
Lebendorganspende

Zur Relevanz von Geschlecht und Reziprozität

Sabine Wöhlke

Zusammenfassung: Die Entscheidung für eine Lebendorganspende wird neben medizinischen Fragen vor allem durch familiäre Bedingungen wie das Reziprozitätsverhältnis beeinflusst. Zudem stammen zwei Drittel aller gespendeten Lebendnieren von Frauen. Schließlich findet die Lebendorganspende nach der Handlungspraxis der Mauss'schen Theorie der Gabe statt. Der Beitrag widmet sich der Lebendspende als einem familiären Entscheidungsprozess mit besonderer Relevanz von Geschlechterrollen und dem Handlungsakt der Gabe.¹

Abstract: The decision for living organ donation is, apart from medical questions, mainly influenced by family conditions such as the reciprocity relation. Additionally, two-thirds of all donated living kidney transplantations come from women. Thus, living organ donation takes place according to the action theory based on the Maussian theory of giving. This paper deals with living donation as a family decision process with particular relevance to gender roles and the action of giving.

1 Einleitung

„Du bekommst alles von mir, ich auch von Dir?“² – so lautet der Slogan einer Informations- und Motivationskampagne, die für mehr Organ Spenden in Deutschland wirbt. Organtransplantation, und hierbei auch die Lebendorgantransplantation, hat in den letzten 60 Jahren eine rasante Entwicklung erfahren und ist als ein wichtiger Gegenstand der Human- und Biotechnologien nicht mehr wegzudenken.³

Seit der ersten Nierentransplantation im Jahre 1963 sind in Deutschland mehr als 100.000 Organe übertragen worden.⁴ Den weitaus größten Teil bilden

1 Dieser Beitrag ist im Rahmen meiner Dissertation „Entscheidungsfindungsprozesse im Rahmen der Lebendnierenspende – Geschlechterrollen – Körperkonzepte – Reziprozitätsmodelle“ entstanden, die im Januar 2014 an der Philosophischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen abgeschlossen wurde. Er bildet lediglich einen kleinen Ausschnitt der empirischen Ergebnisse des komplexen familiären Entscheidungsprozesses ab. Die Dissertation erscheint voraus. Anfang 2015 im Campus Verlag in der Reihe Kultur und Medizin.

2 Bundesweite Kampagne (seit 2010) des Deutschen Herzzentrums Berlin, unterstützt u. a. von der Deutschen Bahn, der TKK, Air Berlin (mit über 5000 Plakaten) <http://proorganspende.de>. [zuletzt abgerufen: 31. 5. 2013].

3 Thomas Schlich, Die Erfindung der Organtransplantation, Frankfurt a. M./New York 1998; Fuat S. Oduncu/Ulrich Schroth/Walter Vossenkuhl, Transplantation. Organgewinnung und -allokation, Göttingen 2003; Martin Strüber, Transplantation in Deutschland, in: Paolo Becchi/Alberto Bondolfi/Ulrike Kostka/Kurt Seelmann (Hg.), Die Zukunft der Transplantation von Zellen, Geweben und Organen. Ethik und Recht, Basel 2005, 81–87; Andreas Vieth, Organtransplantation. Einführung in die Angewandte Ethik, Darmstadt 2006, 92–100.

4 Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation; www.dso.de [zuletzt abgerufen: 25. 4. 2014].

die Nierenverpflanzungen, gefolgt von Leber- und Herztransplantationen.⁵ Bei der Organtransplantation wird vorrangig auf Hirntote als Spender zurückgegriffen, nur bei Nierentransplantationen steigt nicht zuletzt aufgrund des „Organmangels“ die Zahl der Lebendspender⁶ stetig an. Somit hat Organtransplantation eine hohe gesellschaftliche Relevanz. Diese besteht vor allem darin, dass nach wie vor eine enorme Diskrepanz zwischen der Zahl der auf der Warteliste stehenden chronisch niereninsuffizienten Patienten und der Zahl der übertragenen Organe besteht.⁷

Die Funktionsraten der lebend gespendeten Organe sind deutlich höher als die der Postmortalspende, was den Schluss nahelegt, dass die Lebendorgantransplantation längst keine Übergangslösung mehr ist.⁸ Als Lebendorganspender kommen laut Gesetz nur Angehörige ersten oder zweiten Verwandtschaftsgrades in Betracht. Legitimiert wird die Organentnahme mit dem Nachweis der Selbstbestimmung und der Freiwilligkeit des Spender-Empfänger-Paares. Daher stellt ein wesentliches Kriterium die „einander in besonderer persönlicher Verbundenheit“ (TPG § 8,2) der Spender-Empfänger-Paare dar.

Die Zahl der Lebendnierentransplantationen ist zwischen 1990 und 2013 von 40 auf 729⁹ gestiegen. Es warten jedoch viermal so viele Menschen auf ein Organ, als Organe vermittelt werden können. Inzwischen stammt bereits jede fünfte transplantierte Niere in Deutschland von einem lebenden Spender (29,6%), die Tendenz ist steigend.¹⁰ Der Anteil der Lebendnierentransplantationen, die über Eurotransplant¹¹ registriert sind, liegt mittlerweile bei einem Drittel aller Nierentransplantationen.¹²

Dieser Beitrag beleuchtet den aus empirisch-medizinanthropologischer und medizinethischer Perspektive komplexen Prozess der Entscheidung für oder gegen eine Lebendnierenspende in der Familie. Dabei soll auf die Le-

5 Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation: www.dso.de [zuletzt abgerufen: 14. 4. 2014]

6 Anmerkung zur Genderschreibweise: Aufgrund einer besseren Lesbarkeit wurde bei diesem Text die männliche Form gewählt, die sich hier jedoch als neutrale Form versteht, bei der sowohl Frauen als auch Männer gleichermaßen angesprochen werden. Dies ist beim Lesen mitzudenken.

