2013/01 Dossier

https://jungle.world/artikel/2013/01/von-mensch-zu-mensch

Organspende und Geschlechterdifferenz

Von Mensch zu Mensch

Von **Merve Winter**

Spendenimperativ und Geschlechterdifferenz bei der Organspende.

Organspende und Organtransplantation werden seit Monaten öffentlich diskutiert. Seit dem 1. November 2012 ist das neue Transplantationsgesetz in Kraft, das eine sogenannte Entscheidungslösung vorsieht: Krankenkassen sollen ihre Versicherten von nun an regelmäßig (zunächst in einem Abstand von zwei bzw. drei Jahren, später alle fünf Jahre) anschreiben und über die Organspende informieren. Beigelegt werden dem Schreiben Organspendeausweise, mit der Bitte, diese auszufüllen oder aber mit »Nein« zu antworten. Der Versuch, mit einer solchen Kampagne die Zahl der Organspenden in Deutschland zu erhöhen, kommt jedoch zu einem ungünstigen Zeitpunkt. Die Skandale der vergangenen Monate haben offenbar das Vertrauen der Bevölkerung in das System der Organspende erschüttert, denn die Spendezahlen sind auf einem Tiefpunkt angelangt. Dabei hatte alles so schön begonnen: Der Änderung des Transplantationsgesetzes ging im Frühjahr 2012 eine angeregte Bundestagsdebatte voraus, die mit dem Änderungsbeschluss im Mai 2012 endete. Diese Debatte zeichnete sich durch eine seltene Einigkeit fast aller dort vertretenen Parteien (mit Ausnahme der »Linken«) und durch ein vor Solidarität und Mitmenschlichkeit strotzendes Vokabular aus. So schwärmte der Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag, Volker Kauder: »In einer Bürgergesellschaft ist es doch für jeden, auch für jeden von uns, etwas Wunderbares, wenn er durch die Fußgängerzone gehen und sagen kann: Eine ganze Reihe dieser Menschen ist bereit, mir zu helfen, wenn ich wirklich Hilfe brauche.« Frank-Walter Steinmeier (SPD) ergänzte: »Es geht um Verantwortung. Es geht um die Verantwortung, die wir für Menschen übernehmen, die unserer Hilfe bedürfen.« Und Rainer Brüderle (FDP) fügte an: »Wer eine neue Niere oder ein neues Herz braucht, der verdient die Unterstützung der Gesellschaft.« Der fraktionsübergreifende Gesetzentwurf zeige, dass das Parlament die Fähigkeit besitze, »bei ethischen Fragen und bei Fragen der Existenz und des Miteinanders auch außerhalb des politischen Wettbewerbs, der zur Demokratie und zum Parlament gehört, solche Regelungen auf den Weg zu bringen.«
Angesichts dieser Äußerungen kommt die Frage auf, ob das Thema Organspende dazu angetan sein sollte, zerstrittene Parteien zu versöhnen und als Sphäre von Selbstlosigkeit

