtliche. Aber ein Behandler, der öfters mal mit Patienten zu tun hat, wo er sich nicht mehr informieren kann, was möchte dieser Patient, dann muss er nach diesem mutmaßlichen Patientenwillen suchen - bei Verwandten, Bekannten - das ist ein unwahrscheinlicher Aufwand, der meist zu keinem Ergebnis führt. Wenn ich aber diese Patientenverfügung habe - da steht genau drin, was ich will und was nicht und nach dem kann sich der Arzt richten. (P11/Mayer, Stadler: 303)

Die derzeitige Entwicklung im Bluttransfusionswesen kommt den Ansichten und Problemlagen der JZ sehr entgegen. Es muss in immer größerem Umfang nach dem Einverständnis von PatientInnen zu Behandlungsmethoden gefragt werden, auch im Bezug auf Blutprodukte, und die positiven Auswirkungen von Bluttransfusionen werden kritisch hinterfragt, weil „Blut ist keine gute Medizin“ (ebd.: 307), wie Herr Stadler, ehrenamtlich tätig im Krankenhaus-Informationsdienst der Glaubensgemeinschaft, betont

Viele Erfahrungen und Strategien zu blutschonenden und blutlosen Operationsmethoden, die auf Betreiben von JZ entwickelt wurden, finden sich nun auch in den Grundlagen des Patient Blood Management.

Herr Stadler betont aber, dass der Beweggrund für JZ ein anderer ist:

[Wi]r lehnen das (die Bluttransfusion) nicht aus medizinischen Gründen ab, sondern aus ethischen Gründen. Das ist der wichtigste Punkt. (ebd.: 341)

Dennoch hat sich durch diese medizinischen Erkenntnisse auch die Position für Jehovas Zeugen im Gesundheitssystem verbessert, wie Herr Stadler schildert:

Wir haben begonnen 1980 Ärzte zu kontaktieren mit der Bitte, ohne Blut zu behandeln. Wir waren damals Bittsteller und es hat einige gegeben, die gesagt haben: ja, wir machen das. 1990 hat unsere Organisation das auf, ich weiß nicht wie ich das sagen soll, auf professionelle Basis gestellt und wir haben von da an begonnen anders mit Ärzten zu arbeiten. Wir haben ihnen verschiedene Unterlagen gebracht und es hat sich jetzt so entwickelt, dass wir genug Ärzte haben, die auch die schwersten Eingriffe durchführen ohne Blut. Also Herz- Abdominaloperationen, Lunge, Leber, Niere, fast ohne Ausnahme. Weil auch Mediziner erkannt haben, dass ein Patient der nicht transfundiert wird, einen kürzeren Aufenthalt im Spital hat und letztlich auch aus Kostengründen. Weil Transfusionen sich enorm verteuert haben. Weil man immer neue Untersuchungsmethoden haben muss - welche Ansteckungsgefahr steckt in dieser Transfusion. Und diese Untersuchungen sind teuer und werden immer mehr, weil man immer auf neue Krankheitserreger draufkommt. (ebd.)

Auf die Frage, ob ÄrztInnen auch den religiösen Grund respektieren oder lediglich die rechtliche Grundlage der PatientInnenverfügung, meint Herr Stadler:

Gute Mediziner akzeptieren unsere ethische Einstellung und sagen, ich sehe das ein. Mein Auftrag als Arzt ist ja, meinen Patienten nicht zu verletzen, sondern gesund zu machen. Wenn ich ihn gesund mache, aber sein Ich, sein Ego verletzt habe, dann ist mein Patient nicht gesund. Und das sind die Ärzte, die gerne für uns tätig sind. (ebd.: 349)

Die strikte Ablehnung von Mitgliedern dieser Religionsgemeinschaft führt immer wieder auch zu dramatischen Todesfällen, die in der Öffentlichkeit zahlreiche ethische und rechtliche Diskussionen auslösen. Auf diese Problemlagen kann im Rahmen dieser Diplomarbeit jedoch nicht eingegangen werden.

5.2.4.1 Fazit

Eine Einordnung von Blut als Ware oder Spende lässt sich für mich aus den Aussagen, die ich dazu erhalten habe, nicht treffen. Keine einzige Person die ich interviewt habe, hat im Zusammenhang mit einer möglichen oder tatsächlich erhaltenen Bluttransfusion ökonomische Aspekte erwähnt. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass für die befragten Personen, die nicht im Gesundheitssystem tätig sind, Blutprodukte Medikamente darstellen und aus der Perspektive von Patient/innen im Kontext eines Krankenhauses nicht als Waren konnotiert sind, da sie sich auf Patient/innenseite nicht als solche manifestieren.

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems ist komplex. Im Wesentlichen basiert es jedoch auf dem Prinzip der solidarischen, einkommensabhängigen Pflichtversicherung in unterschiedlichen Krankenkassen. Die Finanzierung von

Krankenanstalten basiert auf einem dualen System, das aus den Töpfen der Krankenversicherungen und aus Steuergeldern finanziert wird (vgl. Hofmarcher/Rack 2006: 70). Zentral für meine Analyse ist, dass der /die Patient/in für die Blutprodukte, die er/sie erhält keine Rechnung bekommt. Lediglich ein pauschaler Kostenbeitrag pro Tag ist für den Aufenthalt in Krankenhäusern zu bezahlen. Dadurch entsteht der Anschein, als würde man nicht dafür bezahlen. Krankenhausaufenthalte sind immer Teil individueller persönlicher Ausnahmesituationen, in denen Menschen sich vor Operationen fürchten, sich Sorgen machen und sich Großteils auf das Wissen von Expert/innen verlassen. Welche Medikamente letztendlich durch den Venflon fließen ist nicht so wichtig, wie das Endergebnis Gesundheit.

Theoretisch ist den meisten der befragten Personen komplett egal, von wem das Blut stammt, das ihnen transfundiert wird. Nicht zuletzt auch deshalb, weil es praktisch nicht relevant, da nicht bekannt ist. Wenn die Strukturen aber anders wären, gäbe es für viele der Interviewten dennoch Personen, von denen sie kein Blut erhalten möchten, bzw. denen sie keines spenden möchten - wie etwa „Terroristen“ (P17/Berg: 229), „Kinderschänder“ (P24/Blau: 263), und „grauslige Menschen“ (P21/Baumann: 126).⁷ Diese Anonymisierung trägt aber auch dazu bei, dass die Bluttransfusion nicht im Zusammenhang mit persönlichen Geschenken betrachtet wird und auch nicht die Vorstellung von übertragenen persönlichen Eigenschaften weckt. Im Fall von wiederholten Transfusionen innerhalb einer längeren Krebstherapie oder bei Massivtransfusionen im Zuge einer akuten Verletzung wären solche Vorstellungen aber auch eine kaum bewältigbare Belastung für Patient/innen, wenn sie sich über die Herkunft jeder einzelnen Konserve den Kopf zerbrechen und einen Prozess der emotionalen Integration des Fremden in den eigenen Körper durchleben würden.

Blut wird vielleicht auch aus Selbstschutz grundsätzlich als ein Medikament (wie andere auch) betrachtet. Dass alle von mir befragten Personen wenn nötig einer Fremdbluttransfusion zustimmen würden, hängt sicher auch damit zusammen, dass sie selbst in unterschiedlichen Formen Blut spenden. Der Anteil derjenigen, die dennoch lieber für sich selbst Blut spenden würden und die dafür zugrundeliegenden Ängste, zeigen jedoch, dass Blut auch eine Substanz mit Geschichte ist, die ihren schlechten Ruf aus den 1980-er Jahren so schnell nicht loswird. Wie viele von den Personen die Bluttransfusionen oder andere Blutprodukte erhalten haben und aufgrund dessen selbst

⁷ Dass Bluttransfusionen von meinen InterviewpartnerInnen neben der Übertragung von biomedizinisch anerkannten Krankheiten bei fehlender Anonymisierung, auch mit der Übertragung von schlechten Eigenschaften eines Menschen assoziiert wurden, wird in Kapitel 7.1 näher thematisiert.

zu Blutspender/innen werden, lässt sich nicht nachvollziehen. In solchen Fällen entwickelt die Spende auf dieser Ebene eine Verpflichtung, die sich aber nicht in direkter Reziprozität gegenüber dem Spender/in auswirken kann, sondern lediglich ein Engagement als Spender/Spenderin zum Wohle der Allgemeinheit fördern kann.

5.3 FAZIT: BLUT AUS UNTERSCHIEDLICHEN PERSPEKTIVEN

An dieser Stelle möchte ich die unterschiedlichen Bewertungen von Blut als Spende, Ware, Medikament und heilige Substanz, die sich in unterschiedlichen Situationen gezeigt haben, kurz zusammenfassen.

Schon in der Situation der Blut- und Plasmaspende ist Blut nicht immer eine Spende, sondern es präsentiert sich auch als Ware, wobei dies von der Intention der Spender/innen abhängt, die sich wiederum in der Wahl des jeweiligen Blutspenderegimes manifestiert. Möchte man Blut ohne finanzielle Gegenleistung spenden kann man dies nur beim Roten Kreuz tun, das dafür den entsprechenden Rahmen der unbezahlten Blutspende bereitstellt. Möchte man Blutplasma gegen Geld tauschen stellt das Plasmaspendezentrum den entsprechenden Rahmen bereit. Die *kulturelle Darstellung der Plasmaspende* (vgl. Healy 2006:117) bietet neben der finanziellen Entschädigung aber auch den wohlthätigen Aspekt an, der von unterschiedlichen Personen aufgegriffen oder auch verworfen wird.

In beiden Blutspenderegimes wird Blut letztlich durch sofortigen Wiederverkauf im Plasmaspendezentrum oder durch Anonymisierung und Standardisierung, Auftrennung und teilweisen Wiederverkauf beim Roten Kreuz zur Ware, die für den Verkauf bestimmt ist.

Jedoch wurden in der unbezahlten Blutspendeorganisation zahlreiche Verpflichtungen sichtbar (Freundlichkeit, Dankbarkeit, Information, Wertschätzung, Wirtschaftlichkeit), die sich aus der *Spende* ergeben und den Umgang mit der Substanz beeinflussen. Die Verpflichtungen Freundlichkeit, Dankbarkeit und Information sind direkt in Richtung Spender/innen gerichtet. Die Verpflichtungen Wertschätzung und Wirtschaftlichkeit betreffen den Umgang mit der gespendeten Substanz und führen letztendlich zu einem nutzenmaximierenden und effizienten Umgang, der sich nicht von ökonomischen Zielen anderer Unternehmungen unterscheidet. Auf Seiten des Plasmaspendezentrums konnte ich lediglich die Verpflichtung zur Freundlichkeit gegenüber den Spender/innen erkennen, während die Verpflichtung zur Dankbarkeit auf Seiten der Spender/innen lag. Die Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit findet sich auch im Handeln des Plasmaspendezentrums, ist aber den eigenen Unternehmenszielen als Kapitalgesellschaft geschuldet.

Blutprodukte im Krankenhaus sind wiederum doppelten Logiken unterworfen. Die Warenlogik dominiert auf einer professionellen Ebene und Blutprodukte werden als Waren – (teure) Medikamente – wahrgenommen. Der effiziente und kostensparende Einsatz von Blutprodukten wird heftig diskutiert und Strategien zur Einsparung von Blutprodukten gewinnen immer mehr an Bedeutung. Auf einer anderen Ebene hat sich aber gezeigt, dass für im Krankenhaus Beschäftigte, die selbst Blut spenden, im professionellen Umgang mit Blut auch der Aspekt der Spende präsent ist.

Die Untersuchung von Blut aus der Perspektive von Empfänger/innen brachte auch aufgrund spärlicher Daten keine klaren Ergebnisse. Jedoch gibt es keine erkennbare Tauschsituation, in der Blut als Ware getauscht werden könnte. Der/die Patient/in konsumiert ein Medikament, für das er/sie keine erkennbare Gegenleistung erbringen muss.

Für Jehovas Zeugen stellt sich die Situation gänzlich anders dar. Sie sind die einzige Gruppe, die Bluttransfusionen strikt ablehnt. Grund dafür ist eine spirituelle Bedeutung die dem Blut einen Status als heilige Substanz zuweist. Während Blut für jene Personen, die es auch ohne große Bedenken spenden und annehmen würden, keine große Bedeutung hat, hat es gerade für jene, die sich sowohl der Blutspende als auch Bluttransfusion entziehen, einen sehr hohen Stellenwert.

Daran, dass Bluttransfusionen nur durch aktive Strategien verhindert werden können, wird ersichtlich, wie sehr Bluttransfusionen in der österreichischen Medizin als normale Medikation betrachtet werden. Die Position der Jehovas Zeugen innerhalb der Bluttransfusionsthematik ist für mich auch in Bezug auf das nächste Kapitel relevant. Dieses beschäftigt sich mit Tauschsphären. Wie bereits dargestellt wurde, wechselt Blut von den SpenderInnen bis zu den EmpfängerInnen mehrmals *den Besitzer/die Besitzerin*. Welche Tauschsphären hier sichtbar werden und welchen unterschiedlichen Formen von Wert und Bewertung und welchen gesellschaftlichen Logiken und Normen diese unterliegen, wird im nächsten Kapitel diskutiert.

6 TAUSCHSPHÄREN UND WERT

Dinge, und insbesondere Blut in einem doppeldeutigen Sinn, zirkulieren im Laufe ihres *Lebens* und haben dabei unterschiedliche Beziehungen zu Personen, Institutionen und Wertkategorien. Blut ist nicht nur im menschlichen Körper im Fluss, sondern seit der Etablierung des Bluttransfusionswesens auch außerhalb und wird dabei von einer körperlichen Einheit getrennt, in Einzelteile zerlegt und wird zwischenzeitlich zu einem warenförmigen Produkt, um als Medikament wieder in einen menschlichen Körper inkorporiert zu werden. Dabei ändert es kontinuierlich seinen Objektstatus und auch seinen sozialen und ökonomischen Wert.

Arjun Appadurai (1986) beschäftigt sich in der Einleitung zum Sammelband *The social life of things* mit der Frage, wie Wert entsteht. Dazu meint er, Waren haben gleich Personen ein soziales Leben und Waren können als Objekte definiert werden, die einen ökonomischen Wert besitzen. Gemeinsam mit Simmel (1907) schränkt Appadurai allerdings ein, dass der Wert niemals eine dem Objekt inhärente Eigenschaft ist sondern eine Eigenschaft die ihm zugeschrieben wird (vgl. Simmel 1907 zit. nach Appadurai 1986: 3). Um diese Zuschreibungen zu erkennen, reicht es nicht aus, die Dinge zu betrachten. Dazu muss man den Dingen auf ihrem Weg folgen, ihren Gebrauch, ihre Bewegungen in der Gesellschaft und den Bedeutungen, die sie im Verlauf der Zeit erhalten, untersuchen (vgl. Appadurai 1986: 5).

Für Appadurai gibt es keine Eigenschaft, die Sachen, Dinge oder Objekte von Waren, *commodities*, unterscheidet, sondern lediglich Situationen, die darüber entscheiden, in welchem Status sich ein Ding befindet:

[T]he commodity situation in the social life of any 'thing' be defined as the situation in which its exchangeability (past, present, future) for some other thing is its socially relevant feature. (ebd.: 13)

Diese *Warensituation* kann in drei Aspekte unterteilt werden: Die Phase als Ware im sozialen Leben jedes Objekts, das Potential eines Objekts als Ware und der Warenkontext in den das Objekt eingebettet ist. Dinge können, langsam oder schnell, reversible oder begrenzt in einen Warenstatus wechseln und auch wieder aus dem Warenstatus herausfallen. Bei manchen Dingen ist das wahrscheinlicher als bei anderen, aber es besteht immer die Möglichkeit (vgl. ebd.).

Mit dem Potential von Objekten als Waren meint Appadurai den kulturellen Rahmen der die Tauschbarkeit, die Kategorisierung und *Bewertung* von Dingen vorgibt. Die Situation in der Dinge getauscht werden und mit wem Dinge getauscht werden, beeinflusst den

temporären und symbolischen Wert der Objekte zum Zeitpunkt des Warentausches. Der Prozess der Kommodifizierung ist für Appadurai ein Zusammenspiel zwischen zeitlichen, kulturellen und sozialen Faktoren (vgl. ebd.: 14f). Waren sind für Appadurai Dinge, die in einer bestimmten Lebensphase und in einem bestimmten Kontext die Bedingungen eines tauschbaren Gegenstands in sich tragen (vgl. ebd.: 16).

Igor Kopytoff beschreibt, wie dieser kulturelle Rahmen, sogenannte Tauschsphären, entstehen. Im Bestreben, die chaotische Umwelt zu ordnen, werden Dinge nach kulturspezifischen Kriterien in Wertklassen zusammengefasst und bilden gemeinsam diese so genannten Tauschsphären, die unterschiedliche Ebenen des Tauschhandels innerhalb von Gesellschaften darstellen (vgl. Kopytoff 1986: 70f).

In jeder Gesellschaft gibt es auch Dinge, die der Sphäre der kommodifizierbaren Objekte entzogen werden. Manche dieser Verbote sind kulturell und werden von allen innerhalb einer Gesellschaft gleichermaßen geteilt. In staatlichen Gesellschaften sind viele dieser Verbote das Werk des Staates und dienen einer Mischung aus dem Wohlergehen der Gesellschaft im Großen, dem Wohlergehen des Staates und dem Wohlergehen der Mächtigen. Dass ein Objekt nicht in die Kategorie der Ware fällt, kann zum Einen bedeuten, dass es besonders wertvoll ist, zum Anderen aber auch, dass es in einer Gesellschaft so wertlos ist, dass es keinen Tauschwert besitzt (ebd.: 73f). Andere Dinge sind rechtlich oder kulturell nur begrenzt für einen Verkauf zugelassen. Dazu führt Kopytoff unter anderem Medikamente in der westlichen Biomedizin als Beispiel an. Deren Verkauf ist nur bestimmten Institutionen erlaubt und der Wiederverkauf verboten (vgl. ebd.: 75).

Kopytoff betont, je komplexer eine Gesellschaft ist, umso weniger werden diese Tauschsphären von allen Individuen gleichermaßen definiert und geteilt. Während zur Unverkäuflichkeit von manchen Dingen ein breiter Konsens besteht, gibt es über andere Objekte und deren Zugehörigkeit zu bestimmten Tauschsphären heterogene Auffassungen von unterschiedlichen Gruppen in der Gesellschaft, die unterschiedliche kulturelle Codes und moralische Normen teilen (vgl. ebd.: 77f). Innerhalb der Tauschsphären herrscht eine Hierarchie. Diese Hierarchie wird nicht durch die Tauschstruktur an sich hergestellt, sondern durch Rechtfertigungen wie Ästhetik, Moral oder Religion (vgl. ebd.: 82).