7 In Deutschland stehen 2586 (davon 766 Lebendnierenspenden) Nierentransplantationen 7645 Patienten, die auf eine Niere warten, gegenüber (DSO Jahresbericht 2012).

8 Vgl. Enquete-Kommission. Organlebenspende. Zwischenbericht. Berlin: Deutscher Bundestag; 15. Wahlperiode; 17.3.2005. *Pascal Lachenmeier*, Rechtliche Fragen der Lebenspende, in: *Paolo Becci/Alberto Bonfoli/Ulrike Kostka/Kurt Seelman* (Hg.), *Die Zukunft der Transplantation von Zellen, Geweben und Organen*, Basel 2007, 171–193.

9 Eurotransplant: Annual Report 2012 www.eurotransplant.org.

10 Vgl. Jahresbericht Eurotransplant 2012: in Norwegen beispielsweise liegt der Anteil bei 50%, in Griechenland bei 40% und in Schweden bei 25%. Vgl. *Ralf Bickeböller*, *Grundzüge einer Ethik der Nierentransplantation*, Münster/Hamburg 2000.

11 Eurotransplant (gegründet: 1967) ist eine Stiftung mit Sitz in den Niederlanden (Leiden). Sie ist die Vermittlungsstelle für Organspenden in den Benelux-Ländern, Deutschland, Österreich, Slowenien und Kroatien. An der internationalen Zusammenarbeit dieser Länder sind alle Transplantationszentren, Gewebetypisierungslaboratorien und Krankenhäuser, in denen Organspenden durchgeführt werden, beteiligt. Vgl. www.eurotransplant.org.

12 Vgl. Eurotransplant: Jahresbericht 2012 www.eurotransplant.org [abgerufen 19. 4. 2014].

bendspende als einem familiären Entscheidungsprozess mit einer besonderen Relevanz von Geschlechterrollen eingegangen werden. Schließlich findet die Lebendorganspende nach der Handlungspraxis der Mauss'schen Theorie der Gabe statt. In diesem Beitrag soll speziell auf die Gabe und Gender bei der Entscheidung für oder gegen eine Lebendspende eingegangen werden.

2 Zur Relevanz der Kategorie Gender bei der Lebendspende

Seit mehr als einem Jahrzehnt lässt sich bereits ein Geschlechterunterschied im Spendeverhalten der Lebendniere spende nachweisen.¹³ Zwei Drittel aller lebend gespendeten Nieren stammen von Frauen:¹⁴ Bei Eltern spenden Mütter deutlich häufiger als Väter, bei Geschwistern Schwestern häufiger als Brüder. Dafür scheinen neben rechtlichen und sozio-ökonomischen auch kulturelle und epidemiologische Ursachen verantwortlich zu sein, wie der europäische Vergleich der Geschlechterunterschiede nahe legt.¹⁵

Empirische Forschungen zur Lebendspende haben sich bislang ausschließlich auf Eltern-Kind- und Kind-Eltern-Spenden fokussiert. So halten *Crouch* und *Elliott*¹⁶ es für ein verbreitetes Missverständnis in der LOS, dass Entscheidungen umso freier und selbstbestimmter getroffen werden, je weniger emotional die spendende und empfangende Seite aneinander gebunden ist.¹⁷ Wenn eine Mutter ohne längere Überlegungen ihrem Kind ein Organ spenden möchte, kann dies auch gerade als Ausdruck ihrer Selbstbestimmung gelesen werden. *Kristin Zeiler* schlägt vor diesem Hintergrund vor, bei Analysen von Lebendspenden stärker zu berücksichtigen, dass diese häufig in Liebesbeziehungen stattfinden.¹⁸ *Oliver Decker* und *Merve Winter* gehen in ihrer psychologischen Analyse zahlreicher Interviews mit Spendern und Empfängern einer Lebendniere transplantation auf den Geschlechterunterschied ein.¹⁹ Sie

-
- 13 *Silke Schicktanz/Jochem W. Rieger/Beate Lüttenberg*, Geschlechterunterschiede bei der Lebendniere transplantation: Ein Vergleich bei globalen, mitteleuropäischen und deutschen Daten und deren ethische Relevanz, in: *Transplantationsmedizin* 18 (2006), 83–90; *Nicola Biller-Andorno*, Gender imbalance in living organ donation, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 5 (2002), Heft 2, 199–204.
- 14 *Nikola Biller-Andorno*, Gender imbalance, 203; *Rahul M. Jindal/John J. Ryan/Imran Sajjad/Madhukiran H. Murthy/Lyndsay S. Baines*, Kidney Transplantation and Gender Disparity, in: *American Journal of Nephrology* 25 (2005), 474–483.
- 15 *Schicktanz et al.*, Geschlechterunterschiede, 86.
- 16 *Robert A. Crouch/Carl Elliott*, Moral agency and the family. The case of living related organ transplantation, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 8 (1999), Heft 3, 275–287.
- 17 *Anita Ho*, Relational autonomy or undergo pressure? Family's role in medical decision-making, in: *Scandinavian Journal of Caring Science* 22 (2008), 128–135.
- 18 *Kristin Zeiler*, Just love in live organ donation, in: *Med Health Care Phil.* 12 (2008), Heft 3, 323–331.
- 19 *Oliver Decker/Merve Winter*, Gender-Aspekte in der SpenderIn-EmpfängerInbeziehung bei Lebendorganspende, in: *Alexandra Manzei/Werner Schneider* (Hg.), *Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis*, Münster 2006, 225–247.

zeigen auf, dass traditionelle und stereotype Geschlechterrollen die Spendebereitschaft von Frauen und Männern motivieren und beeinflussen.