und Mitmenschlichkeit innerhalb der kapitalistischen Gesellschaft Geltung zu erlangen, wie die Soziologin Mona Motakef im Zuge ihrer Diskursanalyse der Organspendendebatte anmerkt. Motakefs Skepsis diesbezüglich ist angebracht, denn die dramatische Rhetorik, mit der die Missstände bei der Organtransplantation angeprangert werden, um im gleichen Zuge an menschliches Mitgefühl zu appellieren und eine Spende zur moralischen Handlung zu adeln, findet sich tatsächlich nur bei diesem Thema, nicht aber etwa bei der Diskussion über soziale Ungleichheit, wo ein ähnliches Missverhältnis zwischen Mangel und Überfluss zu beklagen ist, das jeden Tag Menschenleben kostet.
Kauders Wunsch nach mehr Mitmenschlichkeit in Fußgängerzonen geht an der Realität vorbei, wenn man bedenkt, wie wenige Menschen in Gefahrensituationen (zum Beispiel bei rassistischen Übergriffen) bereit sind, sich für andere einzusetzen, womöglich unter Inkaufnahme eigener Risiken. Auch der Euro für die bettelnde Person, die offensichtlich in Not ist, wird nur ungern gegeben. Die Mitmenschlichkeit in bundesdeutschen Fußgängerzonen hält sich also in Grenzen. Wieso soll ausgerechnet die Organspende als Ausdruck von Mitmenschlichkeit fungieren? Der Hinweis, dass es sich bei der Knappheit an Spendeorganen um »eines der drängendsten Probleme der Medizin in unserem Land« handele (Breyer u. a. 2006, zit. nach Kalitzkus 2009), erweist sich als unhaltbar, wenn man sich vergegenwärtigt, welche drängenden Probleme auf dem Gebiet der Medizin ansonsten zu verzeichnen sind. Die Soziologin Vera Kalitzkus nennt die mangelnde Qualitätssicherung bei medizinischer Versorgung, Prophylaxe, Unfallvermeidung und den Schutz vor Selbsttötung als Beispiele (Kalitzkus 2009). Mängel auf diesen Gebieten kosteten jedes Jahr Zehntausende Menschenleben, die etwa durch radikalere Geschwindigkeitsbegrenzungen und durch die Unterstützung und Förderung sozialer Randgruppen gerettet werden könnten. Kalitzkus fragt sich, wieso solche Maßnahmen nicht mit ähnlicher Vehemenz gefordert werden wie der Ausbau der Organtransplantation.
An der gesundheitspolitischen Diskussion über die Organspende kann gezeigt werden, dass die Appelle zur Spende dort sehr viel moralischer und normativer vorgetragen werden und andere ethische Maßstäbe gelten als beispielsweise im Finanzsektor oder im Sozialwesen, wo sich solche Fragen nicht weniger dringlich stellen. Zwar gibt es auch hierfür Spendenaufrufe, allerdings folgt das Spenden von Geld an bedürftige Menschen offenbar nicht der gleichen normativen Logik wie das Spenden von Organen. Denn Nichtspendern von Geld wird bislang nicht vorgeworfen, für den Tod von hungernden Kindern in den Entwicklungsländern direkt verantwortlich zu sein. Dabei dürfte es den meisten Menschen doch, so könnte man annehmen, leichter fallen, Geld zu spenden, als ein eigenes Organ. Auf dem Gebiet der Organspende wird aber mit dem häufigen Hinweis auf den Umstand, dass viele Patienten unnötig den »Tod auf der Warteliste« (Breyer u. a. 2006) stürben, suggeriert, der Grund für ihren Tod sei die mangelnde Spendenbereitschaft der Bevölkerung. Diese wird »in direkte Relation zum Bedarf potentieller Spenderinnen und Spender gesetzt« (Motakef 2011), um den Nichtspendern eine direkte Verantwortung für die »unnötigen Tode« anzulasten.
Tatsächlich stehen in Deutschland etwa 12 000 Patiententinnen und Patienten auf der Warteliste für ein neues Organ. Im Jahr 2011 wurden aber nur 4 932 Organe transplantiert, davon waren 2 850 Nieren, 366 Herzen, 1 199 Lebern und 337 Lungen (vgl. DSO 2012). Die Bundesregierung unternimmt schon seit Jahren gesundheitspolitische Anstrengungen, um das Ungleichgewicht zwischen Bedarf und transplantierbaren Organen zu reduzieren.

Menschen sterben aber immer noch zuallererst an ihrer Erkrankung und nicht, weil keine Organe zur Verfügung stehen. Sie sterben an den Folgen eines Organversagens, das man mittlerweile mit Hilfe der Hochleistungsmedizin für einige Jahre – in einigen Fällen auch für Jahrzehnte – aufhalten könnte. Es wäre zwar wünschenswert, dass weniger Menschen an Organversagen sterben müssten und man ihnen mit einem Transplantat helfen könnte. Ein Recht auf ein Organ leitet sich daraus aber nicht her. Das betonen auch Politiker und Politikerinnen einmütig. Obwohl von politischer Seite vehement darauf hingewiesen wird, dass niemand unter Druck gesetzt oder zur Organspende verpflichtet werden solle, scheint es mittlerweile doch einen starken Druck zu geben, Organe zu spenden – einen Druck, der sich als Imperativ zur Spende bezeichnen lässt. Dabei spielen Erwägungen zur Verwertbarkeit eine wichtige Rolle: Ehe man seine Organe posthum mit ins Grab nimmt und sie dort verrotten, so wird nahegelegt, könnte und sollte doch besser etwas Sinnvolles, Lebensrettendes damit getan werden.
Gerade angesichts der Tatsache, dass es die medizinisch-technischen Möglichkeiten zur Organtransplantation gibt und die Ergebnisse der Transplantationsmedizin hervorragend sind, scheint eine Organspende heute fast schon zu einer zwischenmenschlichen Pflicht geworden zu sein. Ein Recht, in Ruhe gelassen zu werden, gibt es nach dem neuen Transplantationsgesetz für die potentiellen Spender jedenfalls nicht mehr. Frank-Walter Steinmeier sprach das in seiner Erklärung zum Gesetzentwurf im Bundestag am 25. Mai 2012 ganz offen aus: »Wir wollen den Menschen tatsächlich etwas mehr auf die Pelle rücken, indem wir fragen und nachfragen (…). Es gibt kein unverbrüchliches Recht, in Ruhe gelassen zu werden.« Dabei ist das Informationsmaterial der Bundesregierung selbst Teil des normativen gesellschaftlichen Diskurses über die Organspende, in dem diese zu einem Imperativ wird. Denn es geht in den Informationsbriefen keineswegs darum, die Menschen bloß über Vor- und Nachteile einer Organtransplantation zu informieren. Sie sollen zum Spenden motiviert werden.
In den vergangenen Jahren haben repräsentative Erhebungen immer wieder auf die Kluft zwischen der prinzipiell hohen Spendebereitschaft und dem seltenen Besitz von Organspendeausweisen in der deutschen Bevölkerung hingewiesen (Decker u. a. 2008, Ahlert/Schwettmann 2011). Die gesundheitspolitische Schlussfolgerung daraus lautet: Wenn Menschen nur mehr über die Organspende wissen und besser über sie informiert sind, werden sich auch die Spendenzahlen erhöhen. Diese Annahme ist in Frage zu stellen: Gerade bei eingehender Beschäftigung mit Organspende und Organtransplantation ergeben sich viele offene Fragen und Ungereimtheiten, die es schwierig machen, den Imperativ zur Organspende vorbehaltlos gutzuheißen. Was eine Organentnahme in aller Konsequenz bedeutet, dürfte vielen Menschen nicht bewusst sein. Oft herrscht noch das stereotype Bild des verunglückten Motorradfahrers vor, dessen tragischer Tod mit einer Organspende wenigstens einen Sinn bekommt.