Der Status eines Objekts in einer stark kommodifizierten Gesellschaft ist immer umstritten. Ob ein Objekt tatsächlich als Ware gehandelt werden kann, stellt sich definitiv erst in dem Moment heraus, in dem das auch passiert. „The only time when the commodity status of a thing is beyond question is the moment of actual exchange“ (ebd.:

83). Ein breiter Konsens herrscht jedoch auch in heterogenen westlichen Gesellschaften über die Unterscheidung zwischen Waren und Personen und deren Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Tauschsphären. Diese Idee entstand im antiken Christentum und wurde seit Mitte des 20. Jahrhunderts noch verstärkt. Die Kommodifizierung von Personen ist deswegen immer mit starken moralischen Vorbehalten konfrontiert (vgl. ebd.: 83ff).

Neue Technologien eröffnen jedoch immer mehr Möglichkeiten für die materielle Verwendung von menschlichen Substanzen und Körperteilen. Ökonomien tendieren dazu, den Bereich der Waren mit neuen Technologien immer weiter auszudehnen und rezente medizinische Entwicklungen durchbrechen immer wieder diese Grenze (vgl. ebd.: 85). Kopytoff nennt als Beispiele Leihmütter, Eizellen und Spermien, Nieren und auch Blut. Eine Strategie die moralischen Vorbehalte der Gesellschaft zu beschwichtigen, sieht auch Kopytoff in der Bezeichnung *Aufwandsentschädigung* als Synonym für Preis (vgl. ebd.: 86).

Welchen Tauschsphären Blut im Österreichischen Kontext zugeordnet wird und welche Formen von Wert und Bewertung dabei stattfinden, soll im Folgenden dargestellt werden. Dabei wird sichtbar werden, dass Blut sich in einer moralischen Arena bewegt. Das bedeutet nicht, dass in diesem Bereich unbedingt immer eine größere Moral herrscht oder dass Blut nicht auch als Ware gehandelt wird, aber es bedarf höherer ethischer Standards, es bedarf ein höheres Maß an Rechtfertigung und es gibt mehr Tabus als in einer weniger moralischen Sphäre.

6.1 DIE SPHÄRE DES (UN)VERÄUßERLICHEN KÖRPERS

Wie bereits ausgeführt, unterliegt der menschliche Körper spätestens seit Mitte des 20. Jahrhunderts generell einem Nimbus der Unverkäuflichkeit. In der historischen Entwicklung des Blutspendewesens in Österreich lassen sich jedoch auch durchaus andere Annahmen über die Käuflichkeit von Blut finden (siehe Kapitel 3.2). Berichte aus dem Jahr 1933 beschreiben, dass Krankenanstalten zu dieser Zeit größtenteils ihren Blutbedarf mit gewerbsmäßigen Blutspender/innen deckten (vgl. Boller/Makrycostas 1933: 526). Die Bezahlung der Spender/innen richtete sich damals nach der entnommenen Menge Blut und nach der Art der Entnahme (vgl. ebd.: 527f). Damals konnte man nicht von einer pauschalen Aufwandsentschädigung sprechen, sondern es wurde je nach Menge des entnommenen Blutes und für die Schwere der Körperverletzung, die den Spender/innen dabei zugefügt wurde, bezahlt.

Auch wenn bereits im Jahr 1957 von 72 Prozent unentgeltlichen Blutspenden berichtet wird (vgl. Schönauer/Vonkilch 1957:6), wurde dennoch bis 1978 im AKH Wien noch für die Blutspende bezahlt (vgl. Aistleitner 2007: 50). Das Engagement des Roten Kreuzes ab

1957 im Bereich der Blutspende in Österreich forcierte die freiwillige unbezahlte Blutspende. Gesetzlich verankert wurde diese, auch auf das Betreiben des Roten Kreuzes hin, erst ausdrücklich im Jahr 2005 (BSG 1999, §8 Abs 4) und bezieht sich ausdrücklich nur auf die Spende von Vollblut. In vielen Bereichen der Blutspende wird nach wie vor Geld für Blut bezahlt. Insbesondere Plasmaspendezentren entschädigen ihre Spender/innen finanziell. Das erste Plasmapheresezentrum wurde 1986 in Österreich eröffnet. Seither ist es üblich, diese Spender/innen finanziell zu entschädigen.

Dass für die Plasmaspende Geld bezahlt wird, erscheint nicht paradox, denn der Aufwand eines Spenders/einer SpenderIn, der/die so oft wie möglich Plasma *spendet* – das bedeutet dreimal in zwei Wochen oder insgesamt 50 Mal im Jahr (vgl. Europlasma 2011: 9) – ist beträchtlich. Jede Spende dauert etwa eine Stunde. Im Vorfeld muss auf eine fettarme Ernährung und genügend Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Nach einer Spende fühlt man sich bis zu etwa zwei Stunden geschwächt, wie meine Interviewpartner/innen berichteten. Dass Menschen sich diesen Aufwand nicht antun, um ihr Plasma ohne adäquate Gegenleistung einer Kapitalgesellschaft als Rohstoff zur Verfügung zu stellen, scheint nur logisch. Hinzu kommt, dass keinem/keiner der Befragten eine Person persönlich bekannt war, die auf Medikamente, die aus diesem Plasma hergestellt werden, angewiesen ist.

Dass für die *Plasmaspende* einerseits der linguistische Kunstgriff der *Spende* angewendet wird und nicht von Bezahlung sondern von Aufwandsentschädigung gesprochen wird, dokumentiert den umstrittenen Bereich der Unveräußerlichkeit des Menschen. Offiziell wird bei der Plasmaspende also nicht Plasma gegen Geld sondern Zeit gegen Geld getauscht, was auch durch einen pauschalierten Betrag – für je nach Körpergewichtsklassen unterschiedlich abgenommene Plasmamengen – unterstrichen wird.

Hierin wird eine Strategie sichtbar, die Mary Douglas (1988) im Zusammenhang mit dem Umgang von abweichenden Ereignissen in kulturellen Kontexten beschreibt. Sie bezeichnet Kultur als die „[...] öffentlichen, standardisierten Werte einer Gemeinschaft [...]“ (ebd.: 57), welche die Erfahrungen der Individuen vermittelt und Schablonen bereitstellt, die Dinge, Vorstellungen und Werte in Grundkategorien ordnet. Anerkennung und Autorität bezieht die Kultur aus der Tatsache, dass andere sie auch anerkennen. Während ein/e einzelne/r seine/ihre Annahmen an den Maßstäben dieses vorgefertigten Musters ausrichten kann oder auch nicht, bleibt das Muster dennoch stabil. „Kulturelle Kategorien sind öffentliche Angelegenheiten. Sie lassen sich nicht ohne weiteres revidieren“ (ebd.). Diese Schablone muss aber auch abweichende Formen irgendwie integrieren, sie kann diese nicht negieren, ohne das Vertrauen der Menschen zu verlieren.

Jede Kultur entwickelt Strategien, wie sie mit anomalen oder abweichenden Ereignissen umgeht (vgl. ebd.). Im Bereich Plasmaspende werden solche Strategien sichtbar. Der Grundsatz der menschlichen Unveräußerlichkeit wird nicht in Frage gestellt, aber umschifft. Man spricht nicht von Verkauf sondern von Spende, man spricht nicht von Bezahlung sondern von Aufwandsentschädigung. Somit wird die Anomalie in die bestehende kulturelle Norm integriert ohne die standardisierten Werte der Kultur zu verletzen.

Dass darüber, ob körpereigene Substanzen gegen Geld getauscht werden dürfen, auch individuell entschieden wird, zeigen die unterschiedlichen Positionen der Spender/innen, die bereits in Kapitel 5.2.1.1 dargestellt wurden. Die darin als Spender/innen bezeichneten Personen sehen Blut als etwas, das sie persönlich nicht gegen Geld tauschen würden, während im anderen Extrem die sogenannten Kapitalist/innen Blut als etwas betrachten, das auch in einer ökonomischen Sphäre gegen Geld getauscht werden darf.

Sowohl für die interviewten Spender/innen als auch für Kapitalist/innen hatte Blut in ihrem Körper nur eine rein persönliche Bedeutung. Solange Blut gesund ist, wird dieser Substanz, wie aus meinen Gesprächen deutlich wurde, auch keine besondere Bedeutung zugewiesen.

Während im Bereich der bezahlten Plasmaspende der Akt der Spende an sich einen direkten sofort spürbaren Wert in Form der Aufwandsentschädigung für die Kapitalist/innen darstellt, kann die unbezahlte Spende diese Aufwertung nur im Hinblick auf implizierte Empfänger/innen realisieren. Gäbe es keine Weiterverwendung dafür, würde Blut durch eine Spende keine Wertsteigerung erfahren. Erst durch die Spende an eine Institution, die glaubwürdig vermitteln kann, dass dieses Blut einem wichtigen Zweck zugeführt wird, wird das Blut wertvoll und mit ihm auch der Mensch, der es gespendet hat.

Es ist zwischen einem auf kultureller Ebene anerkannten Konsens über die Unverkäuflichkeit des menschlichen Körpers und individuell kontroversen Ansichten über diese Unterscheidung zu differenzieren. Grundsätzlich bewegen sich sowohl die Blutspende beim Roten Kreuz als auch die Plasmaspende in privatwirtschaftlich organisierten Unternehmungen in der Sphäre des unveräußerlichen Menschen. Allerdings ist deutlich sichtbar geworden, dass diese Grenze weder in der Vergangenheit noch heute unumstritten ist und dass es Strategien gibt, die diese Grenze unterwandern, ohne sie öffentlich in Frage zu stellen.

6.2 BLUT ALS COMMODITY

Auf der Ebene der Institutionen wird Blut zu Produkten verarbeitet und wechselt in die Sphäre eines Warenhandels, es wird zur *Commodity*. Blut ist nur solange in der unveräußerlichen Tauschsphäre, solange es physisch einem Menschen angehört. Durch die Trennung vom Körper verlässt es diese Sphäre.

Die Blutspendezentrale verkauft Erythrozytenkonzentrate an Ärzt/innen und Krankenanstalten und Plasmakonserven an die Pharmazeutische Industrie.

Plasmaspende-Institutionen verkaufen das Plasma auch an die Pharmazeutische Industrie oder sie sind selbst Ableger solcher Pharmaunternehmen.

Doch auch als Ware nimmt Blut eine Sonderstellung als Medikament ein. Der Kauf und Verkauf ist durch gesetzliche Vorgaben streng reglementiert. Diese Beschränkungen legen fest, wer diese Ware herstellen und wem verkaufen darf.

Hinter den Systemen von *unbezahlter Blutspende* und *entschädigter Plasmaspende* stehen unterschiedliche wirtschaftliche Zusammenhänge. Die Vollblutspende, die primär auf die Herstellung von und die Versorgung mit Erythrozytenkonzentraten ausgerichtet ist, wird – zumindest bisher noch – von einer nationalen gemeinnützigen Organisation mit einer de facto Monopolstellung lediglich für die Abdeckung des nationalen Bedarfs betrieben. Die Einfuhr von Produkten aus bezahlten Vollblutspenden ist zudem bis dato gesetzlich verboten. Allerdings formieren sich die Fronten, um Einsparungspotentiale für das Gesundheitssystem unter anderem durch die Einfuhr von bezahlten Blutspenden zu ermöglichen.

Plasma unterliegt anderen gesetzlichen Rahmenbedingungen und wird in großen Mengen importiert und in Österreich weiterverarbeitet. Internationale Pharmakonzerne sind auf Plasma als Rohstoff angewiesen. Sie entwickeln stetig neue Präparate, für die, wenn erst ein Markt geschaffen wurde, auch Bedarf herrscht. Damit sind wiederum Interessenslagen von Patient/innengruppen, die beispielsweise an chronischen Gerinnungsstörungen leiden, in der Diskussion präsent. Diese fürchten um die Herstellung dringend benötigter Medikamente und bringen neben den ökonomischen Interessen der Hersteller einen ethischen Aspekt in die Debatte ein, der auch von Kapitalismuskritiker/innen nicht negiert werden kann.

6.3 BLUT ALS MEDIKAMENT

Medikamente stellen eine spezielle Kategorie von Gütern dar, wie Kopytoff schreibt (vgl. Kopytoff 1986: 75). Medikamente im Allgemeinen sind in Österreich durch gesetzliche Auflagen in ihrer Zirkulation eingeschränkt. Für Blutprodukte gilt dies in einem noch

größeren Ausmaß. Sie unterliegen nicht nur bezüglich dessen, wer sie kaufen und verkaufen darf, Beschränkungen, sondern sie unterliegen auch gesonderten Vorgaben über Lagerung, Zustimmung durch PatientInnen, Dokumentation und Entsorgung. Bei Blut als Medikamenten zeigt sich, dass Tauschsphären und Warenkategorien nicht von allen Personen in einer Gesellschaft gleichermaßen geteilt werden (vgl. ebd.: 77f). Für gläubige Jehovas Zeugen wäre die Transfusion von Blut nicht die Verabreichung eines Medikaments, sondern rechtlich mit einer Körperverletzung und spirituell mit einer Verletzung der Seele gleichzusetzen. Dieser Diskrepanz hat sich mittlerweile auch die Gesetzgebung gestellt und zur Regelung dieser ungleich definierten Warenkategorie Gesetze erlassen, die es mittels einer Patient/innenverfügung ermöglichen, sich gegen die Anwendung von Blut als Medikament zu schützen.

Blut als Medikament wird aber nicht nur diesbezüglich diskutiert, sondern, wie dargestellt wurde, auch in Bezug auf seine ökonomischen Kosten, womit verdeutlicht wird, dass auch Medikamente aus einer bestimmten Perspektive nur Waren sind, die einen finanziellen Wert oder auch finanzielle Kosten darstellen.

Diese Ebene wird von den betroffenen Patient/innen kaum wahrgenommen, da das System, in dem diese Waren getauscht werden, besondere Strukturen aufweist, in denen der ökonomische Wert der einzelnen Produkte für Patient/innen nicht ersichtlich ist.

Werden die Medikamente letztlich wieder in einen menschlichen Körper inkorporiert, sind sie in die Sphäre des unveräußerlichen Körpers zurückgekehrt und dekommodifiziert. Sie wurden der Sphäre der Waren entzogen.

6.4 FAZIT: BLUT IN EINER MORALISCHEN ARENA

Viele irritierende und unerwartete Aussagen im Zuge der Forschung haben mich zu der Erkenntnis gebracht, dass Blut sich insgesamt, von den Spender/innen angefangen, über die Produktionsbetriebe, den Handel und bis zur Verwendung im Krankenhaus, in einer moralischen Arena bewegt, in der alle beteiligten sozialen Welten dazu gezwungen sind, ihr Handeln ethisch zu rechtfertigen. Was Klaus Hoyer (2002) über ethische Richtlinien schreibt, trifft in diesen Fällen sehr gut zu. Er sieht ethische Richtlinien nicht als Gegensatz oder Schutz vor der kommerziellen Verwendung von menschlichem Material, sondern sie bilden seiner Meinung nach vielmehr die Grundlagen für die soziale Ausgestaltung des biotechnologischen Marktes (vgl. ebd.: 12).

Moralische und ethische Implikationen werden hier auf vielen Ebenen ersichtlich. Angefangen bei BlutspenderInnen, die eine Bezahlung für die Blutspende als Entwertung

ihrer Spende wahrnehmen würden, und PlasmaspenderInnen, die beteuern, dass sie das Geld nicht für sich, sondern für Geschenke für Kinder und Enkel ausgeben.

Im weiteren Verlauf wird Blut auch bei den Spendeorganisationen auf eine Weise behandelt, die nicht den gängigen marktwirtschaftlichen Kriterien entspricht.

Das Rote Kreuz setzt sich für die unbezahlte Blutspende ein, obwohl eine Bezahlung von Spender/innen bestimmt einen Zulauf verursachen würde. Es verkauft Blutprodukte, weigert sich aber aufgrund ethischer Überlegungen, für unterschiedliche Blutgruppen unterschiedliche Preise zu verlangen:

Nein, also das kann man nicht sagen, das ist alles Gleichwertig. Also da kann man nicht abstufen. Ich kann ja jetzt nicht sagen, wenn man jetzt sagt A-positiv ist die Häufigste Blutgruppe, 0-negativ ist die seltenste und die gefragteste, weil 0-negativ der Universalspender schlechthin ist, dass 0-negativ von der Wertigkeit besser ist, als A-positiv - also das geht gar nicht unserer Ansicht nach, [...] Die Patienten brauchen auch alles und die Krankenhäuser, also da gibt es keine Abstufungen - da wehren wir uns dagegen. (P7/Klammer 163)

Das Rote Kreuz als Institution stellt für viele BlutspenderInnen eine moralische Instanz dar, was für viele SpenderInnen mit ein Grund ist, dort zu spenden. Das Rote Kreuz trägt diesen Erwartungen Rechnung, indem es sich unter anderem eine *Spendenselbstverpflichtung* auferlegt hat (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2).

Wenn Herr Prankl, Leiter eines Plasmaspendezentrums, versichert, dass in seinem Unternehmen kein Profit erwirtschaftet wird, dann müsste man sich eigentlich überlegen, ob Herr Prankl wirklich geeignet ist, eine Kapitalgesellschaft zu leiten:

Es ist so, dass der Preis, den man mit Plasma erzielt, oder den es für Plasma gibt, im Prinzip die entstehenden Kosten abdeckt, ja also es ist so dass ahm wir natürlich einen sehr hohen Kostenanteil haben für Aufwandsentschädigungen, Testungen die durchzuführen sind, Personalkosten etc., ja, dass es eigentlich ja, in Wirklichkeit mehr oder weniger die entstehenden Kosten abdeckt, ja. (P3/Prankl: 95)

Betrachtet man diese Aussage aber unter der Prämisse der moralischen Arena, ist sie vermutlich mehr der Überlegung geschuldet, dass es sich für ein Unternehmen, das *Spenden* sammelt, ethisch *nicht gehört*, mit Profit zu prahlen.

Der paradoxe Umstand, dass Kapitalgesellschaften *Spenden* sammeln, für die sie *Aufwandsentschädigungen* bezahlen, um diese dann an Pharmakonzerne weiter zu verkaufen, wird ethisch durch die Betitelung als *Spende* gestützt.