Bisher gibt es nur wenig gender-sensible empirische Befunde über die Ursachen dieses gravierenden Unterschieds. Vermutungen legen nahe, dass sich Frauen aufgrund von festgelegten Rollenzuweisungen eher bereit erklären, ein Organ zu spenden, während Männer häufig die Einstellung vertreten, dass Frauen dafür besser geeignet seien.

2.1 Geben und Nehmen

Für die postmortale, aber auch für die Lebendorganspende lässt sich die moralische Relevanz von Reziprozität anhand eines einfachen Gedankenexperiments erörtern: Wenn ich hoffe, dass mir im Bedarfsfall ein Fremdorgan gespendet wird, soll ich nach Möglichkeit einem anderen die gleiche Chance einräumen? Diese Frage beruht auf der sogenannten Reziprozitätsnorm. Diese stellt im Kern zwei Minimalforderungen: erstens, man soll denen helfen, die einem selbst helfen, und man darf zweitens jene nicht verletzen, die einem geholfen haben.²⁰ Der Deutsche Ethikrat leitet aus dieser Norm die Forderung ab, es sei eine ethisch relevante Aufgabe jedes Einzelnen in unserer Gemeinschaft, sich mit den Konsequenzen des Organmangels auseinanderzusetzen.²¹ Die Reziprozitätsnorm beinhaltet somit zwei miteinander in Beziehung stehende Minimalanforderungen. *Alwin Gouldner* sieht jedoch Schwächen dieser Norm, da sie von gleichwertigen Handlungspartnern ausgeht. Dies kann u. U. in einer Empfänger-Spender-Beziehung auch relevant sein, da neben dem Aspekt, dass der Empfänger aufgrund der chronischen Krankheit einen schwächeren Part einnimmt, nach wie vor die „Größe“ des Geschenkes nicht ermessen werden kann. Unter bestimmten Bedingungen führen Austauschprozesse somit zu einer Verfestigung von Machtungleichheit.²²

Der Austausch von Geschenken korreliert bei Frauen zwar stark mit ihren traditionellen weiblichen Rollen, es scheint jedoch die Bedeutung ihres Schenkens mit den vielfältigen Unterschieden zwischen ihren persönlichen und sozialen Verhältnissen zu variieren.²³ *Aafke Komter* betrachtet den Genderaspekt in Bezug auf die Gabe bei der Organtransplantation. Sie beschreibt verschiedene Wege, über welche die Rolle der Frauen im Geschenk-Austausch mit Macht in Verbindung stehen könnte.²⁴ So kann das Schenken

20 *Alwin W. Gouldner*, Etwas gegen nichts. Reziprozität und Asymmetrie, in: *Frank Adloff/Steffen Mau* (Hg.), *Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität*, Frankfurt a. M./New York 2004, 109–123.

21 Nationaler Ethikrat. *Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland*, Berlin 2007.

22 *Gouldner*, Reziprozität, 117.

23 *David Cheal*, *The Gift Economy*, London/New York 1988, 87.

24 *Aafke E. Komter*, *Women, Gifts and Power*, in: *ders.* (Hg.), *The Gift: An Interdisciplinary Perspective*, Amsterdam 1998, 119–131.

als unfreiwillige Arbeit angesehen werden, die die minderwertige Stellung der Frauen bestätigt. Die Motivation von Frauen, Geschenke zu geben, kann auch darin begründet liegen, dass eine „alternative Wirtschaft“ zu der in der gesellschaftlichen Realität vorwiegend männlich dominierten Wirtschaft entwickelt werden soll.²⁵ Schließlich können Frauen ihre Überlegenheit im Bereich der Emotionen durch das Geben und Empfangen von Geschenken zeigen. Ihnen geht es vornehmlich darum, soziale Beziehungen zu fördern und zu stabilisieren.²⁶

Reziprozität ist nach *Komter* das Prinzip, das dem Austausch von Geschenken in westlichen Gesellschaften zugrunde liegt. Die Motive für Reziprozität ergeben sich vor allem aus einer Mischung altruistischer Gefühle und Erwartungen, die nur schwierig ausdifferenzieren sind. Es scheint eher unwahrscheinlich, dass Frauen einfach mit einem höheren Maß an Altruismus gesegnet sind als Männer. Es sollten also weniger Unterschiede des vermeintlichen Altruismus gesucht werden, sondern vielmehr die verschiedenen Sets von Erwartungen in Bezug auf Frauen und Männer, sowie stark normative Vorstellungen von dem, was Weiblichkeit und Männlichkeit ist, fokussiert werden. Schließlich stellt sich die Frage, wer am meisten von dieser speziellen Form der Reziprozität profitiert. Frauen, die auf diese Weise ihren eigenen Status bekräftigen oder sogar an Handlungsspielraum gewinnen? Oder sind Frauen hierbei die Verlierer ihres eigenen Geschenkes? Letzteres könnte dann der Fall sein, wenn von ihnen als Frauen erwartet wird, dass sie mit ihrem Schenken lediglich gesellschaftliche Erwartungen erfüllen. Genau diese Differenzierungen verdeutlichen, dass Fragen hinsichtlich Gabe und Geschlechterdifferenz nur in dem jeweiligen speziellen Setting und unter der konkreten Fragestellung diskutiert werden können, da ansonsten Perspektiven verzerrt dargestellt werden.

3 Methodisches Vorgehen

Der Fokus dieser empirischen Untersuchung liegt bei Spendern und Empfängern, die sich für oder gegen eine Lebendnierentransplantation entschieden haben.²⁷ Es wurden 31 halbstrukturierte Einzelinterviews und sechs Fokusgruppendifkussionen²⁸ zwischen 2008 und 2009 durchgeführt. Das Material wurde vollständig transkribiert und pseudonymisiert.²⁹ Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte entsprechend den Regeln der qualitativen Inhalts-

25 *Komter*, Gifts and Power, 127.