Organspende und Hirntod

Die meisten Zweifel in der Bevölkerung werden immer noch hinsichtlich des Hirntodkonzepts geäußert. Und dies nicht zu Unrecht. Auch wenn hierzulande meist darauf hingewiesen wird, dass es sich dabei um ein einwandfrei feststellbares Kriterium für das Eintreten des Todes handele, stellt sich das bei näherer Betrachtung anders dar: So hat der President’s Council on Bioethics (das US-amerikanische Pendant zum Deutschen

Ethikrat) Ende 2008 eingeräumt, dass die bisherige Begründung für das Hirntodkonzept, nämlich der vermeintlich enge zeitliche und kausale Zusammenhang eines feststellbaren Hirntodes mit der Desintegration aller körperlicher Funktionen, so pauschal nicht aufrechtzuerhalten sei. Es gebe schlicht zu viele Fälle eines »chronischen Hirntodes«, die diesen Zusammenhang widerlegten (vgl. Müller 2010). Demnach würde es vermutlich noch viel mehr dieser Fälle geben, wenn nicht den meisten der für hirntot erklärten Patientinnen und Patienten relativ schnell die Organe entnommen und die lebenserhaltenen Maßnahmen beendet würden.

Nur die spektakulärsten dieser Fälle werden öffentlich bekannt, etwa wenn eine hirntote Schwangere ein Kind austrägt und es gesund zur Welt bringt. Durch die Konstruktion vom Hirntod wurde eine Situation geschaffen, die einen lebenden Körper mit einem toten Geist möglich werden lässt – eine Trennung, die vor allem für die Angehörigen und das Pflegepersonal nicht einfach zu akzeptieren und zu verkraften ist. Hirntote Patienten und Patientinnen sehen aus, als würden sie schlafen, sie schwitzen, werden künstlich ernährt und produzieren Ausscheidungen, sie zeigen spinale Reflexe wie das Heben und Senken des Armes oder Beines und können sogar eine Erektion bekommen. Auch zeigen hirntote Menschen noch deutliche physiologische Schmerzreaktionen, über das Schmerzempfinden besteht allerdings nach wie vor Uneinigkeit.

Aus diesem Grund wird schon seit längerem von verschiedenen Seiten eine Vollnarkose bei einer Organexplantation gefordert und teilweise bereits durchgeführt. Darüber hinaus fordert etwa Müller (2010) eine valide Diagnostik des Hirntodes auf aktuellem wissenschaftlichen und technischen Stand, die ihrer Ansicht nach eine zerebrale Angiographie zwingend notwendig machen würde, um Fehldiagnosen auszuschließen – ein Verfahren, das in Deutschland nicht zum Standard gehört und aufgrund der hohen Kosten vermutlich auch so bald nicht gehören wird. Auch für jemanden, der sich nicht mit Neurologie auskennt, wird daran deutlich, dass es sich beim Hirntod um eine Hilfskonstruktion handelt, die eine Organentnahme ethisch überhaupt erst legitimierbar macht. Die Medizin braucht die lebenden Körper hirntoter Patientinnen und Patienten, um Organe gewinnen zu können. Von wirklichen Toten können nun einmal keine Organe entnommen werden. Dass es sich beim Hirntodkonzept um eine Konstruktion handelt, wird auch daran erkennbar, dass der Todeszeitpunkt anhand teilweise umstrittener Kriterien festgesetzt wird und die Todeszeitbestimmung in verschiedenen Ländern unterschiedlich ausfällt. Es kann also vorkommen, dass man in einem Land für tot erklärt wird, während man in einem anderen noch als lebendig gilt.