Obwohl sich die Abnahmemärkte für Plasma vom Roten Kreuz und von den Plasmaspendezentren überschneiden und es im Bereich der Plasmaspende in Wien unterschiedliche AnbieterInnen gibt, wurde von allen Seiten versichert, dass hier keine Konkurrenzsituation herrscht. Dieser zweifelhafte Umstand konnte in der Untersuchung

nicht überprüft werden. Entweder ist diese friedliche Darstellung des Blutmarktes einer besonderen politischen Korrektheit im Bereich des Blutspendewesens geschuldet oder der Markt für Plasma ist tatsächlich noch so wenig gesättigt, dass hier noch enormes Potential nach oben herrscht.

Baxter, ein internationaler Pharmakonzern und der größte Plasmafraktionierer in Österreich, widmet dem ehrenamtlichen sozialen Engagement seiner Mitarbeiter/innen und der Spendentätigkeit des Unternehmens eine eigene Rubrik auf seiner Homepage (vgl. Baxter 2). Dies erscheint in diesem Licht ebenso als eine Strategie der Absicherung gegen moralische Anfeindungen, die einen gewinnbringenden Verkauf von menschlichen Körpersubstanzen verurteilen könnten.

Ein weiteres Indiz für die moralische Sphäre, in der sich Blutprodukte bewegen, sind Medienberichte, die in regelmäßigen Wellen über die Verschwendung von Blutkonserven berichten. In einem exemplarisch ausgewählten Artikel wird gleichermaßen explizit von Blutprodukten als Einsparungspotential im Gesundheitssystem gesprochen wie auch der ethische Aspekt betont (vgl. Stuhlpfarrer 2011: 15). So formuliert der AKH-Direktor: „Blutkonserven erfordern alleine aus ethischen Gründen eine besondere Sparsamkeit“ (ebd.:15).

Dennoch ist erkennbar, je weiter sich Blut von seinem menschlichen Ursprung entfernt, desto mehr verliert die moralische Komponente an Bedeutung und ökonomische Logiken dominieren, bis es letztendlich wieder in einen menschlichen Körper inkorporiert und wieder eindeutig der Sphäre des unverkäuflichen menschlichen Körpers zuordenbar ist.

Die Bedeutung moralischer Implikationen in Bezug auf die Organisation des Blutspendewesens wird auch in den nächsten Kapiteln sichtbar. Die Beziehung zum eigenen Blut endet für Spender/innen meist schon beim Verlassen des Körpers. Diese Wahrnehmung ist nicht zuletzt auf die Anonymisierung von Blutprodukten zurückzuführen. Diese Entpersonifizierung ist ein Mittel, die Distribution von Blutprodukten ohne moralische Wertung von Spender/innen und Empfänger/innen zu bewerkstelligen.

7 BEZIEHUNG ZUM GESPENDETEN BLUT

Waldby, Rosengarten, Treloar und Fraser (2004) haben für die Reterritorialisierung des Körpers den Begriff ‚bioidentity‘ geprägt. Dieser Begriff beschreibt, wie Menschen die physischen Begrenzungen ihres Körpers erleben, um sich als materielle und soziale Subjekte wahrzunehmen. Während wir den Körper einerseits als stabile Begrenzung unseres Selbst empfinden, ist dieser immer auch schon durchlässig, wenn wir etwa essen, atmen, trinken, stillen, schwitzen, bluten, etc.. Immer zahlreichere medizinische Techniken ermöglichen es, Teile des Körpers abzugeben oder auch fremde Körperteile zu inkorporieren und die Grenzen unserer Bioidentität werden dadurch verschoben (vgl. Waldby et.al. 2004: 1462).

In Bezug auf die Transfusion von Blut haben sich Waldby und ihre Kolleginnen damit beschäftigt, welche Auswirkungen die Weitergabe und Integration dieser Körperflüssigkeit auf die ‚bioidentity‘ von unterschiedlich betroffenen Personen hat. Anhand von Interviews mit 55 Personen, die entweder durch eine Bluttransfusion oder intravenösen Drogenkonsum mit Hepatitis C infiziert wurden und Blutspender/innen und Personen, die Bluttransfusionen erhalten haben und dabei nicht mit Hepatitis C infiziert wurden, stellen sie dar, welche unterschiedlichen Bedeutung die Interviewpartner/innen mit Blut in Verbindung bringen und welchen Einfluss dabei ihre jeweilige Betroffenheit hat (Waldby et.al. 2004: 1461).

Dabei zeigte sich, dass nur vier der befragten Personen sich so stark mit ihrem Blut identifizierten, dass sie angaben, ihr Blut würde immer noch ein Teil ihres Selbst sein, auch wenn es in einem anderen Körper wäre und Gemütsverfassungen und Charakter übertragen. Die anderen Interviewpartner/innen hatten eine eher unpersönliche Einstellung zu ihrem Blut. Wobei Unterschiede zwischen HPC+ und HPC- Personen bestanden. Die Hälfte aller HPC+ und HPC- Personen gaben an, dass Blut nicht mehr zu ihrem Körper gehöre, sobald sie es gespendet hatten. Personen die Bluttransfusionen erhalten hatten, hatten das Gefühl, dass Blut in erster Linie dem/der Empfänger/in gehörte, weil es irreversibel in dessen/deren Körper aufgegangen war. Einige der Befragten betrachteten Blut generell als Allgemeingut und nicht als persönlichen Besitz einer Person. Eine HPC+ infizierte Frau, die weder Blut gespendet hatte noch transfundiert worden war, gab an, dass ihr Blut immer ihr Blut sein würde, aufgrund des Virus und der daraus resultierenden genetischen Einzigartigkeit; aber falls die medizinische Bearbeitung den Virus entfernen würde, wäre es nicht mehr ihres (vgl. Waldby et.al. 2004: 1466f).

Waldby et.al. kommen zu dem Schluss, dass die biologische Qualität des eigenen Blutes, die medizinischen und administrativen Technologien zur Transformation und Distribution der Substanz wie auch die Positionierung der Spender/innen und Empfänger/innen innerhalb des Systems der Blutspende und historische Entwicklungen und Bewertungen des Blutes, die Sicht der Spender/innen und Empfänger/innen beeinflussen (vgl. Waldby et.al. 2004: 1470).

Ursprünglich wollte ich ebenso der Frage, welche Beziehung zwischen Spender/innen und Empfänger/innen von Blut entsteht, auf beiden Seiten nachgehen. Aufgrund mangelnder Interviewpartner/innen in der Gruppe von Blutempfänger/innen kann ich im Folgenden diese Frage nur aus der Sicht von Spender/innen beantworten, denen ich die Frage gestellt habe, wo die Beziehung zu ihrem Blut endet, um zu erfahren, ob in der Imagination der Spender/innen eine Beziehung zum/zur fiktiven Empfänger/in über die Teilung einer individuellen körperlichen Substanz entsteht. Dabei stellte sich heraus, dass keine/r der Befragten eine Beziehung zu den Empfänger/innen herstellt und nur wenige sich ihrem Blut auch nach der Spende noch verbunden fühlen.

Silvia Lischko, 49-jährige Plasmaspenderin, würde das Plasma schon im Körper nicht als Teil ihres Körpers betrachten:

Das ist nie Teil meines Körpers - das empfinde ich nicht als Teil meines Körpers, ich meine ich sehe da zu wie das runterperlt, ich meine die Farbe gefällt mir ganz gut, ja, einmal heller einmal dunkler, je nachdem wie der Filter funktioniert und ich schaue halt immer die Maschine an, aber das ist - ich habe da keine Empfindung dazu, dass das ein Teil meines Körpers ist. [...] Nein, da gibt es keine persönliche... ich meine das ist was anderes, wenn du ein Kind bekommst - ich meine das ist gleich deins, aber da hat man keine Beziehung zum Plasma nicht, das ist, wie wenn du dich in den Finger schneidest und du blutest - das ist dann auch gleich weg. (P18/Lischko: 155-163)

Für den Großteil der befragten Blut- und Plasmaspender/innen, 21 Personen, markierte der Zeitpunkt an dem das Blut den Körper verlässt, wenn die Nadel herausgezogen wird oder wenn der Beutel weggetragen wird, das Ende der körperlichen aber auch emotionalen Beziehung zu ihrem Blut. Manche verglichen die Blutspende auch mit Situationen wie Nasenbluten, in denen man sich auch keine Gedanken darüber machen würde, dass das ein Teil des eigenen Körpers sei und was nachher damit passiere. Manche betonten, dass das Blut im eigenen Körper reproduziert werde und sie sich deswegen keine Gedanken um das gespendete Blut machen bräuchten.

Nachfolgende exemplarisch ausgewählte Aussagen sollen diesen Standpunkt illustrieren:

Das habe ich mir noch gar nicht überlegt - Ich meine eigentlich ist es nicht mehr Teil des Körpers wenn es im Plastikbeutel drinnen ist (lacht). (P14/Gerstl: 157) [...] Es gehört ja nicht mehr mir, es ist ja nicht mehr meins. Also das entscheiden Ärzte und andere Leute, wem was dann zu geben ist und wenn der das braucht... da braucht er das, egal welcher Mensch das ist. Ob er groß klein dick dünn, sonst irgendwas ist. (ebd.: 191)

Also ich habe mir eigentlich noch nie darüber Kopfzerbrechen gemacht, weil wenn ich Nasenbluten hätt, würde ich auch sagen, mir egal. Aber ich würd sagen sobald der Beutel abgekappt wird. [...] Genau, dann gehört es nicht mehr mir (lacht). (P17/Berg: 195-199)

Also wenn ich jetzt darüber nachdenke ist das vielleicht anders, aber grundsätzlich habe ich jetzt, nachdem ich Blut gespendet habe nicht das Gefühl gehabt, also habe ich nicht weiter darüber nachgedacht - ma da geht jetzt was von mir weg und das wird mir weggenommen - also diesen Gedanken habe ich dabei eigentlich gar nicht gehabt - weiter verfolgt oder so. Aber wenn ich so darüber nachdenke, wäre es natürlich schon spannend, zu wissen was denn damit passiert und wer das kriegt, aber grundsätzlich eigentlich auch nicht, weil ich ja weiß, dass in meinem Körper eh wieder genug Blut produziert wird und ich dann eh wieder genug habe. Also es ist ja nicht sowas, was mir dauerhaft abgeht. Es erneuert sich ja wieder und deswegen habe ich jetzt kein Verlustgefühl. Also kurz nach dem Blutspenden habe ich schon ein Verlustgefühl, weil ich mich schwach fühle und mir denke – mah, mir fehlt etwas, aber nicht so im Sinne von "Ich wurde beraubt". (P21/Baumann: 74)

Da habe ich mir, muss ich ehrlich sagen, bis jetzt noch gar keine Gedanken darüber gemacht (lacht) - aber ich finde, wenn es weg ist, ist es weg. [...] Wenn ich mich schneide da rinnt auch mein Blut weg, das wasche ich mir ab unter der Wasserleitung - und es ist weg. (P22/Demel: 193-195)

Gute Frage. Ja sobald der erste Tropfen da rauskommt würde ich sagen. [...] Genau, dann gehört es nicht mehr mir, ja. (P24/Blau: 165-167)

Aus den Augen, aus dem Sinn. Nein ich habe da überhaupt kein Verhältnis, also ... ich schaue es auch, das ist ja quasi seitlich. Ich bin da mit Lesen beschäftigt und ... habe da nicht wirklich eine Beziehung dazu. (P26/Bergmann: 172)

Was heißt mein Blut? Ich, ich, meins tut sich ja nachbilden, mein Blut. [...] Da, das ist ja nicht verloren - das ist ja, das wird ja, die tun ja bestimmt wen, zum Beispiel wie ich noch jünger war, sag ich ja, da haben sie mich angerufen - und ich soll, weil ich, dass ich soll kommen, ja. Und dann, und jetzt geh ich halt, wenn ich dran denke, mache ich das und aus. Aber ich tu mir da keine Gedanken machen ob... aber die werden schon was machen, was Vernünftiges mit dem. (P27/Bräuer: 217-227)

Nur zwei der Vollblutsponder/innen, Irina Simacek und Frau Krumbacher, gaben an, dass sie ihr Blut auch nach der Spende noch als ihr Blut betrachten:

Über das habe ich mir ehrlich gesagt, auch noch nie Gedanken gemacht. Aber nur weil es jetzt da in dem Sackerl ist - es ist immer noch mein Blut und es ist, solange es nicht bei jemand anderem im Körper ist, ist es halt noch mein Blut, aber nicht weil ich jetzt sage ich habe Besitzansprüche, sondern einfach weil es halt mein Blut ist und das hilft jemand anderem. (P29/Simacek: 112)

Gar nicht. Das wird immer meins sein. [...] Da habe ich mir noch nie Gedanken gemacht, wer das bekommt, wer nicht. Mir ist das ganz egal. [...] Es ist mein Blut und mit meinem Blut kann ich jemandem helfen. (P10/Krumbacher: 127-139)

Gabi, die oberösterreichische Thrombozytensponderin, sagt, dass die Beziehung eigentlich auch mit der Spende endet. Es gab aber eine Zeit, in der ihr gesagt wurde, dass speziell ihre Thrombozytenspende für ein leukämiekrankes Mädchen verwendet würde. Dieses Wissen hat sich auf ihre gedankliche Beziehung zu ihrer Spende ausgewirkt:

Ja, also ich gebe sie auf jeden Fall ab und löse mich auch von ihnen, nicht nur stofflich, sondern auch emotional, sobald diese Zentrifuge anläuft, wo es aus meinem Blut rausgeht, das schon. Ab und an geht mir durch den Kopf, wo sie denn jetzt gelandet sind und was sie da bewirken. Gerade so in dieser Phase, wo ich eben gewusst habe, dass es zum Beispiel

ein Mädels kriegt, die Leukämiepatientin ist, und das über einen längeren Zeitraum, da war ich geistig, emotional sicher noch mehr verbunden mit denen, aber hergegeben habe ich sie immer, also ich gebe sie gerne ab und stelle sie gerne zur Verfügung und habe dann auch nicht das Gefühl da irgendwie verbunden zu sein oder ich bin dann bei jemandem noch mit einem Teil von mir - nein, ich gebe das ab, ich stelle das zur Verfügung und es soll etwas Gutes daraus werden, ja. (P33/Körner: 247)

Frau Dr. Klammer arbeitet beim Roten Kreuz im Labor. Sie hat andere Möglichkeiten den Weg ihres Blut zu ‚verfolgen‘ und tut dies auch aus Interesse:

Das, da muss ich wieder von einer anderen Situation ausgehen. Ich kann im Computer nachschauen - ich schaue dann sehr wohl nach, an welches Krankenhaus meine Konserve ausgeliefert wurde, ab dem Zeitpunkt ist es für mich dann nicht mehr mein Blut (lacht) [...] Ja. Und da herrscht dann ehrlich gesagt auch ein bisschen das Interesse - Wo ist es hingegangen wenn man so direkt an der Quelle sitzt sozusagen (lacht).[...] Ja eigentlich schon. Ich kann gar nicht sagen warum, aber es interessiert mich ganz einfach wo es hingegangen ist. (P7/Klammer: 296)

Dort, wo Frau Klammer nicht mehr kontrollieren kann, an wen es jetzt direkt gegangen ist, endet auch für sie die Beziehung. Daraus schließe ich, dass auch das Ende der Beziehung der meisten Blutspender/innen deswegen mit der physischen Trennung korreliert, weil sie den Weg nicht mehr nachvollziehen oder beeinflussen können.

Frau Schleinitz arbeitet in der Ausgabe der Blutspendezentrale. Sie hat in der Regel mit gekühlten Konserven zu tun. Ihr war es aber schon immer unangenehm warme Blutbeutel anzugreifen und für sie endet ihre Beziehung zum Blut erst dann, wenn es kalt ist:

Sagen wir so, für mich endet die Verbindung, sobald es kalt ist - also zum Beispiel - ich greife nicht gern eine frische Konserve an, ja also in der Abnahme das war für mich eher unangenehm, dieses warme Blut, ja, das habe ich nicht so gerne gehabt, währenddessen - da ist das für mich völlig, also das ist, wie soll ich sagen, das ist für mich jetzt nichts mehr mit einem Menschen verbundenes, ja. [...] Währenddessen, wenn es warm ist, ist das eigenartig, also wenn ich manchmal fürs Labor oder so ein Vollblut von drüben rüber bekomme und das ist noch - und die drücken mir das so in die Hand, ja, also das ist - ich will nicht sagen, es ekelt mich, aber es ist, es ist eigenartig - das greife ich nicht gerne an, muss ich sagen. (P34/Schleinitz: 378-382)

Die Wärme eines menschlichen Körpers kann auch in anderen Situationen unangenehme Assoziationen hervorrufen – wenn man sich beispielsweise in öffentlichen Verkehrsmitteln auf einen noch warmen Sitz setzt. Obwohl die Person nicht mehr anwesend ist, spürt man sie ganz unmittelbar. Nicht vorhandene Körperwärme ist andererseits ein Hinweis darauf, dass ein Körper nicht mehr vital, sondern *leblos* ist. Für Frau Schleinitz repräsentiert das kalte Blut, mit dem sie als Beschäftigte in der Ausgabe zu tun hat, keine individuellen Personen mehr, sondern eben anonymisierte/entpersonifizierte Blutprodukte. Ihre Aussagen lassen den Schluss zu, dass warmes Blut anzugreifen für sie mit dem Berühren eines lebendigen Körpers konnotiert ist, während kaltes Blut diese Assoziation nicht hervorruft.

Bei den Angaben zur Beendigung der Beziehung zum Blut kamen unterschiedliche Ebenen hervor, die sich sowohl auf Besitz, als auch auf eine emotionale Verbundenheit bezogen. Für fast alle Befragten war die materielle Abgabe an die Organisation auch gleichzeitig der Punkt, an dem die persönliche Verbundenheit endet. Differenziertere Aussagen finden sich nur bei drei Blutspender/innen. Sie fühlen sich emotional auch nach der physischen Trennung und Besitzübergabe an die gemeinnützige Organisation ihrer Körpersubstanz noch verbunden. Für Frau Schleinitz war der Verlust der Körperwärme der entscheidende Faktor. Bei den befragten Plasmaspender/innen wurde die emotionale Trennung immer mit dem Moment der körperlichen Trennung gleichgesetzt. Jedoch wurde unter den Plasmaspender/innen auch nicht der Zeitpunkt der Bezahlung als Grund für einen Besitzer/innenwechsel betrachtet, sondern die physische Trennung vom Körper.

Meine Daten können bei weitem nicht die Breite und Varianz der befragten Personen von Waldby, Rosengarten, Treolar und Fraser darstellen. Dennoch hat sich auch in meiner Analyse gezeigt, dass die eigene Position im Prozess der Blutspende sich wesentlich auf die Wahrnehmung der Beziehung zum gespendeten Blut auswirkt.