26 Ebd.

27 Für diese Studie liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission Göttingen vor (Akt. Nr. 11/11/07).

28 Vgl. *Ivy Bourgeault/Robert Dingwall/Raymont de Vries*, Qualitative Methods in Health Research, London/New Dehli 2011.

29 Alle in der Ergebnispräsentation genannten Namen und Orte sind verfremdet.

analyse.³⁰ Dabei wurde regel- und theoriegeleitet vorgegangen mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.³¹

4 Empirische Ergebnisse

Anhand einer Reziprozität des Gebens und Nehmens kann das komplexe Zusammenspiel von sozialen Bindungen, Körperlichkeit und moralischen Normen innerhalb einer Familienentscheidung für die Lebendspende rekonstruiert werden. Dieses Zusammenwirken betrifft sowohl die Motivation eines Angebotes als auch die Annahme der Gabe, die wiederum zur Erwidierung (einer Gegengabe) verpflichtet und somit von Dankbarkeit und Schuld begleitet wird.

4.1 Reziprozität von Rollen

Als ein wiederkehrendes Argument für eine gelungene reziproke Handlung wurde auf eine intensive Verbundenheit zwischen Spender und Empfänger verwiesen. Am deutlichsten formulierten dies Mütter, Väter und Kinder. Die intensive Bindung aus Liebe wurde bei den Betroffenen als altruistisches Argument angeführt. Wichtig bleibt hierbei jedoch, dass diese Argumentation an eine Rolle in der Beziehung gebunden war und zudem relational gedacht wurde. Eine Lebendspende von einem Elternteil wurde daher als ein Baustein der Unterstützungsleistung (bzw. -verpflichtung) angesehen. Diese Rollenzuweisung führte die Mehrzahl der Betroffenen einer Lebendspende ebenfalls an, um die Spende eines Kindes zugunsten eines Elternteils abzulehnen. In Eltern-Kind-Beziehungen herrscht eine asymmetrische Reziprozitätsform, das heißt, sie sind es gewohnt, dass Eltern mehr geben als nehmen. Diese kulturelle Norm beinhaltete aus Sicht der Befragten, dass Eltern aufgrund des wesentlichen Ungleichgewichts in der Austauschpraxis keine Ansprüche auf eine Organspende an ihre Kinder stellen dürften, wenn sie selbst auf ein Organ angewiesen wären.

Im Kontext der Lebendspende wird von Spendern vor allem der Begriff „Schenken“ verwendet. Sie betonen, dass es ein (selbstloses) Geschenk sei und sie keinerlei Gegenleistungen erwartet hätten. Eine Lebendspende aus rein selbstlosen Motiven fand sich bei Spendern jedoch nur selten. Vielmehr ordneten sie eine Lebendspende unter Bedingungen der Reziprozität ein und nicht als altruistische Handlung.

Freiwilligkeit beim Gabentausch (der Lebendspende) war für die Betroffenen eine wichtige Voraussetzung. Im Zusammenhang mit Reziprozität stellte

30 Vgl. Phillip Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Bd. 9, Weinheim 2007.

31 Ebd., 116.

relationale Autonomie ein wesentliches Element dar. Das bedeutete, dass individuelle Reziprozitätsregeln die Dynamik in der Familie prägen und unter den einzelnen Mitgliedern strukturierten und beeinflussten. Für die Lebendspende beinhaltete dies, dass in den Gabentausch nicht nur zwei Akteure, sondern die gesamte Familie mit ihrer Geschichte (Zirkel an Austauschaktionen) involviert war:

Frau Glinke: „Weil, meine Mutter ist auch ein Typ, also mein Vater hat noch nie zu mir gesagt, ich hab dir ja auch die Niere gespendet. Manchmal kann es sein, dass ich irgendwie so ein Schuldgefühl kriege oder so. Dass ist noch nie vorgekommen, und ich denke, meine Mutter ist so ein Typ, die hätte mir das vielleicht irgendwann mal [gesagt], „ich hab dir doch auch die Niere gespendet“, ne. (...) Das ist halt so, und das wusste ich auch, dass er das nie sagen wird, oder mir das nie vorhalten wird, oder mir damit irgendwo Druck macht“ – (hat vom Vater eine Niere erhalten).

Familiäre Reziprozität beinhaltete für die Interviewten auch die Art, wie in der Familie Probleme verhandelt und bewältigt werden. Empfänger betonten, dass die Lebendspende ein freiwilliges Geschenk war. Das Prinzip der Freiwilligkeit ist hier als Teil in die kulturelle Handlungsnorm der Reziprozität verwoben und zudem ein wichtiges Element bei Verschleierungsstrategien³² hinsichtlich einer Gegengabe. Es implizierte, dass sich Nehmende für die Annahme der Spende schuldig fühlen:

Frau Probst: „Ich hatte das Gefühl, ich begeben mich von einer Abhängigkeit, die ich an der Dialyse hatte, von den Geräten, in die nächste Abhängigkeit, nämlich dass ich dadurch auf ewig mit meinem Mann verkettet bin. Und das war der Grund, weswegen ich das nicht wollte. (...) Und da hat mir meine Psychologin auch unheimlich geholfen, die mir dann erst mal so ein Selbstwert vermittelt hat, so irgendwie, Mädels, es ist dein Leben. Das war die Entscheidung deines Mannes, dir die Niere zu geben, deine Entscheidung ist es, die Niere anzunehmen. So. Wenn ich das von dem Standpunkt betrachte, ich hab ihn nie da drum gebeten, um die Niere. Es war sein Wille. So. Also geh ich damit keine Schuld ein“ – (hat vom Ehemann eine Niere erhalten).

Frau Probst berichtete im weiteren Verlauf, dass trotz der psychologischen Unterstützung, die ihr eine rationale Sicht auf den Handlungsvorgang ermöglichen sollte, der Druck zunehmend übermächtig wurde, auf die Gabe mit einer Gegengabe reagieren zu müssen, so dass sie Schuldgefühle entwickelte.