Die Erkenntnisse des President’s Council on Bioethics haben interessanterweise nicht dazu geführt, dass das Hirntodkriterium grundlegend in Frage gestellt worden wäre, obwohl das wichtigste Argument, mit dem dieses bislang gerechtfertigt wurde, damit empirisch widerlegt scheint. Es wurde stattdessen eine neue philosophische Begründung für das Hirntodkonzept angeboten, die davon ausgeht, dass der Körper nach dem Hirntod kein organismisches Ganzes mehr sei, das mit seiner Umwelt interagiere. Diese naturphilosophische Legitimation bringt für die Transplantationsmedizin den Vorteil mit sich, nicht falsifizierbar zu sein, und kommt damit deutlich deren Interessen entgegen (Müller 2010).

Der Imperativ zur Spende bestimmt auch die Lebendorganspende: Angesichts der Tatsache, dass die medizinischen Ergebnisse auf dem Gebiet der Organtransplantation

insgesamt sehr gut sind und sich weiter ständig verbessern, gibt es keinen vernünftigen Grund mehr, sich nicht auch lebend als Organspenderin oder Organspender zur Verfügung zu stellen, sollte es in der Verwandtschaft einen Fall von terminalem Nieren- oder Leberversagen geben. Gerade hier scheint sich eine Spende sogar noch viel eher anzubieten: Aufgrund der Organknappheit stellt eine Lebendorganspende bei einem terminalen Organversagen der Niere (teilweise auch der Leber) heute die Behandlungsmethode der Wahl dar. Die Ergebnisse sind medizinisch hervorragend: Bei einem verhältnismäßig geringen Risiko für den Spender (vor allem bei der Nierenspende) ist das medizinische outcome besser als bei der Postmortalspende: Es kommt seltener zu Spontanabstoßungen, die Funktionsraten nach einer Lebendspende sind um zehn bis 15 Prozent besser, und die Empfänger leben durchschnittlich länger als nach einer Postmortalspende. Nach vielen Jahren sind die Spendeorgane oft noch völlig funktionstüchtig (Heck u. a. 2003).

Langzeitstudien haben bislang immer darauf hingewiesen, dass Spenderinnen und Spender von Nieren angeblich auch nach vielen Jahren kein erhöhtes Morbiditäts- oder Mortalitätsrisiko haben. Ihnen wird allgemein eine gute Lebensqualität attestiert (Heck u. a. 2003, Dahm u. a. 2006). In Anbetracht dieser Informationen gibt es für Angehörige einer nierenkranken Person keinen plausiblen medizinischen Grund mehr, eine Lebendorganspende abzulehnen, da man – so propagiert es jedenfalls der medizinische Diskurs – mit einer Niere genauso gut und lange leben könne wie mit zweien und da die »enge persönliche Verbundenheit«, die das Transplantationsgesetz zwischen Spender und Empfänger im Fall der Lebendorganspende unterstellt, eine Hilfestellung ohnehin nahelegt.

Dass Lebendnierenspenden in Einzelfällen gravierende Nachwirkungen haben können, legen indessen zwei Reportagen der ARD-Sendung »Report Mainz« vom Sommer 2011 und Sommer 2012 nahe. Darin wurden Spenderinnen und Spender von Nieren porträtiert, denen es nach ihrem Eingriff sehr schlecht ging und die nicht mehr imstande waren, ihr früheres Leben fortzusetzen. Besonders beunruhigend ist, dass sich der Report vom August 2012 auf »exklusive« (aber bis heute leider unveröffentlichte) Daten von Gilbert Thiel aus Basel beruft – auf jenen kürzlich verstorbenen Wissenschaftler also, der das Schweizer Lebendspenderegister vor etwa 20 Jahren ins Leben gerufen hat, das seitdem den Gesundheitszustand der Lebendnierenspenderinnen und -spender dokumentiert.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass Angehörige einer terminal leber- oder nierenkranken Person die Möglichkeit zu einer Spende haben, womit sie das Leben eines geliebten Menschen retten oder zumindest verlängern können. Dies stellt eine enorme Erweiterung der eigenen Handlungsfähigkeit dar. Nur darf in dem Jubel über die Möglichkeiten eines solches vergleichsweise neuen medizinischen Verfahren nicht vergessen werden, dass ihm eben jene Verschränkung von Zwang und Freiwilligkeit zugrunde liegt, die hier als Spendeimperativ bezeichnet wird. Angehörige schwerkranker Patienten befinden sich damit neben der großartigen Möglichkeit, einem nahestehenden Menschen helfen zu können, auch immer in einer Situation, in der sie nicht gut nicht spenden können, weil das gegen das gesellschaftlich propagierte Gebot der Mitmenschlichkeit verstieße. Ein Recht auf die Integrität des eigenen Körpers ist in dieser Situation nicht mehr wirklich gegeben.