Ein Großteil der Spender/innen sah sich in der Rolle des Spenders/der Spenderin lediglich für die Lieferung der Substanz zuständig und überließ die weitere Verantwortung der Organisation. Wobei das Vertrauen in die Organisation hier wiederum eine große Rolle spielt, weil Spender/innen sich darauf verlassen, dass sie ihr Blut in gute Hände gegeben haben und damit auch die Weiterleitung an Empfänger/innen implizieren, denn ohne diese Erwartung wäre die Spende wertlos. Die Anonymisierung der Blutspende nimmt hier großen Einfluss darauf, wie Blutspende erlebt wird und welche persönlichen Beziehungen dadurch unterbunden werden. Wie die Anonymisierung von Blutprodukten hier wirkt, wird im Folgenden dargestellt.

7.1 ANONYMISIERUNG

Blutprodukte sind keine anonymen Produkte ohne Ursprung, sie sind lediglich anonymisiert für Außenstehende. Blut wird nicht anonym gespendet, sondern Menschen erscheinen in Person und müssen ihre Identität mit einem amtlichen Lichtbildausweis legitimieren. Im Fall der Vollblutspende ist das Rote Kreuz als Vermittlungsinstanz die zentrale Drehscheibe und die einzige Stelle im System, die auch die Person hinter dem Barcode identifizieren kann. Weder für Spender/innen, noch für Patient/innen oder Ärzt/innen ist dieser Weg rückverfolgbar. Im Fall von gepoolten Plasmaprodukten führt allein diese Durchmischung zu einer technischen und biologischen Anonymisierung.

Bereits in den Anfängen der Blutübertragung (siehe Kapitel 3.2), die technisch noch die physische Anwesenheit des Spenders/der Spenderin und des Empfängers/der

Empfängerin erforderte, wurden Stimmen laut, die empfahlen, die persönliche Beziehung zwischen den Personen möglichst zu minimieren beziehungsweise zu unterbinden, da es mitunter zu Geldforderungen oder zu Streitigkeiten deswegen gekommen war (vgl. Oehlecker 1940: 47). Die Bestrebungen, die Blutspende zu anonymisieren, fußen in der Geschichte der Blutübertragung und sind meiner Meinung nach nicht zuletzt den nicht zu leugnenden Verpflichtungen, die aus Gaben zwischen bekannten Personen entstehen, geschuldet. Die technischen Entwicklungen und die Art der Umsetzung von Blutkonservierung, Lagerung und die computergestützte Verwaltung von Barcodes führten schließlich zum jetzigen anonymisierten System.

In den Interviews zeigte sich noch ein anderer Aspekt der Anonymisierung und der Verteilung über Vermittlungsinstanzen. Die Befragten wollten nicht gerne selbst darüber entscheiden, wer ihr Blut erhalten sollte. Dies auszuwählen und möglicherweise über Leben und Tod von Personen zu entscheiden, wäre ein moralisches Dilemma, dem sie sich nicht gerne aussetzen möchten. Auch in weniger lebensbedrohlichen Situationen können so persönliche Vorurteile oder Sympathien ausgeschlossen werden, was von den Spender/innen als positiv angemerkt und auch im hypothetischen Falle einer eigenen Bluttransfusion als weniger belastend empfunden würde. Für die Vermittlungsinstanz und für die verabreichenden Ärzt/innen im Krankenhaus kann dieses moralische Dilemma nur verhindert werden, wenn stets ausreichend Konserven zur Verfügung stehen.

Die perfekt und aufwendig hergestellte Anonymisierung zwischen Spender/innen und Empfänger/innen wird von der Vermittlungsinstanz organisiert. Sie stellt die Schnittstelle zwischen den beiden dar. Im Normalfall vermittelt diese Instanz aber nicht zwischen Spender/innen und Patient/innen, sondern zwischen Blutkonserven und Krankenhäusern oder Ärzt/innen.

In seltenen Fällen kann es aber doch zu Bekanntschaften kommen, wie Frau Dr. Klammer vom Labor der Blutspendezentrale berichtet:

Ich kann mich nur erinnern an eine Patientin, die kenne ich jetzt schon über 10 Jahre glaube ich, und die sollte akut, also eigentlich eine geplante Operation - ein Hüftgelenksersatz - operiert werden und wir haben das Blut zur Abklärung bekommen und da stellte sich ein ganz ein schrecklicher Antikörper heraus - das heißt dass ungefähr auf 10.000 Konserven eine passt. Und die ist damals schon am OP-Tisch gelegen und die habe ich damals vom OP-Tisch runterholen lassen - und die war ganz, und eine Stunde später hat sie ganz bösartig angerufen, was ich mir denn da einbilde, wie schrecklich - und Angst hatte sie vorher, jetzt lag sie schon am OP-Tisch und ich habe sie da runtergeholt. Und das ist jetzt meine liebste Patienten (lacht) die ich auch persönlich kenne, die mittlerweile schon fünfmal dazwischen operiert werden musste. [...] Ja und das sehr wohl auch dann verstanden hat und mir eigentlich sehr dankbar war. Das würde mir da einfallen. Wo da wirklich eine enge Beziehung auch zu dem Krankenhaus, zu den operierenden Ärzten, zu den Anästhesisten und zur Patientin selber vorhanden ist. (P7/Klammer: 304-308)

Die Anonymität soll auch innerhalb der Blutspendezentrale möglichst gewahrt werden. Frau Müller, Diplomkrankenschwester in der Abnahme der Blutspendezentrale, würde ungern das Blut eines/einer Bekannten in der Vortestung untersuchen oder sich im Zuge dessen sein/ihr EDV-Datenblatt ansehen müssen:

Also wenn jetzt aus dem Bekanntenkreis jemand zur Spende kommt, teste ich sie nicht. Das mach ich nicht, weil ich denke da ist das Risiko der Verschwiegenheit, wenn jetzt doch ein Bekannter oder Verwandter vor einem sitzt. Das möchte ich persönlich nicht, es gibt immer ein Ausweichen, es ist immer eine Kollegin da, das muss einfach nicht sein. (P9/Müller: 69)

Auch innerhalb der Blutspendezentrale soll nach Möglichkeit die Anonymität der Blutkonserven gewahrt bleiben, wie Dr. Klammer meint:

Naja grade bei den Infekttests - ich meine wir haben 20 PMA's da im Labor beschäftigt - es ist immer besser, wenn man jetzt zum Beispiel bei einem bestätigt HIV-Positiven oder Hepatitis C Positiven die Daten nicht so unbedingt weitergibt. Es haben zwar alle die Datenschutzerklärung unterschrieben, sie sind auch verpflichtet darüber zu schweigen, das nicht hinauszutragen, aber um das Risiko zu minimieren, ist es sicher besser, wenn man so anonymisiert wie möglich arbeitet. Wir kriegen auch das von den – Personaluntersuchungen machen auch wir im Haus und das ist strikt anonym für uns – das wäre ganz schlimm, wenn wir da jetzt im Haus, auch wenn wir zur Verschwiegenheit verpflichtet ist – aha der da unten, der ist jetzt Hepatitis C positiv – es spricht sich dann vielleicht doch herum, weil es sickert dann vielleicht doch durch und das ist der Grund. (P7/Klammer: 83)

Für das Blutspendewesen allgemein ist die Anonymisierung ein wichtiges Instrument, um Blutkonserven von persönlichen Beziehungen und emotionalen Aspekten zu befreien:

Da ist es sicher besser, wenn es anonymisiert wird, weil da ist, könnte mir schon vorstellen, so ist halt der Mensch vielleicht irgendwelche wie soll ich sagen, irgendwelche Vorurteile haben weil der mir jetzt irgendwie nicht gefällt oder eine schiefe Nase hat oder irgendwas komisch aussieht oder ich mir denke der wäre mir irgendwie lieber, also das ist schon besser. Deswegen sind wir auch sehr gegen die gerichtete Spende. Das ist ja auch möglich dass man im Bekanntschaftskreis spendet und da muss man sich vorstellen, wenn da jetzt irgendwas nicht in Ordnung ist, was man da womöglich anrichtet, womöglich mit einem unspezifisch oder falsch positiven Befund. Also das tut nicht gut. Es ist die anonymisierte Spende sicher die Bessere. (P7/Klammer: 211)

Die Blut- und Plasmaspender/innen wurden von mir befragt, ob sie sich dafür interessieren würden, wer ihr Blut bekommt, ob sie Präferenzen hätten, wenn sie es selbst entscheiden könnten und ob es sie interessieren würde, von wem das Blut kommt, falls sie selbst ein Blutprodukt nötig hätten.

Ingo, ein Plasmaspender, weiß, dass seine Plasmaspende gepoolt wird und für ihn stellt sich deswegen die Frage, wer das bekommt, nicht:

Das wäre vielleicht eher was zum Schmunzeln, vor allem wenn man den Menschen dann kennenlernt - Hey warst du das? Aber also so wie das bei Baxter ist - die kommen alle, werden alle gepoolt und werden irgendwohin verschickt, also ich glaube das kommt in einen großen Tank oder so. Also das geht nicht direkt an einen einzelnen Menschen. Da wird eben so, werden literweise oder hektoliterweise wird da eine Grundsubstanz [...] Genau, ich bin da wirklich nur einer von tausenden von dem was da reinkommt, das ist von einem riesigen Produktionsprozess. (P12/Peschek: 323)

Frau Maurer, Blutspenderin, denkt ähnlich aufgrund der Vorstellung, dass Blutkonserven selten einzeln transfundiert werden.

Das kann man ja dann gar nimmermehr unterscheiden, wenn, ich meine wenn einer fünf Blutkonserven bekommt, von wem dann die einzelnen sind, nicht? (P31/Maurer: 139)

Zu entscheiden, wer das eigene Blut am besten erhalten soll, irritierte viele der Befragten, da es nicht der bekannten Struktur entspricht und zu moralischen Schwierigkeiten führt. Jedoch konnte sich (fast) jede/r der Befragten vorstellen, wer auf keinen Fall das gespendete Blut erhalten sollte:

Für Frau Stanek wären das zum Beispiel Sexualstraftäter:

Uh über das habe ich mir überhaupt noch nie den Kopf zerbrochen (lacht). Oje - na ich weiß nicht. Ja ich weiß eigentlich nicht - vielleicht einem Menschen der Kinder missbraucht oder irgend einem Sexualtäter oder irgend sowas. [...] Also ich glaube da dürfte man das überhaupt nicht machen. Weil das kriegen ja auch Menschen also Medikamente davon sozusagen, die es vielleicht in dem Fall gar nicht verdienen wie man so sagt. Also die Entscheidung das ist schwierig. (P16/Stanek: 179-183)

Für Herrn Berg scheiden TerroristInnen als EmpfängerInnen aus:

Na Terroristen oder so (lacht). Eh ganz klar - also schlechten Leuten oder sowas die was anderen was Schlechtes tun, würde ich mein Plasma hundertprozentig nicht gebe. (P17/Berg: 229)

Falsche EmpfängerInnen könnten auch dazu führen, dass manche Menschen nie wieder Blut spenden würden, wie etwa bei Frau Blau:

Also wenn ich im Nachhinein, nur theoretisch, wenn ich im Nachhinein erfahren würde, dass mein Blut jetzt ein Kinderschänder bekommt zum Beispiel, ja, da würde ich auszucken, da würde ich wahrscheinlich nie mehr wieder Blutspenden. Aber wie gesagt, das weiß man ja Gott sei Dank eh nicht wer das bekommt. (P24/Blau: 263)

Anna Baumann könnte sich generell schwer entscheiden:

Also ich glaube auch, dass ich so arg wäre und sagen würde, wenn ich jetzt die Wahl hätte, wem ich jetzt das Blut spenden dürfte, dass das auch ganz schwierig wäre, wenn mir da jetzt fünf Personen hingestellt werden - da würde ich sicher nach Sympathie gehen oder so. Also das wäre sicher eine schwierige Situation, wenn ich in diesen Prozess mit einbezogen werden würde - wer jetzt Anspruch auf das Blut hat. (P21/Baumann: 78)

Naja - das ist natürlich schwierig zu sagen, aber das hat vielleicht auch wieder mit dem Sympathiefaktor zu tun, aber ein guter Mensch ist für mich zum Beispiel, wenn sichergestellt ist, dass der, ja nichts gravierend schlechtes getan hat in seinem Leben, und ja dass er es wert ist dass er die Chance bekommt, dass er sein Leben weiterlebt. Ich meine das klingt jetzt eigentlich ziemlich arg. - aber naja also wenn das jetzt einer ist, der sein Leben lang zu allen scheiße war und dann vielleicht auch noch jemanden umgebracht hat - nur zum Spaß und eh keine Freunde hat, weil er eben ein schlechter Mensch ist und es gibt die Wahl zwischen so einem Menschen und einem anderen Menschen, dann würde ich den anderen Menschen bevorzugen. (P21/Baumann: 114)

Wenn Anna's Blutspende für jemanden lebensrettend gewesen wäre, würde sie schon vermuten, dass sie sich dadurch mit der Person irgendwie verbunden fühlen würde:

Ich glaube schon, also das kommt auch immer darauf an, also wenn das jetzt quasi lebensrettend für den war, dass der mein Blut gekriegt hat, dann glaube ich schon, weil dann hätte ich auch so das Gefühl ich habe dazu beigetragen, dass dem das Leben gerettet wurde und durch das allein glaube ich schon dass man irgendwie so eine Bindung aufbauen würde. Aber nachdem das ja bei uns so anders geregelt ist, dass man das ja sowieso nicht weiß... Obwohl es wahrscheinlich auch viel besser ist so. (P21/Baumann: 82)

Würde sie jedoch Blut von einer Person bekommen, die ihr bekannt ist, wäre das problematisch für sie:

Ich glaube das wäre schwierig, wenn ich das erfahren würde, weil da ja auch immer so ein bisschen der Sympathiefaktor mitspielt - und wenn ich jetzt weiß ich habe jetzt von irgendeinem ganz grauligen Menschen das Blut bekommen, dann würde ich das gar nicht wissen wollen, weil dann würde ich mich total unwohl fühlen, weil ich dann immer das Gefühl hätte - ich habe dieses graulige, dieses Blut von diesem grauligen Menschen in mir. Also ich glaube dass das wirklich gut ist, dass man das nicht weiß. Weil Blutspenden gehen ja alle möglichen Leute. Und das sind ja nicht alle - also ich meine wenn jetzt ein Mensch graulich ist, das heißt ja eigentlich nicht, dass sein Blut graulich ist, aber trotzdem, das ist einfach das Gefühl. (P21/Baumann: 126)

Gefühle der Verbundenheit zwischen SpenderInnen und EmpfängerInnen müssen sich nicht unbedingt positiv auswirken, wie auch Herr Barik sich vorstellen könnte:

Vielleicht fühlt man sich mit dem Menschen dann auf die eine oder andere Art und Weise verbunden. Bei manchen Leuten ist dann nachher wenn die Möglichkeit wäre, dass nachher offiziell zu machen - nicht die Frage ob das dann nicht manche Leute übertreiben und dann Stalker werden würden. Also ich glaube es ist besser so wie es ist, dass die Leute es eben nicht wissen. (P28/Barik: 116)

Nikolaus Demel würde nach einem utilitaristischen Modell, nach erwarteter Restlebenszeit, entscheiden:

Naja... je nachdem wie dringend dass das gebraucht wird würde ich sagen. [...] Na doch schon. Das ist jetzt - das kommt natürlich - wenn ich da jetzt einen 80-jährigen habe und wenn er mein Blut nicht bekommt, stirbt er und wenn ich da einen 20-jährigen habe und wenn der mein Blut nicht bekommt stirbt er - dann nehme ich lieber den 20-jährigen. Das ist schon wichtiger [...] Ja - einem jungen Menschen, der noch lange Zeit etwas davon hat. Ich meine, wenn man jetzt ... ich weiß es ist makaber, aber einem 95-jährigen oder 85-jährigen oder jährige, die bei einer OP außerordentlich viel Blut verliert und der pumpt man da zwei Liter Blut rein, dann ist das ah... meiner Meinung nach weniger sinnvoll, als man nimmt ein Unfallopfer, das unschuldig, schwere Wunden hat, und viel Blut verloren hat an der Unfallstelle und braucht viel Blut, dass halt das eher demjenigen zu Gute kommt, also mein Blut. Aber im Endeffekt habe ich ja keinen Einfluss darauf. Das ist mir ja dann auch in Wirklichkeit egal, weil ich es ja eh nicht beeinflussen kann. Ich weiß nicht wie das funktioniert mit Blut, ob da die Beutel separat gehortet und gelagert werden, oder ob das alles in einen großen Beutel zusammenkommt? (P23/Demel: 191-251)

Herr Bräuer spendet sein Blut dem Roten Kreuz und möchte sich keine Gedanken darüber machen, wer das bekommen soll:

Ha, an Menschen [...] soviel Gedanken mach ich mir - ich mach mir keine Gedanken, weil [...] Ja - die [das Rote Kreuz] verteilen das - so ist das, genau. (P27/Bräuer: 283-287)

Emotionale Bindungen oder Verpflichtungen im Bereich der Blutspende sollten laut Gabi Körner generell vermieden werden:

Und ich glaube auch, dass, also diese Regelung das anonym zu halten ist auch eine ganz gescheite finde ich, auch bei anderen Bereichen. Ich bin auch als Knochenmarkspenderin registriert und diese Sachen, das anonym zu halten, halte ich wirklich für gescheit, weil da bauen sich ja, könnten sich bei manchen Spendern und Empfängern emotionale Bindungen aufbauen, die glaube ich, nicht notwendig sind. Weil das Körperliche und da reden wir halt von rein körperlichen Funktionen die da unterstützt werden, soll sich nicht mit irgendwelchen emotionalen Bindungen oder dann Druck oder Verpflichtungen vermischen, also insofern finde ich es so gut, wie es ist. (P33/Körner: 255)

Ihr wäre es auch nicht recht, entscheiden zu müssen, wer ihre Thrombozyten bekommen soll:

Ja das ist total vernünftig, weil ich möchte nicht entscheiden müssen, ob ich jetzt der 7-jährigen Leukämiepatientin, oder der in Lebensgefahr, weil grade von einem Auto überfahrenen 45-Jährigen geben soll - nein, die Entscheidung möchte ich nicht fällen, nein, danke! (P33/Körner: 291)

Gleichzeitig würde sie auch nicht wissen wollen, von wem ein Blutprodukt kommt:

Na, na. Weil sobald der solche Spenden macht, kann er eh nicht so deppat sein. Also ich gehe mal davon aus - Naja kann man eh nicht ganz sagen, aber nein, würde ich auch nicht hinterfragen, das halte ich in beide Richtungen anonym sozusagen, also auch im Kopf. (P33/Körner: 320)