4.2 Das Ritual der Gabe

Es gab nur sehr wenige Patienten, die bei potenziellen Spendern um eine Nierenspende angefragt hatten. Lediglich zwei Männer hatten entweder die Mutter oder die Schwester um eine Lebendspende gebeten, alle befragten Frauen hingegen lehnten diese Vorgehensweise ab:

³² Vgl. Pierre Bourdieu, Die Ökonomie der symbolischen Güter, in: Adloff/Mau, Geben und Nehmen, 139–157.

Frau Reimers: „Also ich würde nie eine Lebendspende einfordern. Das würde ich niemals machen. Das wär ja, finde ich, also das würde ich nie machen. Und schon gar nicht als Mutter von meinem Kind. Das wäre bei mir nicht drin“ – (hat von der Mutter eine Niere erhalten).

Die direkte Anfrage machte die klassische Gabe obsolet. Hierbei entsteht eine direkte Aufforderung zur Hilfeleistung, wenn der Angehörige den Bedarf so formulierte, dass diese Handlung weitere Voraussetzungen hinsichtlich der Freiwilligkeit benötigt. So verwiesen Empfänger darauf, dass sie nie um eine Spenderniere gebeten hätten. Die Initiative des Angebotes einer Lebendspende ging immer von den Spendern aus. Auffällig viele Empfänger beschrieben das Angebot ihres Spenders als spontan und zudem häufig im Beisein Dritter. So nutzten einige einen gemeinsamen Arztbesuch, um dort im Beisein des behandelnden Arztes das Angebot zu unterbreiten. Zwei Empfänger erhielten die Offerte zur Lebendspende an ihrem Geburtstag. Dass die potenziellen Spender die Initiative übernahmen, ist ein weiteres Indiz dafür, dass die Lebendspende Teil einer existenten sozialen Austauschpraxis war und nach den Handlungsmustern einer Gabe verlief.

Das Angebot einer Lebendspende bewerteten die Empfänger bezüglich des medizinischen Risikos, das mit diesem Angebot verbunden war. Die damit verbundenen Ängste wurden nur im engen Familienkreis verhandelt. Nicht nur, dass sich die Betroffenen in dieser Phase nicht von Außenstehenden verunsichern lassen wollten, vielmehr betonten sie, dass sie von Außenstehenden keine Einmischung wünschten, da dieser Vorgang nach ihrer Ansicht nur von den direkt Betroffenen bewertet werden könne. Als Folge dieser Abwehr von Einmischungen durch Außenstehende wurde so der soziale Zusammenhalt der Spender-Empfänger-Beziehung sogar gefestigt. Spender wogen ihre Risiken – wenn überhaupt – bereits zu einem früheren Zeitraum ab und befassten sich dann vornehmlich mit dem „Erfolg“ einer Lebendspende. Dieser bestand darin, dass die gegebene Niere vom Körper des Nehmenden angenommen wurde. Spender knüpften somit Erwartungen an die Gabe, die die Empfänger nur wenig beeinflussen konnten:

Herr Goldmann: „Das Schlimmste wäre für mich gewesen, wenn die Niere abgestoßen worden wäre.“

Frau Sturm: „Man muss aber mit allem rechnen.“

Herr Goldmann: „Trotzdem. Nach fünf Jahren hat sich das gelohnt. Doch wenn sie sofort abgestoßen worden wäre, ich weiß nicht, das hätte mich schon fertig gemacht.“

Herr Reschke: „Aber es kann immer Komplikationen geben.“

Frau Probst: „Es ist auch nicht einfach. Das Risiko ist hoch.“

(Spender: Ehefrau, Ehemann oder Sohn eine Niere gespendet)

Thematisiert wurden diese Erwartungen häufiger von Männern als von Frauen. Die wenigen Frauen, die solche Erwartungen an ihre Spende formulierten, behaupteten, dass sie sich intensiv damit befasst hatten, keine Erwartungen an eine Lebendspende zu stellen. Denn eine bewusste Formulierung von Er-

wartungen impliziert den Preis und macht damit den symbolischen Gehalt der Gabe zunichte:

Herr Eisner: „Das habe ich auch vor der OP gesagt, ich erwarte nicht, dass er mir ‚Danke‘ sagt oder sonst was, das muss jeder selber wissen, wie er das sieht. Ich erwarte gar nix. Ich erwarte nur, dass er gesund wird und dass er dann wieder als Vater für seine Kinder da ist. Ja!“ – (hat seinem Schwiegersohn eine Niere gespendet).

Herr Eisner verriet in diesem Fall den Preis, der nicht in einer Vertiefung der Beziehung zum Schwiegersohn bestand, sondern in der Wiederherstellung eines intakten Familienlebens seiner Tochter. Der emotionale Druck, der in dieser Forderung steckt, löste bei dem Empfänger große Verunsicherung aus, da dieser wiederum die Anfrage als Gabe bewerten wollte, um so Schuldgefühle zu vermeiden. Unterschwellige Erwartungen, die nicht im Vorfeld zwischen den Spender-Empfänger-Paaren geklärt wurden, erwiesen sich später als große Belastung, vor allem für die Empfänger:

Frau Gröbe: „Wir haben darüber gesprochen, dass es immer Sachen gibt, dass die Niere nicht mehr funktionieren kann. Aber ich muss ganz ehrlich sagen, das drücke ich einfach im Kopf bei mir weg. Weil ich sage, ich lebe jetzt und ich will jetzt nicht schon wieder daran denken. Da hatte ich damals schon bei meiner ersten Transplantation das Gefühl, ich sitze auf einer Zeitbombe. Und dieses erst mal in [den] Griff zu bekommen, so das es jederzeit vorbei sein kann. Dann geht es alles wieder von vorne los, das muss ich ganz ehrlich sagen, das habe ich immer so ein bisschen im Kopf, wo ich sage: Nein, das will ich nicht.“ – (hat vom ihrem Vater eine Niere erhalten).