»Gender imbalance«

Von dem Imperativ zur Spende, der zunächst einmal für alle gilt, scheinen sich Frauen interessanterweise stärker angesprochen zu fühlen als Männer: In den vergangenen Jahren ist in Fachpublikationen häufig über das Phänomen der sogenannten gender imbalance auf dem Gebiet der Organspende berichtet worden. Demnach spenden Frauen häufiger Organe, während Männer sie häufiger empfangen. Die geschlechterspezifischen Differenzen auf der Empfänger- und Spenderseite müssen zunächst als zwei getrennte Probleme betrachtet werden (vgl. Schicktanz u. a. 2006). Denn auf der Seite des Spenders und der Spenderin stehen psychologische Fragen wie Spendemotivationen, Entscheidungsprozesse und die Bedeutung der Geschlechterrollen im Vordergrund, während es bei der Empfängerverteilung eher um Fragen des geschlechtergerechten Zugangs zu medizinischen Intensivversorgungsleistungen sowie um medizinische Probleme geht. Dass Frauen prinzipiell weniger Organe empfangen, könnte also auf eine Ungleichbehandlung von Frauen und Männern im Medizinalsystem hinweisen, für die es mittlerweile zahlreiche Belege gibt (Regitz-Zagrosek 2012, Winter 2012, Kayler u. a. 2003).

Bei der Geschlechterdifferenz auf dem Gebiet der Organspende ist noch einmal zwischen der Postmortal- und der Lebendorganspende zu unterscheiden: Die gender imbalance herrscht in beiden Bereichen, ist jedoch bei der Postmoralspende weniger ausgeprägt. Während eine repräsentative Erhebung aus dem Jahr 2005 keine nennenswerte geschlechterspezifische Ungleichkeit bei den Besitzern eines Organspendeausweises feststellen konnte (Decker u. a. 2008), zeichnet eine Studie der Bertelsmann-Stiftung und der Barmer GEK aus dem vergangenen Jahr ein anderes Bild: Demnach besaßen Frauen signifikant häufiger einen Organspendeausweis als Männer (Ahlert/Schwettmann 2011). Konstant blieb der Befund, dass Frauen in diesen Repräsentativbefragungen sogenannten Bonussystemen deutlich kritischer gegenüberstanden als Männer. Bei Bonussystemen werden im Ausgleich für die Spende beispielsweise die Beerdigungskosten eines Organspenders übernommen. Solche »Anreize« zur Organspende sind in Deutschland noch nicht zugelassen, werden aber häufig diskutiert, wenn es um die Frage geht, wie man die Organspendenzahlen erhöhen könnte. Die Antworten von Frauen waren dabei im Schnitt eher von altruistischen Motiven und weniger von Kostenüberlegungen geprägt als bei Männern (Decker u. a. 2008, Ahlert/Schwettmann 2011).

In Bezug auf die Lebendorganspende wird über das Phänomen der gender imbalance bereits seit mehr als zehn Jahren diskutiert (Biller-Andorno 2002, Kayler u. a. 2003, Decker u. a. 2008, Winter 2009 und 2011, Motakef 2011). Geschlechterspezifische Unterschiede bei der Spende werden demnach weltweit festgestellt, auch wenn sie nicht überall gleich ausgeprägt sind, und sie bleiben bei stetig steigenden Spendenzahlen vergleichsweise stabil. Eine besonders auffällige Geschlechterverteilung findet sich in Deutschland und in der Schweiz: Die Frauen sind hier zu zwei Dritteln Spender von Organen, während die Männer sie zu zwei Dritteln empfangen. Dokumentiert sind solche Geschlechterunterschiede außer in Deutschland, in der Schweiz und den USA auch in Norwegen, Großbritannien (wenn auch dort nicht so ausgeprägt) sowie im Iran. Im Iran lässt sich eine bemerkenswerte Umkehrung diagnostizieren: Hier sind die Männer zu einem Großteil (78 Prozent) die Spender – allerdings sind sie auch zu einem Großteil die Empfänger (63,1 Prozent). Ghods und Nasrollazadeh (2003) erklären diesen Geschlechterunterschied im Iran damit, dass es dort beispielsweise für junge Frauen als

problematisch gelte, sich einer solchen Operation zu unterziehen. Frauen hätten dann zum Beispiel postoperativ deutlich schlechtere Chancen auf dem Heiratsmarkt. Vor allem aber liegt der geschlechterspezifische Unterschied im Iran in dem staatlich geförderten Organhandel begründet, wonach der Staat jedem potentiellen Spender eine Entschädigung zahlt, die ungefähr die Höhe eines Jahreseinkommens beträgt (Fazel 2004). Außerdem erhalten die meisten Spender zusätzlich ein Geschenk vom Organempfänger. Der größere Anteil der spendenden Männer im Iran kommt also durch die bezahlten, nichtverwandten Spender zustande; denn bei den Verwandtenspenden ist das Geschlechterverhältnis annähernd ausgeglichen. Unter den Eheleuten überwogen die Ehefrauen mit 77 Prozent, und auch die Mütter spendeten signifikant häufiger als die Väter, was wiederum den europäischen Zahlen entspricht (Ghods/Nasrollahzadeh 2003) und die Befunde einer größeren Affinität von Männern zu Bonussystemen aus den Repräsentativerhebungen zu stützen scheint.