Stefan Kastner kann sich sowohl positive als auch negative Auswirkungen einer nicht-anonymisierten Blutspende vorstellen:

Ja - vielleicht schon - also ich meine das kommt immer darauf an, also wenn ich wüsste es geht da um ein kleines Kind, um ein kleines Mädchen oder so jemand das sonst keine Chance hätte überhaupt. Da muss ich ein bisschen zurückgreifen noch - also wenn ich in der Zeitung lese eine alte Frau oder ein alter Mann sind irgendwo gestorben bei einem Verkehrsunfall - das ist immer schade, aber dann ist es nicht ganz so schlimm, weil da denke ich mir die hatten wenigstens ihr Leben und ihre Chance was zu machen und so. Und wenn man mal so eine Grenze erreicht von 60, 70 dann ist es für die Familie schade und für mich als Außenstehender - ich habe ja nichts mit denen zu tun - ist es nicht ganz so schlimm. Wenn es ein Kind trifft oder einen Jugendlichen oder so, dann denke ich mir immer das ist wirklich schade, weil die haben ja nicht mal die Chance gehabt dass sie ihr Leben leben und wenn man quasi wüsste, dass meine Spende einem kleinen Mädchen hilft und das hat deswegen überlebt, dann wäre es etwas anderes vielleicht weil dann würde ich vielleicht nochmal kommen, also nicht nochmal sondern dann würde ich noch öfter kommen vielleicht oder so.[...] nur das, die Gefahr ist halt bei den meisten Leuten dann eher dass die Spenden dann irgendwohin gehen wo sie sagen - na dafür wollte ich es nicht hergeben oder....[...] Ja der einem nicht gefällt oder so - die Strache Diskussionen über Kopftücher⁸ und so und dann gibt das alles eine komplette irgendwie schlechte Diskussion. Deswegen würde ich es wahrscheinlich - wäre ich eher dagegen dass man sowas macht.[...] Genau ja. Man muss halt darauf vertrauen, dass es dorthin geht wo es hingehört - weil das wäre auch falsch, wenn du weißt wo es hingehört und dann fangen Leute an wirklich zu sagen vielleicht - na, dorthin wollte ich es nicht, oder weiß nicht - Tiroler sagen: nicht nach Wien und Wiener sagen nicht in die Steiermark oder ins Ausland schon gar nicht! Oder dort schon oder da nicht oder - halte ich nicht für vernünftig. Aber was man sicher machen könnte, ist, wenn man, wenn man Promis hervorhebt oder so als Vorbildwirkung - und sagt, was weiß ich was da vorher drin war, aber irgendwen, der Faymann, die Spende hat, keine Ahnung - den drei Mädels das gerettet. Aber es wird natürlich schwierig sein, nachzuvollziehen wo sein persönliches Blut hingegangen ist. (P32/Kastner: 175-195)

⁸ Karl-Heinz Strache ist ein rechtspopulistischer österreichischer Politiker, der u.a. oft und gern in sehr demagogischer Rhetorik fordert, verschiedenste soziale Leistungen Österreicher/innen vorzubehalten und ausländische Mitbürger/innen davon auszuschließen.

Günther Branditsch, ehemaliger Morbus-Hodgkin-Patient, hat Blutkonserven erhalten und sich bisher keine Gedanken darüber gemacht. Es würde ihn auch nicht interessieren:

Na, also ... interessieren, ich sage so, vielleicht wäre es ganz interessant, aber im Prinzip wäre es mir Wurst weil ich das als, naja ich weiß es nicht, ich fühle mich nicht so als wäre das ein Teil von einem anderen Menschen, also das Blut... ja ist einfach Blut... (P35/Branditsch: 55).

Die Anonymisierung ist ein wesentlicher Aspekt in der Art und Weise, wie man die Blutspende organisieren kann. Zur Anonymisierung von Blutprodukten bedarf es mindestens einer Vermittlungsinstanz; daraus ergibt sich, dass eine Organisation aufgebaut werden muss, die diese Rolle zentral übernimmt. Die Anonymisierung reduziert sowohl die persönliche Bindung an das eigene Blut, als auch die Verantwortlichkeit für das Blut, die gleichsam an die Vermittlungsinstanz abgegeben wird. Auch auf Seiten der Empfänger/innen werden Aspekte über die individuelle Herkunft des Blutes durch die Anonymisierung reduziert, wenn nicht sogar gelöscht.

Entscheidungen darüber, wer welches gespendete Blut bekommt, werden in diesem System möglichst vermieden. Die Spender/innen brauchen und würden sich großteils auch nicht damit befassen wollen. Aus den Aussagen von Spender/innen lässt sich erkennen, dass eine solche moralische Verantwortung dazu führen könnte, dass manche Personen gar nicht spenden möchten oder dass für Kinder und Jugendliche zu viele Blutspenden getätigt würden, während für ältere und todkranke sowie für *schlechte* Menschen keine Blutprodukte zur Verfügung stünden.

Die Spendeorganisationen können ihrerseits den moralischen Druck aus dem System nehmen, indem sie dafür Sorge tragen, dass es nicht zu solchen Entscheidungen kommen muss, weil genügend Blutprodukte vorhanden sind. Das ‚first in-first out‘-Prinzip dient nicht nur einem möglichst geringen Verwurf abgelaufener Konserven, sondern stellt auch die egalitäre Basis der Distribution sicher. Die Anonymisierung von Blutprodukten im österreichischen Blutspendewesen dient der Reduktion von persönlichen Betroffenheiten auf allen Ebenen.

Ob Blutspendesysteme anonymisiert strukturiert sind oder nicht, wirkt sich ganz wesentlich auf Spender/innen und Empfänger/innen aus. Dies belegt unter anderem auch eine Forschungsarbeit von Alice Street (2009). Sie hat Bluttransfusionen in einem Krankenhaus in Madang/Papua Neu Guinea (PNG) untersucht. Die Blutspende ist in diesem Krankenhaus durch ein Refundierungssystem geregelt. Patient/innen, die Bluttransfusionen benötigen, müssen zuerst Personen mobilisieren, die Blut für sie spenden bevor eine Bluttransfusion genehmigt wird. Passt die Blutgruppe, wird auch dieses Blut transfundiert. Patient/innen müssen ihre sozialen Beziehungen für ihre

Gesundheit mobilisieren. Diese Praxis bringt die Patient/innen in eine aktive und vor allem zentrale Rolle (vgl. ebd.: 194f). Nicht genügend Blut akquirieren zu können, bedeutet im Kontext von PNG gleichzeitig nicht genügend soziale Beziehungen zu haben. Die Patient/innen werden in diesem System zu aktiven Agent/innen, die Blut von mehreren Körpern extrahieren, während sie selbst ans Krankenhaus als aktiven Agenten gebunden sind. Die Zirkulation von Blut ist im Krankenhaus von Madang überwiegend von Strategien der Extraktion getrieben. Auch Patient/innen und das Krankenhauspersonal sind allesamt potentielle Spender/innen, indem sie selbst oder ihre Beziehungen das Potential Blut zu spenden haben. Das führt auch zu Ängsten bei den Patient/innen, wie beispielsweise, dass das Krankenhaus ihnen Blut entnehmen und es anderen Patient/innen verkaufen könnte. Das Krankenhaus könnte also Blut in Kreisläufe bringen, aus denen die Patient/innen ausgeschlossen sind und von denen sie nicht profitieren können (vgl. ebd.: 212).

Eine solche persönliche Verantwortung für die Akquirierung von Blut wäre wohl aus Sicht meiner Interviewpartner/innen undenkbar. Es fördert zwar auf einer gesellschaftlichen Ebene die Notwendigkeit von sozialen Beziehungen, aber es ist nachteilig für jene, die im Krankheitsfall solche nicht vorweisen können. Insgesamt liegen für die Patient/innen große Unsicherheiten in diesem System begründet. Andere Unsicherheiten existieren objektiv betrachtet auch in einem anonymisierten Verteilungssystem. Niemand weiß, wem sein Blut übertragen wird und umgekehrt. Aus den Interviewaussagen lässt sich für mich schließen, dass die Anonymisierung von Blutprodukten auch dazu führt, dass dieser Aspekt von den meisten Personen ausgeblendet wird.

Dass meine Daten nicht das gesamte Spektrum dessen, wie Bluttransfusionen auch in einem anonymisierten System erlebt werden können, widerspiegelt, zeigt ein Artikel von Laurence Kirmayer (1992). Er beschäftigt sich mit der Kluft zwischen körperlich erlebten Wirklichkeiten von Patient/innen und der positivistischen Wirklichkeit von Biomediziner/innen. Seine Kritik gilt der Negierung des Körpers als denkendes und fühlendes Subjekt (vgl. Kirmayer 325f). Dazu führt er als Beispiel einen 35-jährigen Dialysepatienten, Herrn Y., an, der die vom Arzt empfohlenen Bluttransfusionen ablehnt. Herr Y. empfindet Bluttransfusionen nicht als ursprungslose Medikamente, sondern als Körpersubstanz fremder Menschen, die für ihn auch biologische und persönliche Eigenschaften der Herkunftsperson mit sich trägt, mit denen er nicht in Berührung kommen möchte (vgl. ebd.: 330).

Die Ablehnung von Bluttransfusionen durch Mr. Y. ist für Kirmayer in erster Linie in der Angst vor Kontamination begründet (vgl. ebd.: 334). Rozin, Millman und Nemeroff (1986) haben sich mit der Untersuchung der zwei grundlegenden Ideen *Übertragung* und

Ähnlichkeit – die Frazer und Mauss für das magische Glaubenssystem in sogenannten traditionellen Gesellschaften beschrieben haben – beschäftigt:

The first law, contagion, holds that 'once in contact, always in contact'. That is, there can be a permanent transfer of properties from one object [...] to another by brief contact. [...] The second law, similarity, holds that the image equals the object. (Rozin, Millman, Nemeroff 1986: 703)

Sie haben eine Untersuchung unter Student/innen in Pennsylvania/U.S. durchgeführt und festgestellt, dass die Vorstellung, dass Dinge durch den Kontakt mit negativ besetzten Dingen oder Personen verunreinigt und diese Eigenschaften durch das Objekt weitergegeben werden, auch in den Vereinigten Staaten – als Beispiel für eine westliche Gesellschaft – weit verbreitet ist (vgl. ebd.: 703 – 712).

Die Idee der Übertragung von biomedizinisch nicht relevanten Eigenschaften findet sich mehrmals in den Aussagen meiner InterviewpartnerInnen, allerdings wird sie auch nicht von allen geteilt. Ganz explizit hat diesen Gedanken Anna Baumann, eine 28-jährige Studentin, formuliert: Sie fürchtet, wenn sie Blut von einem „grausigen Menschen“ transfundiert bekäme und das wüsste, würde sie sich „total unwohl fühlen“, selbst wenn das Blut nicht anders wäre, als von einer anderen Person (vgl. P21/Baumann 126). Diese Befürchtungen wurden allerdings immer nur unter der Prämisse geäußert, dass die befragten Personen wüssten von wem das Blut stammt.

Die zweite Annahme, dass Ähnlichkeit dazu führt, dass Objekte als gleich wahrgenommen werden, stellt ebenso einen wichtigen Aspekt in der Wahrnehmung von Blutkonserven dar. Die optische Standardisierung von Blutprodukten in Form von Blutbeuteln und anderen Medikamenten führt dazu, dass sie als gleich und damit auch als gleichwertig und nicht mit eventuellen negativen Eigenschaften von Spender/innen in Verbindung gebracht werden.

Bluttransfusionen wurden von den von mir befragten Blutspender/innen und dem Empfänger nicht als Organtransplantation wahrgenommen. Vom Blutdepotverantwortlichen Dr. Klett wurden sie hingegen ausdrücklich als solche bezeichnet. Welche Unterscheidungen sich in meinen Interviews zu diesem Thema ergaben und welche Ergebnisse aus anderen Forschungen zu dieser unterschiedlichen Wahrnehmung vorliegen, wird im nächsten Abschnitt untersucht.

7.2 BLUT- UND ANDERE ORGANTRANSPLANTATIONEN

Warum die Übertragung von Blut nicht auch wie andere Organtransplantationen wahrgenommen wird, war eine der entscheidenden Überlegungen, die mich zu den Fragestellungen dieser Arbeit geführt haben. Obwohl dieser Aspekt nicht den Fokus meiner Befragungen und Untersuchungen darstellte, erhielt ich häufig interessante

Hinweise darauf, dass auch bei meinen Interviewpartner/innen diese beiden medizinischen Praktiken regelrecht dichotom gegenübergestellt wurden. Dabei spielt ebenso die Anonymisierung eine entscheidende Rolle, weshalb an dieser Stelle eine Analyse dieses Gesichtspunktes folgt.

Waldby und Mitchell (2006) beschreiben, dass andere Organtransplantationen, im Unterschied zu Bluttransfusionen, häufig mit Imaginationen über die Herkunft des Organs einhergehen und dass andere Organe als eigenständige Entität, als Fremdkörper, wahrgenommen werden (vgl. Waldby et.al. 2006: 40).

Historische Beschreibungen aus den Anfängen der Blutspende, in denen von der verjüngenden Wirkung von Blut junger Menschen, der sanften Wirkung von Schafsblut, der Übertragung von spanischem Temperament und ähnlichem zu lesen ist (vgl. Oehlecker 1940), lassen auch für Bluttransfusionen auf solche Wahrnehmungen schließen. Auch physisch war die Blutübertragung lange Zeit von einer größeren Nähe von Spender/innen und Empfänger/innen und von großen medizinischen Risiken geprägte Praxis. Spender/innen und Empfänger/innen lagen bei der direkten Blutübertragung nebeneinander, entweder gar nicht oder nur durch einen Vorhang voneinander getrennt und waren oft durch eine Venennaht direkt körperlich verbunden. Bluttransfusionen stellten einen chirurgischen Eingriff mit zahlreichen Nebenwirkungen dar.

Meiner Meinung nach haben die lange medizinische Tradition der Bluttransfusion, im Unterschied zu vielen anderen Organtransplantationen, fortschreitende medizinische Erkenntnisse über Blutgruppenverträglichkeiten, die Implementierung von Blutprodukten als standardisierte medizinische Behandlung, der hohe Grad der Verarbeitung des Blutes und vor allem auch die die Trennung von Spender/innen und Empfänger/innen bis hin zur Anonymisierung, diesen Aspekt der Bluttransfusion verschwinden lassen.

Auch Waldby (2002) meint, dass besondere technische Konfigurationen und Prozeduren im Zusammenhang mit Organ- und Gewebetransplantationen eine wichtige Rolle dabei spielen, wie *fremdes menschliches Material* in ein Selbst inkorporiert werden kann. Dabei macht es einen Unterschied, ob das Organ oder Gewebe gespendet oder verkauft wurde, ob es gelagert werden kann, wie entschieden wird, wer als Empfänger/in ausgewählt wird und welche Netzwerke die Praxis des Organtransfers erzeugt (vgl. ebd.: 251).

Aus dieser Überlegung heraus vermindert auch die Freiwilligkeit der Blutspende den Druck, der auf Empfänger/innen lasten kann. Während bei Organtransplantationen im Zuge der in Österreich geltenden Widerspruchsregelung oft nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob der/die *Spender/in* trotzdem er/sie keine Widerspruchserklärung abgegeben hat, tatsächlich mit einer Organentnahme einverstanden gewesen wäre, ist im österreichischen Blutspendewesen eindeutig klar, dass jemand das Blut freiwillig gespendet hat, um es der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen. Hingegen entspricht

eine gerichtete Organspende, wie es bei einer Niere der Fall sein kann der *Gabe*, die Verpflichtungen zwischen Spender/in und Empfänger/in schafft. Selbiges ist auch für die gerichtete Blutspende anzunehmen, die jedoch in Österreich aufgrund dieser Argumentation möglichst vermieden wird.

Waldby, Rosengarten, Treolar und Fraser (2004) formulieren in einem Vergleich der Blutspende zur Organspende zahlreiche Unterschiede, die dazu führen, dass die Blutspende als weniger drastisches körperliches und emotionales Erlebnis wahrgenommen wird: Organe werden meist von jungen Menschen gewonnen, die unter gewaltsamen Umständen zu Tode kamen und an Menschen gegeben, die an einer Erkrankung in einem Endstadium leiden und auf eine Organtransplantation oft schon Jahre gewartet haben. Hier wird ein Leben durch den Verlust eines Lebens gerettet. Diese Umstände beeinflussen sehr wahrscheinlich das Maß an Dankbarkeit, Verpflichtung und Schuld, die auf der Seite des Empfängers/der Empfänger/in entstehen. Blut hingegen wird von gesunden Menschen gespendet und wird innerhalb weniger Wochen vom Körper wieder nachproduziert. Blut ist also eine erneuerbare Substanz und die gleiche Person kann wiederholt Blut spenden, ohne ihre Gesundheit zu gefährden (vgl. Waldby et.al. 2004: 1464). Blut wird von den EmpfängerInnen oft eher als Medikament wahrgenommen, denn als ein Geschenk einer anderen Person (vgl. ebd.: 1469). Die Wahrnehmungen von Blut als erneuerbare und deswegen auch leicht abzugebende Substanz und Blut als entpersonifiziertes Medikament, wurden auch von meinen Interviewpartner/innen explizit formuliert.

Weiters betonen Waldby und ihre Kolleginnen, dass im Fall einer Organtransplantation dem einen Organ die ganze Aufmerksamkeit des Patienten/der Patientin gilt. Das neue Organ muss meist in einer aufwändigen und riskanten Operation eingesetzt werden. Eine Bluttransfusion ist oft nur ein Nebensatz in einer Operation. Die Inkorporation von Blut stellt damit selten ein zentrales traumatisches Erlebnis dar. Ganze Organe können nicht gelagert werden. Das Organ muss unter minimaler Manipulation innerhalb kürzester Zeit von einem Körper in den anderen transplantiert werden. Blut wird hingegen routinemäßig gelagert, getestet, fraktioniert etc.. Blut ist also eine biotechnologisch flexiblere Substanz als ganze Organe und steht für eine Vielzahl von Zirkulationen, Manipulationen, Trennungen und Zusammenstellungen zur Verfügung. Das bedeutet auch, dass Blut in Bezug auf *bioidentity* anders funktioniert als Organtransplantationen (vgl. Waldby et.al. 2004: 1465).