Die Betroffenen berichteten, dass im weiteren Verlauf der Gabe als spontane Reaktion auf das Angebot eine Ablehnung erfolgte. Da alle Beteiligten mit dem Ritual vertraut waren, war ihnen bewusst, dass dies keine echte Ablehnung war, sondern affektiv stattfand, um sich so Bedenkzeit zu gewähren.

Einige potenzielle Empfänger thematisierten die aufgrund der chronischen Erkrankung vorhandene Abhängigkeit vom medizinischen System. Abhängigkeit als Argument stand dabei in starkem Kontrast zur Motivation einer Lebensspende als Lebensqualitätsverbesserung, denn durch die Abhängigkeit (infolge der vermeintlichen Erwidern der Gabe) würde Lebensqualität auf der sozialen Ebene relativiert. Die beschriebene Abhängigkeit war von einer starken Asymmetrie geformt, Nehmer sahen sich gegenüber diesem besonderen Angebot in einer schwächeren Position. Ähnlich beschrieb dies das Ehepaar Rohrbach, das sich als gleichwertige Handlungspartner in ihrer Beziehung ansah, und besonders die Lebensspende hinsichtlich der Gabe differenziert betrachtete:

Herr Rohrbach: „Und unter dem Eindruck wurde ja auch von manchen Ärzten zuerst ganz besonders und dann auch von der Allgemeinheit eher die Lebensspende befürwortet. Deswegen kam die Frage bei uns auf. Wir haben uns das überlegt und uns dagegen entschieden. Es ist ja so, dass man sich zuerst sagt, ja natürlich, mach ich das. Bin ich ja sozusagen [in der Pflicht], wenn dazu die Liebe nicht reicht, dann ist es schlecht, nicht? Also ich liebe sie und das tu ich dann für sie. Dann kommt aber

denn auch die andere Überlegung von ihr, also das ist nicht nur dein Geben, auch ich muss es ja auch annehmen. Es ist eine Sache, die dann auf einmal anders als die Frage der Postmortal spende mit Schuldgefühlen dann zusammenhängt. Man tut ja nichts Böses, weder so noch so, weder als Annehmender, noch als Gebender. Das ist in dem Sinne nichts Böses, sondern in dem Sinne, wo man sich fragt, was bin ich ihm schuldig. Was bleib ich ihm schuldig, und wo nutze ich das dann aus, die Situation. Und der Nehmende, der Empfangende ist also auch umgekehrt, fühlt sich ja schuldig, dem anderen [gegenüber]. Dazu kommt dann die Frage, ich bleibe was schuldig, jetzt wo ich's nicht gebe, bleib ich auch was schuldig, ich hätte das Leben doch erleichtern können? Andersherum wäre es auf ihrer Seite gewesen, sie wäre was schuldig geblieben und hätte es unter Umständen nicht zurückgeben können“ – (hat sich mit seiner Ehefrau gemeinsam gegen eine Lebendspende entschieden).

Dieses Ehepaar lehnte nach reiflicher Überlegung eine Lebendspende ab. Bei den übrigen Befragten wurde die spontane Ablehnung genutzt, um das Angebot abzuwägen. Im weiteren Verlauf fand hier eine intensive Abwägung der Vor- und Nachteile einer Lebendspende statt, so dass bis auf dieses Ehepaar die übrigen Patienten das Angebot annahmen. Der Zeitpunkt der Annahme war dabei nicht die eigentliche Transplantation; er ist bereits früher zu lokalisieren, gewissermaßen wenn die Zustimmung zur Lebendspende erfolgte. Empfänger wendeten dabei eine besondere Strategie an, indem sie sich selbst darin bestärkten, dass es ein Geschenk und die Annahme somit die richtige Handlung sei.

Frau Stielike: „Ich war nicht mehr richtig ein Mensch, mir ging's immer schlecht, und dieses Geschenk nehme ich an, ja, und ich muss dafür nichts geben. Und dann war einfach nur noch der Punkt, dass ich sie [die Niere] auch als Geschenk nehme und (...) das ist mir dann aber gelungen, also irgendwann habe ich mir halt einfach auch gesagt, es ist ein Geschenk, es ist ein Versuch, es ist eine Chance und es ist total toll und es kann schief gehen und das Risiko muss ich jetzt aushalten“ – (hat von der Mutter eine Niere erhalten).

Dieser Versuch einer Legitimation ließ sich darauf zurückführen, dass der Wert bzw. der Preis der Gabe unklar blieb. Diese Form der Argumentation von Empfängern diente der Verschleierung des Austausches, wie dies während des Gabentausches verschiedentlich angewendet wurde, um damit auch den Unterschied zum rein ökonomischen Tausch zu betonen.

Der überwiegende Teil der Empfänger gab an, mit der Annahme des Organs eine besondere Verpflichtung eingegangen zu sein, so etwa das Organ zu schützen:

Frau Reimers: „Nein, ich habe das einfach angenommen, das Organ. Das habe ich als Geschenk gesehen, ich habe das angenommen und ich habe fest dran geglaubt, dass das gut geht und klappt und ich habe gedacht, das darf jetzt auch irgendwie nicht abstoßen, und man muss da gut drauf aufpassen, und ja. Das war mir einfach wichtig, dass das dann jetzt auch gut klappt“ – (hat von der Mutter eine Niere erhalten).

Neben dieser körperlichen Ebene, auf der sich Empfänger verpflichtet fühlten, fand sich zudem eine Verpflichtung auf der symbolischen Ebene. Sie drückte besondere Wertschätzung für die erhaltene Gabe aus. Den Empfängern war bewusst, dass sie den Prozess der Organintegration nur bedingt kontrollieren konnten. Aber auch die Spender arbeiteten an dieser Verschleierung mit, indem sie zwar betonten, dass keinerlei Erwartungen an die Gabe geknüpft seien, ihnen eine überlegene Position in dieser Situation aber durchaus bewusst war.