All diese Ergebnisse legen nahe, dass die Geschlechterdifferenz bei der Lebendorganspende auf kulturelle, ökonomische, soziale Gründen und eben auch auf die Geschlechterrollen zurückzuführen ist. Bislang spricht wenig dafür, dass medizinische Gründe die Ursache für dieses Phänomen sind (vgl. Zimmermann u. a. 2000). Auch die naheliegende Erklärung, dass Männer de facto häufiger an endstage renal desease (ESRD) erkranken und Frauen folglich – als Partnerinnen – häufiger spenden, konnte inzwischen durch Studien aus den USA, der Schweiz und Deutschland widerlegt werden. Hinweise darauf, dass bestimmte Geschlechterrollen beziehungsweise Identitätspositionen einen Einfluss auf das Spendeverhalten haben, ergeben sich auch aus der Analyse der spendenden Gruppen. So finden sich in fast allen Studien die Ehefrauen und Mütter als größte Gruppe unter den Spenderinnen. Je nach Studie und Land werden dabei entweder die Mütter oder die Ehefrauen als größte Spenderinnengruppe angeführt: Biller-Andorno und Kling (2004) nennen die Mütter, gefolgt von den Ehefrauen und den Vätern an dritter Position. In der Schweiz waren in den vergangenen 17 Jahren die Ehefrauen die größte Spenderinnengruppe.

Die Geschlechterdifferenz bei der Organspende ist insofern ein brisantes Thema, als der Anteil der Lebendnierenspenden an den Nierentransplantationen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen ist: vom Jahr 2010 mit 22,6 Prozent sprunghaft auf 27,9 Prozent im Jahr 2011. Zum Vergleich: 1991 lag der Anteil der Lebendnierentransplantationen bei nur drei Prozent (DSO 2012). In anderen europäischen Ländern wie Griechenland, Norwegen oder Spanien liegt der Anteil der Lebendnierentransplantationen bereits bei über 50 Prozent, ebenso in den USA. Wenn aber mit dem steten Anstieg der Lebendorganspenden vor allem auch die Spenden von Frauen häufiger werden, stellt das ebenso aus feministischer wie aus ethischer Sicht ein Problem dar. Natürlich sollte es nicht darum gehen, Frauen vom Spenden abzuhalten. Aber es müssten zumindest die genaueren Gründe für diese Ungleichverteilung eruiert, nach möglichen vulnerablen Gruppen gesucht und Aspekte des subtilen Drucks im Rahmen dieser Praxis erforscht werden, statt den Frauen schlicht zu ihrem Altruismus zu gratulieren (vgl. Biller-Andorno 2002).

Ein solcher Versuch, »Doing Gender«-Prozesse im Vorfeld einer Lebendnierenspende zu untersuchen, wurde von der Verfasserin in einer eigenen empirischen Forschungsarbeit unternommen. Ohne den Anspruch zu erheben, die gender imbalance bei der

Lebendorganspende an sich aufklären zu können, wurden zu diesem Zweck in einer qualitativen Untersuchung 21 Spende-Empfangs-Paare vor einer Lebendnierenspende interviewt. Die Probandinnen und Probanden kamen aus der Schweiz und aus Deutschland, es wurde unterschiedliche Spendekonstellationen wie Eltern-Kind-Spenden, Ehepaar-Spenden und Geschwister-Spenden untersucht. Dabei zeigte sich gemäß den Annahmen der Intersektionalität, dass es nicht das Geschlecht allein ist, das die persönliche Einstellung zu einer Spende bestimmt. Die Identitätspositionen als Frau und Mutter/Ehefrau/Schwester sind ineinander verwoben und wirken auf verschiedene Weise zusammen.
Ob und wie stark die Aufrufe zur Organspende angenommen werden, hängt einerseits stark von der jeweiligen persönlichen Lebenslage und der Beziehung zur potentiell empfangenden Person, andererseits aber auch von den verinnerlichten jeweiligen normativen Ansprüchen an die Identitätspositionen wie das eigene Muttersein, Vatersein, Ehefrausein ab. Mit dem von Motakef für das Gebiet der Organspende fruchtbar gemachten Begriff der Anrufungsprozesse ließ sich zeigen, dass diese sich für Frauen und Männer offenbar nicht gleich gestalten. Frauen kamen in dem untersuchten Sample häufig den Anrufungen zuvor und meldeten sich als Spenderinnen, ehe die Männer überhaupt eine Chance dazu hatten. Die Männer spendeten dagegen eher in Situationen, in denen niemand außer ihnen in Frage kam. Dafür ließen sie sich aber in solchen (Zwangs-)Situationen gerne als Helden anrufen. Speziell die Ehemänner fühlten sich – anders als man vielleicht hätte erwarten können – durch die geplante Lebendnierenspende nicht depotenziert oder kastriert, sondern im Gegenteil: Die anstehende Spende wurde von ihnen als Ausweis ihrer Potenz und Manneskraft gesehen, weil sie in der Lage waren, ihrer kranken Ehefrau als gesunder Partner zur Seite zu stehen und sie mit einer gesunden Niere auszustatten. Die interviewten Frauen maßen insgesamt der Beeinflussung der Beziehungsgestaltung durch die Lebendorganspende größere Bedeutung bei. Als Ehefrauen genossen sie einerseits die aktive und potente Position als Spenderinnen, empfanden sich aber umgekehrt als bedürftige Empfängerinnen nicht in gleichem Maße depotenziert wie die Ehemänner in vergleichbarer Position. Die Ehefrauen konnten ihren Männern die Position des heldenhaften Spenders durchaus gönnen, wohingegen die Ehemänner deutlich stärkere Probleme zeigten, ihre Frauen in dieser Position und sich selbst entsprechend als abhängig wahrzunehmen.