In meinen Interviews wurde die Spende von Blut und Bluttransfusionen oft mit der Spende oder der Transplantation von anderen Organen verglichen und als eine Art Gegensatzpaar konstruiert. Lediglich einer der Ärzte, Dr. Klett, der

Blutdepotverantwortliche, bezeichnete Bluttransfusionen dezidiert als Organtransplantation. Für ihn erklären sich die strengeren Regelungen für die Verabreichung von Blutprodukten im Vergleich mit anderen Arzneimitteln daraus, dass eine Bluttransfusion eine Organübertragung darstellt:

Weil Blutübertragung, de facto eine Organtransplantation ist. [...] Das ist so. Aber weil es ein vom Bildungsort losgelöstes Organ ist und praktisch immer wieder nachgebildet wird, ist es in der letzten Zeit so normal geworden Blutkonserven zu bekommen. [...] aber [...] es läuft auf immunologischer Ebene immer noch sehr sehr viel ab, was nebenbei abgecheckt werden muss. Also es ist nicht nur so, dass A, B, 0 verträglich - dabei kann am meisten passieren, wenn A, B, 0 - unverträglich transfundiert wird - also das ist dann fatal für den Patienten, aber da gibt es ganz ganz viele kleine Untergruppen noch, die immerhin noch Antikörper bilden können und diese Kontrolle, also bis das genau von der Herstellung zu einem Patienten das ist schon sehr sehr aufwendig und deswegen muss das so genau gemacht werden. (P6/Klett: 063-071)

Frau Schleinitz, die in der Ausgabe beim Roten Kreuz arbeitet, sieht Bluttransfusionen nicht als Organtransplantationen:

Also das ist für mich völlig, ist — also ich habe jetzt keine, ich sehe da jetzt keine, wie soll ich sagen - für mich ist das jetzt kein Organ, wenn man sagt, Bluttransfusion ist eigentlich eine Organtransplantation. (P34/Schleinitz: 374)

Thomas Schlick, 30-jähriger Plasmaspender, vermutet, dass er sich nicht mit einer Person verbunden fühlen würde, wenn er wüsste, dass diese sein Plasma transfundiert bekommen hat. Auch er unterscheidet Plasma ganz explizit von Organen und begründet das auch:

Nein, nein, irgendwie - ich weiß es nicht, also ich - glaube ich nicht. Ist ja nicht so, als ob ich jetzt einen Körperteil oder irgendwas gespendet hätte - irgendein Organ. [...] Ja aber es ist — es wird reproduziert - es ist nicht so dass mir jetzt was fehlt, was ich einem Andern gebe, weil ich dem persönlich helfen will, um zu überleben oder so - dann hätte ich schon eine Beziehung. Aber ich hätte auch kein Problem damit, wenn ich genug Geld bekomme, wenn mir die Hand nachwächst innerhalb von ein paar Wochen, dass ich die spende - würde ich auch machen. (P13/Schlick: 107-111)

Für Thomas macht es einen wesentlichen Unterschied, dass Blut ‚nachwächst‘ und ob seine Spende bewusst an eine bestimmte Person gerichtet ist.

Die Frage, ob meine Interviewpartner/innen Blut mit Verwandtschaft assoziieren, wurde durchgängig mit „Nein“ beantwortet. Andererseits wurden Überlegungen über eine Spende von ‚anderen Substanzen oder Körperteilen‘ häufig an Verwandtschaft geknüpft.

Silvia Lischko, 49-jährige Plasmaspenderin, denkt dabei zuerst an ihre Familie:

Ja. Ja. Also wenn's wirklich meine Familie ist - Knochenmark auf jeden Fall und sagen wir ich habe mir auch schon überlegt nach meinem Tod, also ich meine was ich nicht mehr brauche können sie auch haben - ich meine, ja, das ist... ob das jetzt beerdigt wird oder jemand anderem geholfen wird, das ist dann eigentlich nur von Nutzen wenn man noch einem anderen helfen kann. (P18/Lischko: 179)

Irina, 23 Jahre, findet dass es bei der Blutspende nicht nötig ist, dass Spender/innen und Empfänger/innen sich gegenseitig kennen. Bei der Spende von anderen Organen wäre das für sie etwas anderes (vgl. P29/Simacek: 116):

Für mich ist das da etwas Anderes, weil da ist ein kompletter Teil, das ist ja, das Blut vermischt sich irgendwann einmal in seinen Bestandteilen, das geht durch den Körper, da weiß man nachher nicht mehr der Tropfen gehört zu mir und der Tropfen gehört zu dir. Aber wenn man jetzt zum Beispiel eine Niere spendet, da weiß, - die linke Niere ist immer auf der linken Seite und das ist halt mein Stück und wenn man möchte kann man ja dann auch wirklich sagen - mit dem Menschen den,... mit dem hätte ich gern jetzt, aber wieder nicht aus Besitzansprüchen, sondern einfach dass man sich gegenseitig dann, dass halt doch eine Verbindung da ist und dass man die halt hält, wenn für beide Seiten das relevant ist. Und das ist halt noch einmal eine, ein Organ spendet man nicht einmal so. Das mache ich jetzt Blutspenden, da sagst leicht einmal jetzt leg ich mich mal aufs Bankl und.... (ebd.: 120)

Für Irina sind Kriterien wie feste Substanz, räumliche Verankerung im Körper und größere physische Auswirkungen auf den Körper, ausschlaggebend. Die Spende von anderen Organen würde auch sie am ehesten innerhalb der Familie in Erwägung ziehen:

Also ich, ich persönlich will dann auch meine Organe, also ich muss mir noch... ein Organspenderausweis ist so zwiegespalten, weil ich möchte solange ich lebe, eigentlich niemand Fremden meine Organe zur Verfügung stellen, wenn es jetzt aber jemand in der Familie wäre und ich würde den mit einer Niere retten, würde ich sie ihm wieder spenden, wenn wir kompatibel sind. Aber wenn ich dann irgendwann einmal älter bin und ich die wesentlichen Dinge in meinem Leben erreicht habe, die ich erreichen wollt, dann werde ich einen Organspenderausweis machen und dann wenn ich jemandem das Leben retten kann oder erhalten kann, oder wenn ich sterben sollte und ich kann aber jemand anderem, einem Kind oder einem erwachsenen Menschen das Leben retten, naja sicher spende ich meine Organe, weil was brauche ich die wenn ich tot bin. (P29/Simacek: 128)

Melanie Kurz, Diplomkrankenschwester in der Abteilung für Knochenmarktransplantation, ist aufgrund von Studien, die auf eine Risikoerhöhung für Leukämieerkrankungen bei SpenderInnen von Stammzellen hinweisen, bisher nicht als KnochenmarkspenderIn registriert, aber wenn es eigene Freunde oder die Familie betreffen würde, wäre das für sie etwas anderes:

Ich meine für, wenn Freunde, Familie erkranken würden, würde ich das ungeschaut machen, hundertprozentig. Das ist jetzt arg, aber... (P2/Kurz: 75)

Frau Horak, 61-jährige Thrombozytenspenderin, würde eventuell Knochenmark spenden, allerdings nur an nahe Angehörige:

Aber, nein also - Ja aber Knochenmark.... jein. Also da müsste schon, erstens einmal, müsste es ein sehr naher Angehöriger sein. Also dann, ja - wenn sie mich noch nehmen würden, - ich weiß es nicht. Also das kann ich nicht sagen. (P22/Horak: 223)

Ebenso würde Nikolaus Demel eine Spende von Niere oder Knochenmark nur für ein Familienmitglied oder Freunde in Erwägung ziehen:

Naja - eine Niere... da hat man ja nur zwei, das ist ein bisschen heikel - das kommt darauf an, an wen - also sicher nicht an jemanden den ich nicht kenne. Knochenmark ist sehr schmerzhaft habe ich mir sagen lassen, also. [...] Ja - bei einem Familienmitglied würde ich

sagen ja, oder bei einem Freund. Aber einem ganz Fremden würde ich nicht - vermutlich nicht. (P23/Demel: 171-175)

Für Martina Bergmann, plasmaspendende Studentin, wäre eine Organspende in der Familie denkbar:

Verkaufen nicht, aber beispielsweise wenn jetzt im Familienkreis wenn da irgendwelche Krankheiten vorherrschen würden, die eben beispielsweise mit einer Rückenmarksspende oder von mir aus auch einer Niere oder ein Stück von der Leber zum heilen wären, würde ich das machen, ja. Auch wenn es für mich dann nachher gesundheitliche, ich meine nicht Risiken, aber dass ich an meinem Lebensstil vielleicht irgendwas adaptieren müsste - ja das würde ich machen. (P26/Bergmann: 202)

Herr Barik, 61-jähriger Blutspender, würde Organe nur für seine Kinder oder seine Frau spenden (vgl. P28/Barik: 163). Genauso wie Gerald Berger, 69-jähriger Pensionist und Blutspender, das nur für seine Familie in Erwägung ziehen würde (P30/Berger: 163).

Stefan Kastner, 34 Jahre alt und Blutspender, hat sich bereits als Knochenmarkspender registrieren lassen (vgl. P32/Kastner: 235). Eine Niere möchte er aber nicht an fremde Personen weitergeben:

Das ist schon schwierig irgendwie - ja, das wird, kommt auf den Fall drauf an wahrscheinlich, wer da ist - an irgendjemanden wahrscheinlich nicht. Also ich würde mich nicht in ein Nierenspenderverzeichnis eintragen lassen und dann einfach irgendjemand eine geben, wobei es natürlich was anderes wäre, wenn jemand an meine Tür klopft und sagt: unsere kleine Tochter und hat und genau ihre Niere brauchen wir, ich weiß nicht, wenn mir das das Herz zerreißt, dann vielleicht schon auch. Nein, wahrscheinlich würde ich das eher nur im Freundes und Verwandtenkreis dann geben. Also wirklich gute Freunde und wirklich gute Verwandte. (ebd.: 247)

Unterschiedliche Aspekte wurden in den Aussagen der Befragten angesprochen. Besonders auffällig war die Unterscheidung von Blut und Organen. Blut wird zumeist nicht als ein Organ betrachtet. Die fluide Materialität der Substanz und die daraus resultierende Eigenschaft, sich mit dem *fremden* Blut zu vermischen, ist ein Grund dafür. Dadurch ist das Blut im Körper nicht mehr eindeutig zu lokalisieren. Als weiterer Grund wurde einige Male die Selbstreproduktion angesprochen, aufgrund dessen der Abgabe von Blut eine geringere Bedeutung beigemessen wird. Ein größerer Anteil der befragten Personen war auch bereit Knochenmark, also Stammzellen, die ebenso nachgebildet werden, an fremde Personen zu spenden, als sich nicht-regenerierende Organe.

Die Spende von soliden Organen, wie einer Niere zu Lebzeiten, wurde immer an die Bedingung geknüpft, dass es sich um verwandte Personen oder zumindest gute FreundInnen handeln müsse. Die Aussagen, dass Blut nicht mit Verwandtschaft assoziiert wird, besagen also nicht, dass Blutsverwandtschaft als soziale Kategorie keine Rolle mehr spielt, sondern lediglich dass Verwandtschaft nicht (mehr) mit Blut assoziiert wird.

Auch Waldby stellt fest, dass das Modell der im 19. Jahrhundert auf Blutverwandtschaft begründeten familiären Beziehungen mittlerweile durch das Teilen gemeinsamer Gene abgelöst wurde. Im Bereich der Organtransplantation und Samenspende entstehen aber neue Formen sozialer Verbundenheit zwischen Spender/innen beziehungsweise deren Angehörigen und Empfänger/innen, die auf der Transferierung von biologischem Material in einen neuen Körper basieren. (vgl. Waldby 2002: 251). Dass Blut im Empfänger/innenkörper keine unbegrenzte Lebensdauer besitzt, und dass Blut oft in großen Mengen oder wiederholt transfundiert wird, wobei jede Konserve unterschiedlichen menschlichen Ursprungs ist, scheinen mir, neben den bereits genannten Gründen, ausschlaggebende Punkte dafür, warum Blut nicht wie andere Substanzen oder Organe die Fähigkeit besitzt, soziale Beziehungen zu konstituieren.

Auch die unterschiedlichen Bezeichnungen *Transplantation* und *Transfusion* könnten mit einem Grund für die konträre Wahrnehmung darstellen. Dabei lässt sich der Ursprung dieser Unterscheidung meines Erachtens nicht gänzlich aufgrund der Eigenschaften der übertragenen Organe erklären. Auch die Übertragung von Stammzellen wird als Transplantation bezeichnet, obwohl es sich um eine Transfusion von Blutzellen handelt, die beim Spender/bei der SpenderIn eine Entnahme von Blut und beim Empfänger/bei der Empfängerin eine Infusion von Blut bedeutet. Aus meiner Sicht würde die Bezeichnung *Bluttransplantation* auch zu einer anderen Wahrnehmung dieser Organübertragung beitragen.

Dennoch ist die Übertragung von soliden Organen bislang nicht nur mit einem größeren Untersuchungsaufwand bei der Abklärung eines passenden Spenders/einer passenden Spenderin verbunden, sondern es gibt oft Voraussetzungen, die an das soziale Umfeld und Lebensgewohnheiten des Empfängers/der Empfängerin geknüpft sind. Das basiert auch auf dem Unterschied, dass Organe Mangelware darstellen. Wäre Blut nicht immer in ausreichender Menge vorhanden, wäre es sehr wahrscheinlich, dass auch hier ähnliche Kriterien zur Anwendung kämen und der Substanz eine größere Bedeutung zukommen würde.

Die Bluttransfusion wird als die erste erfolgreiche Organtransplantation bezeichnet. Wenn man bedenkt, dass auch die Blutübertragung über Jahrhunderte hindurch mit der Übertragung von persönlichen Eigenschaften assoziiert wurde, dass erst die Organisation eines anonymisierten Blutspendewesens, das sicherstellt, dass immer ausreichend Blut vorhanden ist, blutgruppenserologische Erkenntnisse, der routinemäßige Einsatz von Bluttransfusionen, etc. dazu geführt haben, dass die Bluttransfusion heutzutage so *normal* geworden ist, ist aus meiner medizinisch laienhaften Sicht auch für die Transplantation von soliden Organen eine ähnliche zukünftige Entwicklung denkbar.

8 FAZIT

Ziel dieser Arbeit war es, Blut als Objekt mit einem sozialen Leben in seiner Zirkulation im österreichischen Blutspende- und Blutübertragungswesen sowie die unterschiedlichen sozialen, ökonomischen und medizinischen Bedeutungen, denen es dabei unterworfen wird, zu untersuchen. Einen zentralen Aspekt meiner Forschung nahm die Unterscheidung von Blut als Spende, Gabe und Ware aus unterschiedlichen Perspektiven ein.

Die Gesamtstruktur des österreichischen Blutspende-, Verarbeitungs- und Transfusionswesens ist komplex und es ist mir nicht gelungen, in alle Bereiche vorzudringen, um meine Forschung durchzuführen. Im Bereich der Transfusion und Inkorporation von Blutprodukten weist die Arbeit aufgrund mangelnden Feldzugangs Schwächen auf, die durch Berichte aus zweiter Hand bestmöglich kompensiert wurden. Im Rahmen der Analyse und Verschriftlichung meiner Ergebnisse mussten zugunsten von Darstellbarkeit und Umfang der Arbeit immer wieder Entscheidungen getroffen werden, die dazu führten, dass einzelne Aspekte betont und andere ausgeblendet wurden.

Ausgehend von einer Auseinandersetzung mit der historischen Entwicklung, die Blut in der Verwendung als transferierbare Körperflüssigkeit genommen hat, wurde ein dynamisches Bild des Blutspendewesens in Österreich bis zur gegenwärtigen Struktur gezeichnet. Viele Postulate aus der Pionierzeit der Blutübertragung wurden mittlerweile nachhaltig ins Blutspendewesen integriert und haben sich zumindest zwischenzeitlich stabilisiert. Die Übernahme des Blutspendewesens durch das Rote Kreuz, die in den Anfängen sehr umstritten war, hat sich inzwischen etabliert und gerät, wie aktuelle Diskussionen um Einsparungen im Gesundheitswesen zeigen, schon wieder unter Beschuss. Die Forderung nach der unbezahlten Blutspende hat sich nicht nur in Österreich, wenn auch nur in der gemeinnützigen Organisation und bei der Vollblutspende, durchgesetzt, sondern ist mittlerweile ein zentraler Teil der weltweiten Blutspenderhetorik. Ebenso wurde die Idee der Vermeidung des direkten Kontakts von SpenderInnen und EmpfängerInnen bis hin zur Anonymisierung der Blutspende weiterentwickelt und damit die Organisation der Blutübertragung von Grund auf verändert. Neue Erkenntnisse und technische Innovationen haben den Umfang der Untersuchungen, der physischen Manipulation von Blut sowie die Vielfalt an unterschiedlichen Blutprodukten wesentlich erweitert.

Die deskriptiv angelegte Beschreibung des Weges einer fiktiven Vollblutkonserve von der Blutabnahme beim Roten Kreuz bis zur Wiederverwendung als Medikament hat gezeigt,

dass nicht nur die Blutkonserve selbst, sondern bereits die potentiellen Spender/innen bis hin zu den transfundierenden Ärzt/innen und Patient/innen zahlreichen Kontrollen und gesetzlichen Vorgaben unterliegen, welche die Blutübertragung regeln. Der medizinischen Untersuchung von Blut geht eine Untersuchung der sozialen Eignung der Spender/innen voraus. Nach der Trennung vom Spendekörper wird Blut in einem hohen Grad anonymisiert, standardisiert und spezifiziert. Am Ende dieses Prozesses stehen mehrere Produkte, die als Medikamente gehandelt werden. Bevor es seiner eigentlichen Bestimmung, der Transfusion in einen neuen menschlichen Körper zugeführt wird, erhält Blut im Krankenhauskontext wiederum einen besonderen Stellenwert als Medikament, das streng kontrolliert wird, speziell auf den Patienten/die Patientin abgestimmt sein muss und nicht ohne Einverständnis verabreicht werden darf. Die Inkorporation in einen neuen menschlichen Körper führt zur Dekommodifizierung des zwischenzeitlich zur Ware kommodifizierten Blutes. Gleichfalls kann die Dekommodifizierung von Blut auch anders von statten gehen, indem eine Blutkonserve aus vielfältigen Gründen aus dem Status einer wertvollen Substanz in den Zustand von Sondermüll wechselt, der wiederum strengen Kontrollen unterliegt.