So bezeichneten einige Spender die Niere indes indirekt weiter als ihr Eigentum. Implizit wurden Forderungen einer Gegengabe formuliert, indem Empfänger sich um ihren Körper mit dem „fremden“ Organ kümmern mussten. Der Maßstab der eigenen Fürsorge für den Körper wurde dabei vom Spender bestimmt. Zahlreiche Aussagen belegen, dass Erwartungen indirekt an die Empfänger für einen sorgsamem Umgang mit dem Körper herangetragen wurden.

4.3 Die Verpflichtung zur Gegengabe

Zunächst war auffällig, dass die Unmöglichkeit einer Erwidierung der Gabe von den Betroffenen (Spendern und Empfängern) tabuisiert wurde. Es betraf die intime Beziehung der Beteiligten, daher fiel es Empfängern schwer, dies offenzulegen. Jedoch verspürten fast alle Empfänger nach der Lebendspende das Bedürfnis, sich in Form von Gesten oder Geschenken erkenntlich zu zeigen. Hierdurch brachten sie ihre Wertschätzung der sozialen Handlung zum Ausdruck. Es äußerte sich zumeist in einer diffusen Art von Dankbarkeit und daraus resultierenden Schuldgefühlen, die allerdings je nach Verwandtschaftsbeziehung variierten. Bei Kindern, die von ihren Eltern ein Organ bekamen, schien die Verpflichtung zur Gegengabe am wenigsten ausgeprägt. Dies kann auf das bereits bestehende asymmetrische Beziehungsverhältnis zurückgeführt werden. In symmetrischen Beziehungen wie etwa Geschwistern, Ehepartnern und Freunden war ein wesentlich komplizierterer und weit ausgeprägter Umgang mit Dankbarkeit und Schuldgefühlen zu beobachten.

Auf der personalen Ebene konstituierten sich seitens der Empfänger Dankbarkeit und Schuld, was als „Versuch einer Gegengabe“ gedeutet werden kann. Als ein wesentliches Merkmal zeigte sich ein hohes Maß an Sozialprestige, das die Spender durch die erbrachte Leistung in der Gruppe (Familie/soziales Umfeld) erfuhren:

Frau Gröbe: „Wir wohnen in einem sehr kleinen Dorf, und das ist auch sehr schwierig, denn so ungefähr er ist jetzt wie so ein Heiliger, der da durchs Dorf läuft. Also, er braucht nachts keine Lampe mehr (allgemeines Lachen), weil er ja das für mich gemacht hat“ – (hat vom Vater eine Niere erhalten).

Die hohe soziale Anerkennung ihres Angehörigen im sozialen Umfeld rief bei den Empfängern das Bedürfnis nach Erwidierung der erbrachten Leistung hervor. Bei einigen Betroffenen entstand auch ein externer Erwartungsdruck. Dieser äußerte sich in einer übersteigerten Dankbarkeit, auch wenn die Spen-

der versuchten, ihrerseits die Situation zu entschärfen, indem sie betonten, dass sie keine Dankbarkeit wünschten.

Den meisten Empfängern war es auf einer symbolischen Ebene wichtig, sich bereits in der Zwischenzeit bis zu einer Gegengabe für die erbrachte Leistung der Spender erkenntlich zu zeigen. Dies thematisierten Frauen deutlich häufiger als Männer. So nutzten einige Empfänger den Tag der Transplantation, um ihn wie einen „zweiten Geburtstag“ zu feiern. Die Motivation ging hier zumeist von Frauen aus, sie machten ihrem Spender Geschenke und betonten den symbolischen Gehalt als Zeichen ihrer Dankbarkeit. Aber auch das Versprechen, gut auf das Organ aufzupassen, kann als Versuch einer Gegengabe gesehen werden. Als Argument wurde hierbei zumeist eine Beziehungs-Asymmetrie angeführt, indem von den Spendern selbst keine Aufforderung zur Kontrolle erfolgen musste, sondern dies bereits von den Empfängern vorweg genommen wurde. Die Spender hingegen versuchten, den Empfängern den Druck zur Erwidmung zu nehmen:

Herr Glinke: „Na ja und denn ging das ja auch, dass man nicht irgendwie nachher Druck ausüben sollte, ich habe der nun eine Niere geschenkt, jetzt muss die Zeit deines Lebens oder wie auch immer für dastehen. Also das, den Gedanken hab ich nie gehabt (...). Also ich glaube, wenn ich mal was bräuchte, ich würde es auch annehmen. Wenn ich, wir haben aber auch nie diese Diskussion gehabt, dass unsere Tochter dankbar sein müsste. Ja gut, wir leben alle zusammen in einem Haus, also da ist nie die Frage gekommen“ – (hat der Tochter eine Niere gespendet).

Herr Glinke verwies auf das reziproke Verhältnis zu seiner Tochter. Die Familie wohnte zusammen in einem Haus, da war ein alltägliches *Geben und Nehmen* für ihn selbstverständlich, er distanzierte sich jedoch von einer generalisierten Reziprozität, indem er wiederum im weiteren Verlauf des Gesprächs Erwartungen an die Empfängerin im alltäglichen Miteinander stellte.

Einige Frauen (Empfängerinnen) beschrieben, mit dem Organ als Subjekt zu kommunizieren. Eine transplantierte Frau gab nach der Spende „ihrer“ Niere einen Namen und sammelte die Sonografiebilder in einem Fotoalbum:

Frau Klatt: „Und ich hab ihm zu Weihnachten eine Tasse geschenkt mit einem Foto von der Niere drauf. Und habe ihm ein Buch geschenkt, so als was ganz Persönliches, wo ich sozusagen unsere Geschichte aufgeschrieben habe oder beziehungsweise die Geschichte der Niere. Also da hat er sich auch riesig drüber gefreut. Meine Niere hat übrigens auch einen Namen. Sunny. Wie der Sonnenschein: S-U-N-N-Y“ – (hat von ihrem Vater eine Niere erhalten).