Die Zumutung zur Spende

Diese Studie bestätigt, dass traditionelle Geschlechterrollenklischees in der Gesellschaft offenbar immer noch sehr wirkungsmächtig sind und durch die Praxis der Lebendorganspende eher bestätigt als in Frage gestellt werden. Dafür spricht auch die Analyse der Kampagne »Pro Organspende« aus dem Jahr 2009, die mit ihrer Werbung viele dieser Geschlechterklischees bedient. Auffällig an dieser Kampagne, in der Spenderinnen und Spender von Organen als Superhelden und –heldinnen dargestellt werden, ist, dass »Superwoman« zwar offenbar die Welt sowie Kinder retten darf, aber kein Plakat zu existieren scheint, auf dem sie einen bedürftigen, schwachen Mann in ihren Armen trägt. Anscheinend ist ein solches Frauenbild gesellschaftlich noch nicht tolerierbar. Was in der Praxis seit langer Zeit üblich ist – dass sich Frauen in der meist unbezahlten Alten- und Krankenpflege und nun seit gut zwei Jahrzehnten auch in der

Lebendorganspende für ihre Verwandten bzw. Ehemänner einsetzen – wird gesellschaftlich nicht als Heldentum gefeiert, sondern unter dem Begriff des größeren weiblichen Altruismus subsumiert, der wiederum der weiblichen Geschlechtsrolle entspricht und den Frauen daher gesellschaftlich zugestanden werden kann.
In der gesundheitspolitischen Praxis sollte auf solche Befunde allerdings nicht mit einem verstärkten Paternalismus reagiert werden, der Frauen vom Spenden abzuhalten versucht. Sie sind glücklicherweise längst freie Rechtssubjekte mit eigener Entscheidungsbefugnis. Daran darf sich nichts ändern. Auch im internationalen medizinethischen Diskurs hat sich mittlerweile das normative Prinzip durchgesetzt, die Autonomie von Patienten und Patientinnen zu akzeptieren. Dies bedeutet, dass »Menschen in sehr weiten Grenzen die Befugnis haben, über das Rechtsgut ihrer körperlichen Integrität zu entscheiden« (Gutmann/Schroth 2003). Auch das ist zu begrüßen.
In Deutschland gibt es zudem ein im Grundgesetz fixiertes Recht darauf, das eigene Leben nach seiner eigenen Vorstellung zu führen, solange man anderen dadurch keinen Schaden zufügt. Für die Lebendspende bedeutet dies, dass es ein moralisches Recht darauf gibt, ein gewisses gesundheitliches Risiko einzugehen, um einer nahestehenden Person zu helfen. Ein rigider medizinischer Paternalismus, der das Wohl des entscheidungsfähigen Patienten über dessen Selbstbestimmungsrecht setzt, ist daher ethisch nicht zu rechtfertigen (Gutmann/Schroth 2003, S. 277). Daher muss es akzeptiert werden, wenn Frauen aufgrund ihrer verinnerlichten Geschlechtsrolle stärker zum Organspenden bereit sind als Männer. Aber dieser Zusammenhang sollte dennoch öffentlich gemacht und thematisiert werden. Der Versuch, eine Erhöhung des Anteils männlicher Spender mit dem Argument zu fordern, dass »männliche« Nieren in medizinischen Studien eine längere Transplantatüberlebensdauer zeigten bzw. besser »verträglich« seien (Schicktanz u. a. 2006), ist indes problematisch: Zum einen mutet es zynisch an, wenn den häufiger spendenden Frauen signalisiert wird, dass ihr Organ gegenüber dem eines Mannes »weniger wert« oder nur die zweitbeste Wahl sei. Allein das Unbehagen über diesen auf eine körperlich-medizinische Ebene verlagerten Defizitdiskurs gegenüber Frauen wäre allerdings kein Grund, die medizinischen Ergebnisse anzuzweifeln. Viel entscheidender ist, dass die Studienergebnisse über diesen Befund selbst nicht eindeutig sind – sich an manchen Stellen sogar widersprechen. Hier müssten zunächst valide Forschungsergebnisse abgewartet werden, ehe man sich auf einen solchen »Befund« bezieht, um die gender imbalance im Rahmen der Lebendorganspende aus einer medizinischen Perspektive anzuprangern und mehr männliche Organe zu fordern.
Es scheint vielmehr geboten, bei einer psychologischen Begutachtung mitzubedenken, dass Geschlecht bzw. bestimmte normativ gelebte Geschlechterrollenpositionen einen Einfluss auf eine Spendeentscheidung haben. Geschlechterspezifische Anrufungen an die Spender und Spenderinnen könnten auf diesem Weg für die Betroffenen selbst thematisierbar und reflektierbar gemacht werden. Besonders junge Frauen sollten auf den noch ungeklärten Forschungsstand hinsichtlich einer Lebendnierenspende bei späterem Kinderwunsch und auf mögliche Risiken für eine nachfolgende Schwangerschaft hingewiesen werden, denn für solche finden sich in der Fachliteratur Hinweise, auch wenn dies von ärztlicher Seite häufig geleugnet wird. Bei jungen spendewilligen Frauen ist in jedem Fall ein möglicher Kinderwunsch zu berücksichtigen und auf eventuelle postoperative Risiken hinzuweisen. Statt die »Selbstverständlichkeit der Spende« zu