Die Untersuchung von Blut und seinen Bedeutungen als Ware, Gabe oder Spende in einzelnen Stationen auf diesem Weg hat deutlich gemacht, dass aus den Perspektiven verschiedener Akteur/innen Blut auch in vermeintlich eindeutigen Situationen unterschiedliche ökonomische Bedeutungen annimmt. Das Konzept der Spende spielt dabei eine zentrale Rolle und weicht wesentlich von der anthropologischen Theorie der Gabe ab. Die Spende im eigentlichen Sinn stellt keinen Tausch dar, sondern es handelt sich um freiwillige, ohne äquivalente Gegenleistung, zum Wohle der Gemeinschaft, an eine Vermittlungsinstanz zur Verfügung gestellte Dinge. Eine solche Handlung lässt sich objektiv nur in der unbezahlten Spende in der gemeinnützigen Spendeorganisation erkennen und dominiert auch die Wahrnehmung der Blutspender/innen in dieser Organisation. Eine finanzielle Entschädigung würde für diese Spender/innen eine Entwertung ihrer Handlung darstellen. Die Anonymisierung der Blutspende und die Prämisse der Unentgeltlichkeit haben dazu geführt, dass sich die Vollblutspende in Österreich von der Gabe zwischen bekannten Personen oder dem Verkauf von Vollblut als Ware zur Spende gewandelt hat. Für eine anonyme unbezahlte Blutspende gibt es keine Gegengabe. Der Wert liegt in der imaginierten nützlichen Zukunft, deren Realisierung die Spender/innen aber nicht selbst überprüfen können. Dabei spielt das Vertrauen in die Vermittlungsorganisation eine wichtige Rolle.

Der Terminus Spende wird zwar rhetorisch auch von Plasmaspendezentren bemüht, aber durch die Bezahlung von Aufwandsentschädigungen praktisch unterwandert und dient

dem Warengeschäft als eine am gesellschaftlichen Konsens über die Unverkäuflichkeit des menschlichen Körpers ausgerichtete Verpackung. Dennoch hat sich in meiner Forschung gezeigt, dass viele Plasmaspender/innen die medial offerierte Bezeichnung der Spende adaptieren und für diese Handlung in Anspruch nehmen. In den Handlungsnotwendigkeiten der Spendeinstitutionen ist Blut immer ökonomischen Wertschöpfungsstrategien unterworfen. Sowohl altruistische als auch egoistische Ziele fordern von den unterschiedlichen Organisationen ein an der Gewinnmaximierung orientiertes Handeln. Dennoch wurde deutlich, dass im Plasmaspendezentrum, aufgrund der bereits entschädigten Spender/innen, die Verpflichtungen deutlich in Richtung Plasmaverarbeitende Industrie tendieren, während die Verpflichtungen der gemeinnützigen Blutspendeorganisation viel mehr auf die Spender/innen fokussieren. In dieser Institution entwickelt die ursprüngliche Spende durchaus Eigenarten der Gabe, in Form von ideellen Verpflichtungen wie Freundlichkeit, Dankbarkeit, Information und Wertschätzung gegenüber den Spender/innen. Das Ziel beider Organisationsformen ist jedoch die Weiterverarbeitung von Blut zu Produkten, die warenförmig gehandelt werden. Diese Produkte unterliegen als Medikamente besonderen Restriktionen dahingehend, wie sie beschaffen sein müssen und wer sie handeln, verabreichen und konsumieren darf. In der Untersuchung von Blutprodukten im Krankenhaus wurde sichtbar, dass das eigene Engagement als Blutspender/in auch den Blick auf die Substanz im professionellen Umgang beeinflusst. Bei regelmäßigen Blutspender/innen unter dem Krankenhauspersonal war neben der Wahrnehmung von Blut als kostenintensives Medikament mit besonderen Nebenwirkungen auch immer der Ursprung als Spende mit ideellem Wert präsent. Die Blut- und Plasmaspender/innen, die sich rein theoretisch mit dem Gedanken einer möglichen Bluttransfusion auseinandersetzten, waren sich dem Ursprung von Blutkonserven zwar bewusst, sahen aber aufgrund der Anonymisierung und Standardisierung keinen Grund, sich über Eigenschaften der Spender/innen, die über die medizinischen Parameter hinausgehen, Gedanken zu machen. Sie assoziierten Blutkonserven mit standardisierten Medikamenten, die aufgrund des solidarischen Krankenversicherungssystems für die Patient/innen keinen konkreten Warenwert darstellen. Die einzige Person unter meinen Interviewpartner/innen, die selbst tatsächlich mehrere Bluttransfusionen erhalten hatte, hatte diese als Medikamente unter vielen anderen wahrgenommen, aber keine Verbindung zur Blutspende hergestellt. Für jene Personengruppe, die Blut weder spenden noch konsumieren würden, Jehovas Zeugen, ist Blut zwar von jeglichen Tauschhandlungen ausgeschlossen, dennoch stellt es als spirituell aufgeladene Substanz ein Objekt mit einer besonders hohen Wertigkeit dar.

Die Analyse der Verortung von Blut in unterschiedlichen Tauschsphären im österreichischen Kontext ergab, dass Blut, obwohl es von der Sphäre des

unveräußerlichen menschlichen Körpers in eine Warensphäre wechselt, insgesamt dennoch in einer moralischen Arena zirkuliert, die durch den Ursprung von Blut in einer nicht-verkäuflichen Sphäre geschaffen wird. Dieser Ausgangspunkt haftet dem Objekt an. Mit zunehmender Distanz und Weiterverarbeitung wird dieser Aspekt zwar abgeschwächt, gänzlich verliert sich dieser aber nie.

In der Darstellung der Beziehungen, die Blutspender/innen zu ihrem Blut nach der Spende noch empfinden, wurde deutlich, dass insbesondere die Anonymisierung der Blutprodukte und die Vermittlung durch eine Organisation dazu führt, dass für die meisten Spender/innen schon direkt bei oder gleich nach der Blutentnahme diese Verbindung endet. Die eigene Position im Blutspendewesen und die Möglichkeiten der Nachverfolgung prägen dieses Empfinden offensichtlich mit. Beschäftigte in der Blutspendezentrale nannten andere Endpunkte der Beziehung, weil sie die Chance haben, diesen Weg weiter zu verfolgen. Die meisten Personen sahen das Ende der Beziehung zum gespendeten Blut als eine Abgabe der Verantwortung über die Distribution von Blutprodukten an die Vermittlungsorganisation, die für viele Spender/innen schwierige moralische Fragestellungen aufwerfen würden.

Aus meinen Daten und den bereits vorhandenen Untersuchungen und Überlegungen anderer Autorinnen lassen sich zahlreiche Gründe ablesen, warum Bluttransfusionen nicht als Organtransplantationen, die sie eigentlich sind, wahrgenommen werden. Zentrale Aspekte sind dabei: die Organisation der Vermittlung; die Tatsache, dass es sich dabei um eine Lebendspende handelt; Blut meist nicht im Mittelpunkt der Behandlung steht; die fluide Materialität von Blut und die Eigenschaft sich mit dem eigenen Blut zu vermischen sowie die Fähigkeit, sich im Körper selbst zu reproduzieren. Meines Erachtens trägt auch die sprachliche Unterscheidung von Transfusion und Transplantation dazu bei, dass eine starke Trennlinie zwischen den unterschiedlichen Organtransplantationen gezogen wird. Schließlich scheint hierbei auch die unterschiedlich lange medizinische und soziale Tradition eine Rolle zu spielen. In den Anfängen der Blutübertragung war diese mit größeren Risiken für Spender/innen und Empfänger/innen verbunden. Die Idee, dass mit dem Blut auch Eigenschaften des Spenders/der Spenderin übertragen würden, findet sich häufig in den frühen Aufzeichnungen. Die Zeit wird zeigen, ob sich für jüngere Formen der Organübertragung zukünftig ähnliche Entwicklungen ergeben wie für die Bluttransfusion.

Ich habe mich beim Verfassen dieser Arbeit insbesondere bemüht, die Diversität der vorhandenen Positionen auch innerhalb von scheinbar gleichen Situationen, die Beziehungen zwischen unterschiedlichen Bereichen, in denen Blut zirkuliert, und die größeren Zusammenhänge, die sich auch auf einzelne Situationen auswirken,

aufzuzeigen. Dennoch konnten viele Themen nur angeschnitten werden oder mussten ausgespart bleiben, deren weitere Bearbeitung mir unter Berücksichtigung ökonomischer und medizinanthropologischer Aspekte interessant scheinen. Das Konzept der Spende wurde bislang zwar von einigen Autor/innen, die sich mit der Organspende beschäftigt haben, wahrgenommen, eine ausreichende Theoretisierung des Begriffs steht aber noch aus. Dabei ist dieser Terminus (unter anderem) in zahlreichen aktuellen medizinanthropologischen Fragestellungen präsent. In Österreich haben beispielsweise fremde Stammzellspender/innen und Empfänger/innen die Möglichkeit, untereinander Kontakt aufzunehmen, wenn beide Seiten zustimmen. Warum diese Form der Blutübertragung in Österreich nicht der unbedingten Anonymität unterliegt, welche Beziehungen und Erwartungen in einer solchen Konstellation entstehen, wie sie sich von Spenden unter Verwandten unterscheiden und welche Rolle dabei die Konzepte von Gabe und Spende spielen, wäre eine mögliche Fragestellung für eine weitere Untersuchung in diese Richtung.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Blutproduktkühlschrank.....	57
Abb. 2: Vom wertvollen Produkt zum Sondermüll.....	58
Abb. 3: Ideale Lebenswege einer Blutspende.....	65
Abb. 4: Werbesujets Plasmaspendezentren Wien.....	92
Abb. 5: Werbesujets Blutspende ÖRK.....	92

BIBLIOGRAPHIE / QUELLENVERZEICHNIS

- Achleitner, Michael (2007): Der Rote Faden. Seelensitz, Dämonenhort, Heilmittel: Der Mythos Blut ist der rote Faden in den Legenden und Religionen der Menschheit. In: HENRI Das Magazin, das fehlt. Ausgabe 05/Juni 2007: 38-43
- Adloff, Frank (2010): Philanthropisches Handeln. Eine historische Soziologie des Stiftens in Deutschland und den USA. Frankfurt am Main
- Änderung der Blutspenderverordnung – BSV (2005): BGBl. II Nr. 188/2005
- Aistleitner, Thomas (2007): Beim Blut bin ich Patriot: Alois Stacher, einer der Wegbereiter des österreichischen Blutspendewesens im Interview. In: HENRI Das Magazin, das fehlt. Ausgabe 05/Juni 2007: 49-51
- Appadurai, Arjun (1986): Introduction: Commodities and the politics of value. In: Appadurai, Arjun (Hg.): The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective. New York: 3-63
- Arzneimittelbetriebsordnung – AMBO (2008): BGBl. II Nr. 324/2008
- Arzneimittelwareneinfuhrgesetz (2006): BGBl. I Nr. 41/2006
- Baxter: Plasmafraktionierung [online] <http://www.baxter.at/herstellung/plasmafraktionierung.html>. [30.01.2012]
- Baxter 1: Unternehmensstruktur [online] http://www.baxter.at/ueber_baxter/baxter_in_oesterreich/unternehmensstruktur/baxter_ag.html [22.02.2012]
- Baxter 2: Engagement in Österreich [online] http://www.baxter.at/ueber_baxter/engagement_in_oesterreich.html [03.03.2012]
- Bell, Duran (1991): Gift and Commodity: Modes of Exchange. In: The Journal of Socio-Economics. Vol. 20/2: 155-167
- Billroth, Theodor (1875): Zur Diskussion über einige chirurgische Zeit- und Tagesfragen. I. Zur Bluttransfusion. In: Wiener Medizinische Wochenschrift. 25. Jg./Nr. 4.: 65–67
- Blutsicherheitsgesetz – BSG (1999): BGBl. I Nr. 44/1999
- Blutspenderverordnung – BSV (1999): BGBl. II Nr. 100/1999
- Boller R./Makrycostas K (1933): Über Blutspenderorganisation. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 1933/Nr. 19: 526–528.
- Breuer, Franz / Mey, Günter / Mruck, Katja (2011): Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodology. In: Mey, Günter / Mruck, Katja (Hg.): Grounded Theory Reader. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: 427–448
- Bundeskanzleramt Österreich (2011) (Hg.): Religionen in Österreich [online] <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=37302> [28.05.2011]
- Callon, Michel (1986): Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and fishermen of St. Brieuc Bay. In: Law, John (Hg.): Power, Action and Belief: A new Sociology of Knowledge? Henley: 196-233

- Carrier, James (1991): Gifts, Commodities and Social Relations: A Maussian View of Exchange. In: Sociological Forum. Vol. 6/1: 119-136
- Charmaz, Kathy (2006): Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis. London
- Clarke, Adele / Montini, Theresa (1993): The many faces of RU486: Tales of Situated Knowledge and Technological Contestations. In: Science, Technology & Human Values. Vol. 18/1: 42-78
- Clarke, Adele (2011): Von der Grounded-Theory-Methodologie zur Situationsanalyse. In: Mey, Günter / Mruck, Katja (Hg.): Grounded Theory Reader. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: 207 – 232
- Clarke, Adele (2005): Situational Analysis. Grounded Theory After the Postmodern Turn. London.
- Copeman, Jacob (2005): Veinglory: Exploring Processes of Blood Transfer between Persons. In: The Journal of the Royal Anthropological Institute. Vol. 11/3: 465-485
- Copeman, Jacob (2009): Gathering Points: Blood Donation and the Scenography of 'National Integration' in India. In: Body & Society. Vol. 15/2: 71-99
- Dempfer, Robert (2007): Blut ist ein Geschenk. Interview mit Rotkreuz-Präsident Fredy Mayer über die Zukunft des Blutspendewesens – und warum die Hilfsbereitschaft dem Menschen im Blut liegt. In: HENRI Das Magazin, das fehlt: Ausgabe 05/Juni 2007: 70–71
- Dempfer, Robert / Fraisl, Ursula (2007): Der Weg des Blutes. In: HENRI Das Magazin, das fehlt, Ausgabe 05/Juni 2007: 22–35
- Derrida, Jacques (1992): Given Time 1: Counterfeit Money. Chicago.
- Douglas, Mary (1988): Reinheit und Gefährdung. Eine Studie zu Vorstellungen von Verunreinigung und Tabu. Frankfurt am Main
- Douglas, Mary (1990): Introduction: No free gifts. In: Marcel Mauss: The Gift. New York: ix–xxii
- Douglas, Mary (1991): Wie Institutionen denken. Frankfurt am Main
- Douglas, Mary (2003): The world of goods. Toward an Anthropology of Consumption. London
- Europäische Kommission (2010): Special Eurobarometer 333b: Blood donation and blood transfusions. [online] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333b_en.pdf [20.03.2011]
- Europlasma: Firmeninformation [online] <http://www.europlasma.at/europlasma/impressumkontakt.html> [22.02.2012]
- Europlasma (2011): Wichtige Informationen zur Plasmaspende. Informationsbroschüre
- Gewebesicherheitsgesetz (GSG) (2008): Gewebesicherheitsgesetz und Änderung des Arzneimittelgesetzes, des Fortpflanzungsmedizingesetzes, des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes und des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten. BGBl. I Nr. 49/2008
- Godelier, Maurice (1999): Das Rätsel der Gabe. Geld, Geschenke, heilige Objekte. München
- Gregory, Chris (1982): Gifts and Commodities. London
- Hannerz, Ulf (2003): Being there... and there... and there! Reflections on multi-site ethnography. In: Ethnography, Vol. 4/2: 201–216

- Haug, Hans (1966): Rotes Kreuz: Werden Gestalt Wirken. Bern
- Haug, Hans (1991): Menschlichkeit für alle: Die Weltbewegung des Roten Kreuzes und des Roten Halbmonds. Bern
- Hauser-Schäublin, Brigitta / Kalitzkus, Vera / Peterson, Imme (2008): Der geteilte Leib: Die kulturelle Dimension von Reproduktionsmedizin und Organtransplantation in Deutschland. Überarbeitete (2005) und ergänzte (2008) Version. Onlinepublikation der Universität Göttingen. [online] <http://webdoc.sub.gwdg.de/pub/mon/2008/hauser-schaeublin.pdf> [15.09.2011]
- Healy, Kieran (2000): Embedded Altruism: Blood Collection Regimes and the European Union's Donor Population. In: The American Journal of Sociology, Vol. 105/6: 1633-1657
- Healy, Kieran (2006): Last Best Gifts. Altruism and the Market for Human Blood and Organs. Chicago.
- Hinger, Susanne (2010): Patient Blood Management: Der Patient im Mittelpunkt. Hinger Susanne im Gespräch mit MR Dr. Johann Kurz. In: Klinik 05/2010: 12–15
- Hinger, Susanne (2011): Enorme Variabilität im Transfusionsbedarf. Handlungsbedarf in Österreich. Susanne Hinger im Interview mit Univ.-Prof. Dr. Hans Gombotz. Klinik 01/2011: 29-31
- Hofmarcher, Maria / Rack Herta (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. [online] http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/7/3/CH1066/CMS1172582575463/hit-oesterreich06_2ndprint_web-frontpage.pdf [28.05.2012]
- Høyer, Klaus (2002): Conflicting Notions of Personhood in Genetic Research. In: Anthropology Today. Vol. 18/5: 9-13
- Kalitzkus, Vera (2003): Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation: eine medizinanthropologische Studie. Frankfurt am Main
- Kalitzkus, Vera (2009): Dein Tod, mein Leben. Warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken. Frankfurt am Main.
- Keller, Rainer (2011): Für mich ist die Darstellung der Komplexität der entscheidende Punkt. Zur Begründung der Situationsanalyse. Adele E. Clarke im Gespräch mit Reiner Keller. In: Mey, Günter / Mruck, Katja (Hg.): Grounded Theory Reader. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: 109–134
- Kirmayer, Laurence J. (1992): The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience. In: Medical Anthropology Quarterly. N.S. Vol. 6/4: 323-346
- Kopytoff, Igor (1986): The cultural biography of things: commoditization as process. In: Appadurai, Arjun (Hg.): The Social Life of Things: Commodities in cultural Perspective. New York: 64-94
- Laidlaw James (2000): A free gift makes no friends. In: The Journal of the Royal Anthropological Institute, Vol. 6/4: 617-634
- Lauper, Anja (Hg.) (2005): Transfusionen. Blutbilder und Biopolitik in der Neuzeit. Zürich, Berlin.
- Malinowski, Bronislaw (2001 [1922]): Argonauten des westlichen Pazifik. Ein Bericht über die Unternehmungen und Abenteuer der Eingeborenen in den Inselwelten von Melanesisch-Neuguinea. 2. Auflage. Fritz Kramer (Hg.). Frankfurt am Main