propagieren, sollte den erlebten Zumutungen in und durch die Organspende Raum gegeben werden, um die dem Verfahren innewohnende Dialektik von Zwang und Freiwilligkeit für die Betroffenen erkennbar zu machen. Die Zumutung zur Spende als gesellschaftliche nahegelegte, kaum mehr zu umgehende Praxis müsste stärker ins Blickfeld rücken, um Betroffene mit ihren berechtigten Ängsten und Ambivalenzen gegenüber diesem Verfahren sowie in moralischen Konflikten im Falle einer Nichtspende nicht alleine zu lassen.

Literatur:

Marlis Ahlert/Lars Schwettmann: Die Einstellung der Bevölkerung zur Organspende. In: Jan Böcke u. a. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2011. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK
Nicola Biller-Andorno/S. Kling: Who Gives and Who Receives? In S. Gutmann u. a. (Hg.): Ethical, Legal, and Social Issues in Organ Transplantation, Lenggerich 2004
Nicola Biller-Andorno: Gender Imbalance in Living Organ Donation. In: Medicine, Health Care and Philosophy 5 (2002)
Friedrich Breyer u. a.: Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar? Berlin 2006
Felix Dahm u. a.: Open and Laparoscopic Living Donor Nephrectomy in Switzerland. In: Nephrology, Dialysis, Transplantation 21 (2006)
Oliver Decker, Merve Winter u. a.: Between Commodification and Altruism. Journal of Gender Studies 17 (2008)
Deutsche Stiftung Organtransplantation, abgerufen am 30.3.12,
http://www.dso.de/infocenter/fachpublikum/zahlen-zur-organspende-und-tr…
Iradj Fazel: Renal Transplantation in Iran: The Iranian Model. In: Thomas Gutmann u. a. (Hg.): Ethical, Legal, and Social Issues in Organ Transplantation, Lenggerich 2004
A. J. Ghods/D. Nasrollahzadeh: Gender Disparity in a Live Donor Renal Transplantation Programm. In: Transplantation Proceedings 35 (2003)
Thomas Gutmann/Ulrich Schroth: Rechtliche und Ethische Aspekte der Lebendspende von Organen. In: Fuat Oduncu, Fuat u. a. (Hrsg.): Transplantation. Organgewinnung und -allokation, Göttingen 2003
Gretel Heck u. a.: Psychological Effects of Living Related Kidney Transplantation. In: Clinical Transplantation 18 (2004)
Vera Kalitzkus: Dein Tod, mein Leben, Frankfurt/Main 2009
Liise K. Kayler u. a. (Hg.): Gender Imbalance and Outcomes in Living Donor Renal Transplantation. In: The United States. American Journal of Transplantation, Vol 3, Nr. 4 (2003)
Mona Motakef: Körper Gabe, Bielefeld 2011
Sabine Müller: Revival der Hirntod-Debatte. In: Ethik in der Medizin 22 (2010)
Vera Regitz-Zagrosek: Frauengesundheit – Erkenntnisse und Impulse für ein geschlechtergerechtes Gesundheitswesen. Vortrag auf der Tagung Frauen, 16. 3. 2012
Silke Schicktanz: Geschlechterunterschiede bei der Lebendnierentransplantation. In: Transplantationsmedizin 18 (2006)
Merve Winter: Geschlechterunterschiede in der Medizin. In Elmar Brähler/Bernhard Strauß (Hrsg.): Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Bd. 1, Göttingen 2012
Merve Winter: Geschlecht und Organspende. In: Femina Politica 18. (2009)

D. Zimmermann u. a.: Gender disparity in Living Renal Transplant Donation. In: American Journal of Kidney Diseases 33 (2000)

© Jungle World Verlags GmbH