- Marcus, George E. (1995): Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. In: Annual Review of Anthropology. Vol. 24: 95-117
- Marcus, George E. (1998): Ethnography through thick and thin. Princeton.
- Mauss, Marcel (1990 [1924]): Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften. Frankfurt am Main
- Mey, Günter/ Mruck, Katja (2011): Editorial. In: Mey, Günter / Mruck, Katja (Hg.): Grounded Theory Reader. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: 135-136
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.) (2002): Mindeststandards für Blutdepots
- Oehlecker, Franz (1940): Die Bluttransfusion. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin/Wien
- Österr. Gesellschaft vom Roten Kreuz (1968) (Hg.): 10 Jahre Blutspendezentrale für Wien, Niederösterreich und das Burgenland der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz. Festschrift zum Jubiläum
- Österreichischer Rechnungshof (2011): Blutversorgung durch die Universitätskliniken für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin in Wien und Graz. In: Bericht des österreichischen Rechnungshofes. Bund 2011/8: 147-207
- Österreichisches Rotes Kreuz 1: Rechtliche Grundlagen [online]
<http://www.rotekreuz.at/organisieren/organisation/wer-wir-sind/rechtliche-grundlagen>
 [22.02.2012]
- Österreichisches Rotes Kreuz 2: Spendenselbstverpflichtung [online]
<http://www.rotekreuz.at/organisieren/organisation/wer-wir-sind/rechtliche-grundlagen/spendenselbstverpflichtung>
 [22.02.2012]
- Österreichisches Rotes Kreuz (Hg.) (o.J.): Blut Saft des Lebens. Informationsbroschüre der Blutspendezentrale für Wien, NÖ und Burgenland
- Österreichisches Rotes Kreuz (2003): Vorschrift. Verleihung von Auszeichnungen des Österreichischen Roten Kreuzes beschlossen von der 181. Präsidentenkonferenz am 13. Juni 2003 [online]
http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Was_wir_tun/Auszeichnungen.pdf
 [26.05.2012]
- Österreichisches Rotes Kreuz (2010): Jahresbericht Blutspende 2010 [online]
<http://www.rotekreuz.at/organisieren/organisation/jahresbericht/blutspende> [19.02.2012]
- Österreichisches Rotes Kreuz 2011: Medizinischer Spenderfragebogen. Blutspendezentrale für Wien, Niederösterreich und Burgenland. Stand 2011
- Plasmazentrum: Plasmapherese in Österreich [online]
http://www.plasmazentrum.at/was_ist_plasma/history.html [30.01.2012]
- Plasmapunkt: Firmeninformation [online] <http://www.plasma.at/favoriten/impressum.aspx>
 [22.02.2012]
- Reissigl, Hans (1956): Der Blutersatz im Rahmen einer Transfusionszentrale. Vortrag gehalten am 6. Kongress des Internat. College of Surgeons in Wien im Oktober 1955. In: Wiener klinische Wochenschrift. 68. Jg./1: 1-6

- Rozin, Paul / Millman, Linda / Nemeroff, Carol (1986): Operation of the Laws of Sympathetic Magic in Disgust and Other Domains. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50/4: 703-712
- Rössler, Martin (2005): *Wirtschaftsethnologie: eine Einführung*. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin
- Schlehe, Judith (2008): Formen qualitativer ethnografischer Interviews. In: Beer, Bettina (Hg.): *Methoden ethnologischer Feldforschung*. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: 119–142
- Schönbauer, L. / Vonkilch, E. (1957): Über die Organisation des Blutspendedienstes und des Blutersatzwesens nach zehnjähriger Erfahrung in der Blutersatzstelle der 1. Chirurgischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhaus. Vortrag vom 14. November 1957 in der Gesellschaft der Chirurgen in Wien. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift*. Separatabdruck aus 108.Jg./1: 23-27
- Simpson, Bob (2011): Blood Rhetorics: Donor Campaigns and Their Publics in Contemporary Sri Lanka. In: *ETHNOS*. Vol. 76/2: 254-275
- Starr, Douglas (1999): *Blut. Stoff für Leben und Kommerz*. München
- Strathern, Marilyn (1997): Partners and consumers: making relations visible. In: Marilyn Strathern (Hg.): *The logic of the gift: toward an ethic of generosity*. London: 290-312
- Street, Alice (2009): Failed Recipients: Extracting Blood in a Papua New Guinean Hospital. In: *Body & Society*. Vol. 15/2: 193-215
- Stuhlpfarrer, Martin (2011): Das Vernichten von Blutkonserven hat österreichweit System. In: *Die Presse* 20.05.2011: 15
- Titmuss, M. Richard (1997 [1970]): *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*. In: Ann Oakley and John Ashton (Hg.): *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*. Erweiterte Ausgabe. New York
- Univ. Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin Graz (o.J.): Spezifikation transfusionsmedizinischer Produkte 2004/2005. [online] <http://www.medunigraz.at/UBT/documents/Produktspezifikationen%202005.pdf> [02.06.2012]
- Venkatesan, Soumhya (2011): The social life of a “free” gift. In: *American Ethnologist*, Vol. 38/1: 47-57
- Wallner, Jürgen (2007): *Health Care zwischen Ethik und Recht*. Wien
- Waldby, Catherine (2002): Biomedicine, tissue transfer and intercorporeality. In: *Feminist Theory* Vol. 3/3: 239–254
- Waldby, Catherine / Rosengarten, Marsha / Treloar, Carla / Fraser, Suzanne (2004): Blood and bioidentity: ideas about self, boundaries and risk among blood donors and people living with Hepatitis C. In: *Social Science & Medicine* Vol. 59: 1461–1471
- Waldby, Catherine / Mitchell, Robert (2006): *Tissue Economies: blood, organs and cell lines in late Capitalism*. Durham
- Willeneger, Hans / Boitel, Raoul (1947): *Der Blutspender*. Basel

ANHANG

INTERVIEWPARTNER/INNEN (ANONYMISIERT)

Interviewliste Blutspender/innen

Lfde Nr. in ATLAS.ti und Pseudonym	Angaben zur Person	Spendenhistorie	Zeitpunkt und Form der Erhebung
(P21) Fr. Anna Baumann	Studentin, 28 Jahre	zweimal gespendet	21.05.2011 Interviewtranskript
(P23) Hr. Nikolaus Demel	Student, 25 Jahre	seit ca. sechs Jahren unregelmäßige Spenden	14.07.2011 Interviewtranskript
(P24) Fr. Barbara Blau	Büroangestellte, 56 Jahre	seit „vielen Jahren“ unregelmäßige Spenderin	10.08.2011 Interviewtranskript
(P25) Hr. Michael Paltauf	Angestellter, 31 Jahre	dreimal gespendet, das letzte Mal vor zehn Jahren	21.05.2011 Interviewtranskript
(P27) Hr. Josef Bräuer	Pensionist, 76 Jahre	regelmäßiger Blutspender seit ca. 50 Jahren	12.07.2011 Interviewtranskript
(P28) Hr. Hubert Barik	Pensionist, 65 Jahre	regelmäßiger Blutspender seit ca. 20 Jahren	12.07.2011 Interviewtranskript
(P29) Fr. Irina Simacek	Controllerin, 23 Jahre	war ca. drei oder vier Mal Blutspenden	12.07.2011 Interviewtranskript
(P30) Hr. Gerald Berger	Pensionist, 69 Jahre	regelmäßiger Spender seit ca. 15 Jahren	12.07.2011 Interviewtranskript
(P31) Fr. Therese Maurer	Pensionistin, 68 Jahre	regelmäßige Spenderin seit ca. 40 Jahren	12.07.2011 Interviewtranskript
(P32) Hr. Stefan Kastner	Selbständig, 34 Jahre	unregelmäßiger Spender seit ca. 15 Jahren	12.07.2011 Interviewtranskript

Interviewliste Plasmaspender/innen

Lfd. Nr. in ATLAS.ti und Pseudonym	Angaben zur Person	Spendenhistorie	Zeitpunkt und Form der Erhebung
(P12) Hr. Ingo Peschek	Techn. Assistent, 46 Jahre	unregelmäßiger, zeitweise intensiver Spender seit zehn Jahren	07.08.2011 Interviewtranskript
(P13) Hr. Thomas Schlick	Selbständig, ca. 30 Jahre	gelegentlicher Spender seit sieben Jahren	11.08.2011 Interviewtranskript
(P14) Fr. Magda Gerstl	Büroangestellte, 40 Jahre	intensive Spenderin seit einem Jahr	25.08.2011 Interviewtranskript
(P15) Hr. Igor Stejskal	Arbeitslos, 38 Jahre	intensiver Spender seit einem halben Jahr	25.08.2011 Interviewtranskript
(P16) Fr. Gerda Stanek	Pensionistin, 59 Jahre	regelmäßige Spenderin seit zwei Monaten	25.08.2011 Interviewtranskript
(P17) Hr. Karl Berg	Straßenkehrer, 28 Jahre	intensiver Spender seit fünf Monaten	25.08.2011 Interviewtranskript
(P18) Fr. Silvia Lischko	Hausmeisterin, 49 Jahre	war früher regelmäßig Blutspenden, intensive Plasmaspenderin seit drei Jahren	25.08.2011 Interviewtranskript
(P19) Hr. David Studer	Arbeitslos, 24 Jahre	war einmal Blutspenden; intensiver Plasmaspender seit dreieinhalb Jahren	25.08.2011 Interviewtranskript
(P20) Hr. Daniel Priller	Installateur, 26 Jahre	regelmäßiger Spender seit einem Jahr	25.08.2011 Interviewtranskript
(P26) Fr. Martina Bergmann	Studentin, 29 Jahre	zweimal Blutspenden; unregelmäßige Plasmaspenderin seit vier Jahren	25.05.2011 Interviewtranskript

Interviewliste Thrombozytenspender/innen

Lfde Nr. in ATLAS.ti und Pseudonym	Angaben zur Person	Spendenhistorie	Zeitpunkt und Form der Erhebung
(P22) Fr. Susanne Horak	Pensionistin, 61 Jahre	früher regelmäßige Blutspenderin; seit fünf Jahren unregelmäßige Thrombozytenspenderin	14.07.2011 Interviewtranskript
(P33) Fr. Gabi Körner	Angestellte, 39 Jahre	früher regelmäßige Blutspenderin; seit ca. zehn Jahren intensive Thrombozytenspenderin	26.08.2011 Interviewtranskript

Interview Empfänger von Blutprodukten

Lfde Nr. in ATLAS.ti und Pseudonym	Angaben zur Person	Grund für Bluttransfusion	Zeitpunkt und Form der Erhebung
(P35) Hr. Günther Branditsch	Student, 28 Jahre	Lymphdrüsenkrebs vor zehn Jahren	17.10.2011 Interviewtranskript

Interviewliste Expert/innen

Lfde Nr. in ATLAS.ti und Pseudonym	Angaben zur Person	Zeitpunkt und Form der Erhebung
(P1) Hr. Dr. Buchinger	Assistenzarzt – Abt. Chirurgie, 29 Jahre	09.06.2011 Interviewtranskript
(P2) Fr. Melanie Kurz	Dipl. Krankenpflegerin, Abt. für Knochenmarktransplantation, 23 Jahre	08.08.2011 Interviewtranskript

(P3) Hr. Prankl	Geschäftsführer eines Plasmaspendezentrums	19.08.2011 Interviewtranskript; indirektes Interview ⁹
(P4) Hr. Dr. Mantler	Medizinischer Leiter eines Plasmaspendezentrums, ca. 50 Jahre	19.08.2011 Interviewtranskript, indirektes Interview ¹⁰
(P5) Hr. Prof. Dr. Plenk	Vorstand Abt. Anästhesie und Intensivmedizin, ca. 60 Jahre	01.07.2011 Interviewtranskript
(P6) Hr. Dr. Klett	Intensivmediziner und Blutdepotverantwortlicher, ca. 40 Jahre	01.07.2011 Interviewtranskript
(P7) Fr. Dr. Klammer	Fachärztin für Blutgruppenserologie, ca. 50 Jahre	12.07.2011 Interviewtranskript
(P8) Fr. Mesic	Verarbeitung von Blutprodukten, ca. 45 Jahre	12.07.2011 Interviewtranskript
(P9) Fr. Müller	Dipl. Krankenschwester, Spendenblutabnahme, ca. 40 Jahre	12.07.2011 Interviewtranskript
(P10) Fr. Krumbacher	angelernte Schwester; Spendenblutabnahme, ca. 50 Jahre	12.07.2011 Interviewtranskript
(P11) Hr. Mayer u. Hr. Stadler	Jehovas Zeugen Österreich, ca. 45 und 50 Jahre	04.08.2011 Interviewtranskript
(P34) Fr. Petra Schleinitz	Dipl. Krankenschwester, Spendenblutlogistik, ca. 50 Jahre	12.07.2011 Interviewtranskript

⁹ Dieses Interview wurde mittels vorab übermitteltem Interviewleitfaden durch die Assistentin der Geschäftsleitung geführt. Die Assistentin hat für die Aufzeichnung des Interviews meine Fragen – in Vertretung für die Geschäftsleitung des Plasmaspendezentrums – beantwortet.

¹⁰ Auch dieses Interview wurde mittels vorab übermitteltem Interviewleitfaden durch die Assistentin der Geschäftsleitung geführt. Die Assistentin hat für die Aufzeichnung des Interviews meine Fragen – in Vertretung für den medizinischen Leiter eines Plasmaspendezentrums – beantwortet

ABSTRACT

Deutsch

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit den Bedeutungen, die Blut im österreichischen Kontext von der Blutentnahme in unterschiedlichen Blutspendesystemen über die Weiterverarbeitung bis hin zur Verwendung im Krankenhauskontext und zur Transfusion in einen neuen menschlichen Körper zugewiesen werden. Im Speziellen werden dabei die ökonomischen Konzepte zu Waren, Gaben, reinen Gaben und Spenden diskutiert. Es wird dargestellt welchen Weg Blut von der Spende bis zur Transfusion durchläuft, wie es dabei verändert wird, welche gesetzlichen Regeln und sozialen Normen dabei auf den Prozess einwirken und wie Betroffene in unterschiedlichen Situationen dieses Blut wahrnehmen. Die empirischen Daten umfassen eine teilnehmende Beobachtung in einer Wiener Blutspendezentrale und zahlreiche Gespräche mit ExpertInnen im Blutspendewesen, mit Beschäftigten in unterschiedlichen Krankenanstalten; Vertretern der Glaubensgemeinschaft Jehovas Zeugen sowie Interviews mit zahlreichen Vollblut-Thrombozyten- und PlasmaspenderInnen und einem Empfänger von Blutprodukten. Die Daten wurden in ATLAS.ti verarbeitet und mit den Methoden der Multisited Ethnography und der Situational Analysis ausgewertet. Die Untersuchung zeigt den Weg und die Prozesse der Kommodifizierung und der Dekommodifizierung, die für den Statuswechsel von gespendetem Blut, als scheinbar unverkäufliche Körpersubstanz, zur Ware und zurück notwendig sind. Dabei werden sowohl die AkteurInnen in unterschiedlichen Blutspendesystemen als auch die Institutionen selbst auf ihre Intentionen und den Umgang mit Blut untersucht. Es zeigt sich dass der ökonomische Status von Blut auch in scheinbar gleichen Situationen je nach Perspektive unterschiedlich bewertet wird. Zugleich zirkuliert Blut immer in einer moralischen Tauschsphäre, die auf den Ursprung der Substanz als Teil eines unveräußerlichen menschlichen Körpers rekurriert.

Englisch

The thesis presented deals with the meanings assigned to blood, in a blood transfusion context in Austria, on its way from donation, over processing, to its use in a hospital context and during its transfusion into another human body. Specifically, the economic concepts of goods, gifts, pure gifts and donations are discussed. It is shown which paths blood can take from donation to transfusion, how it is processed, which legal provisions and social norms influence the procedure and how the substance is perceived by those involved in certain situations. The empirical data were gathered using different methods. These include participant observation in a Vienna blood donation center and numerous discussions with experts in blood transfusion, staff in various hospitals, representatives of the religious community Jehovah's Witnesses as well as interviews with numerous whole-blood, platelet and plasma donors and one recipient of blood products. The data were structured in ATLAS.ti and analyzed using the methods of Multi-Sited Ethnography and Situational Analysis. The analysis shows the commodification and decommodification processes of donated blood, which are necessary in order to transform a seemingly unmarketable body substance into a tradeable product and vice versa. For this purpose, both the actors in various blood donation systems as well as the institutions themselves were examined regarding their intentions and their approach to blood. It turns out that the economic status of blood in apparently similar situations varies, depending on the particular perspective of the actor. At the same time blood circulates in a moral sphere of exchange, which is due to the origin of the substance as a part of an inalienable human body.

LEBENS LAUF

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Maria PICHLER
Geburtsdaten	15. August 1979 in Wels/OÖ
Staatsbürgerschaft	Österreich
Kontakt	E-Mail: paulchen2@gmx.at



AUSBILDUNG

seit 10/2006	Diplomstudium Kultur- und Sozialanthropologie, Universität Wien
2005 – 2006	Berufsreifeprüfung, Fachbereich Medieninformatik
1994 – 1997	Lehre zur Bürokauffrau bei GEC Alstom T&D in Linz/OÖ
1993 – 1994	Polytechnischer Lehrgang in Ottensheim/OÖ
1989 – 1993	Hauptschule in Feldkirchen an der Donau/OÖ
1985 – 1989	Volksschule in Feldkirchen an der Donau/OÖ

BISHERIGE ERFAHRUNGEN

seit 03/2012	Office Management im Fachausschuss Berufskraftfahrer, Arbeiterkammer Wien/W
06/2010 – 03/2012	Redaktionsmitarbeit "FAHRERinfo", Fachausschuss Berufskraftfahrer, Arbeiterkammer Wien/W
10/2008-01/2012	Kommissionierung bei Pharmosan HandelsgesmbH/W
11/2009-12/2009	Büroadministration beim Fachausschuss Berufskraftfahrer in der Arbeiterkammer Wien/W
03/2008-06/2009	Freizeitbetreuung f. Person mit geistiger Beeinträchtigung/W
07/2008-08/2008	Urlaubsvertretung im Servicebüro, ÖGB Oberösterreich/OÖ
02/2008-06/2008	BesucherInnenbetreuung bei Tutanchamun-Ausstellung/W
10/2007-12/2007	Büroassistenz bei Management Development Institut/W
07/2007-08/2007	Urlaubsvertretung im Servicebüro ÖGB Oberösterreich/OÖ
01/2007-07/2007	Concession-Mitarbeiterin, Cineplexx Reichsbrücke/W
2002 - 2006	Büroleiterin im Jugendreferat, ÖGB Oberösterreich/OÖ
1997 – 2002	Büroangestellte bei ALSTOM Austria in Linz/OÖ