Hier fand ein subjektiver Umgang aufgrund von konkreten Bezeichnungen bzw. konkreten Äußerungen mit dem transplantierten Organ statt, um so eine Organintegration herzustellen. Bei einigen Frauen war der Kinderwunsch so stark, dass sie sich über die ärztliche Empfehlung hinwegsetzten und trotz der Komplikationen Kinder auf die Welt brachten. Die Schilderun-

gen verdeutlichen die im Vordergrund stehende reproduktive Körperlichkeit, die an Rollenerwartungen geknüpft waren.

Der Tag der Spende wurde symbolisch aufgeladen. Spender und Empfänger verbrachten an diesem Tag häufig gemeinsam Zeit. Auch wiederum Frauen (Spenderinnen) offenbarten ein Interesse an der gewonnenen Kontrolle, die aus der Lebendspende resultierte. Dies traf vor allem auf symmetrische Geschwisterbeziehungen zu.

Bei einer zeitlich verzögerten Dankbarkeit wurde der zwischen Gabe und Gegengabe variable Zeitraum hingegen stärker fokussiert. So nutzten viele Empfänger das im Gaberitual vorhandene Zeitintervall, um emotionalen Abstand zu der erbrachten Leistung zu bekommen. Diese Zeit barg für Empfänger die Hoffnung, dass sich in ihrer Beziehung die Möglichkeit zu einer Gegengabe auf der persönlichen Ebene ergab:

Frau Goldmann: „Ich sehe das jedenfalls auch als ganz großen Liebesbeweis an, und zuerst hab ich zu meinem Mann gesagt: ‚Ich werde dir jeden Tag Danke sagen‘ (lacht). Aber das hat sich dann doch mit der Zeit gelegt. Aber ab und zu sage ich es immer wieder, und wenn wir streiten, also das, das Thema Niere spielt jedenfalls keine Rolle mehr bei uns“ – (hat von ihrem Ehemann eine Niere erhalten).

Den meisten Empfängern war jedoch durchaus bewusst, dass die Lebendspende keine Lebensrettung, sondern in vielen Fällen eher eine Verbesserung der Lebensumstände darstellte. Schwierig war es für Empfänger, wenn ihre Spender die Dankbarkeitsgesten nicht annehmen wollten. Häufig wurde hier von den Spendern ein altruistisches Motiv angeführt, das für die Empfänger wiederum irritierend wirkte.

Frau Zimmermann: „Aber im Nachhinein habe ich immer gedacht, wie kannst du Danke sagen, wie kann ich meiner Tante danken, dass sie mir so was gibt. (...) und meine Tante ist auch so ein Fall, sie hat's einfach getan und hat gesagt: Hör zu, Karolin, unser Leben geht so weiter. Ich möchte nicht, dass du das jetzt irgendwie veränderst oder, also wir leben jetzt normal weiter. Aber ich muss ganz ehrlich sagen, ich weiß das bis heute nicht, wie ich ihr danken kann, ich weiß es nicht“ – (hat von ihrer Tante eine Niere erhalten).

Spender hingegen sahen bereits den gelebten Zeitraum mit der Spenderniere im Körper des Empfängers als Geschenk, nicht zuletzt aufgrund des Wissens um einen unbestimmten und auch unkontrollierbaren Zeitpunkt, wenn das Spendeorgan versagen würde.

Zudem sträubten sich Spender gegen eine offene Diskussion um die Folgen einer nicht stattfindenden Gegengabe. Sie gaben an, dass sie weder Dankbarkeit erwarteten noch wünschten. Stattdessen wurde betont, dass die Beziehung zwischen beiden einfach „normal“ weitergehen sollte. Dabei verwendeten sie häufig Übertreibungen wie „ich will nicht, dass er mir jetzt bis ans Lebensende meine Schuhe putzt“ (Frau Oltmanns). In diesem wie auch in anderen Aussagen stecken kulturelle Wertungen, in denen sich Machtpositionen wi-

derspiegelten. Sie beinhalteten aber allesamt Handlungstätigkeiten, die häufig Alltagsreziprozität widerspiegelten.

Ein starkes Motiv, sich gegen eine Lebendspende zu entscheiden, konnte gerade die Angst sein, dass nach der Spende die Beziehung unausgewogen würde – sei es, weil vorhandene Asymmetrien verstärkt wurden oder die Unmöglichkeit der Gegengabe gesehen wurde. So berichteten einige interviewte Ehepaare, Geschwister und Freunde, dass man sich nach der Transplantation getrennt habe. Dankbarkeit ist somit ein Gefühl oder eine Haltung der Anerkennung sowohl einer materiellen Zuwendung (des Organs) als auch einer immateriellen Zuwendung (die Verletzlichkeit des Spenders), die ein Empfänger erhalten hat.

5 Schlussfolgerungen

Eine Lebendspende findet in ganz besonderer Weise nach den kulturellen Regeln einer Gabe zwischen Spendern und Empfängern statt. Die Gabe wird dabei von individuellen familiären Reziprozitätsregeln, die die Dynamik der Handlung unter den einzelnen Familienmitgliedern beeinflusst und strukturiert, ermöglicht.

Die Befunde verweisen nicht nur darauf, dass eine Lebendspende als kulturelles Ritual einer Gabe praktiziert wird, sondern dass die Betroffenen für diesen speziellen Austausch über keinerlei kulturelle Rituale verfügen. Es sollte daher die bisherige Rhetorik bei der Lebendspende und die angewendete kulturelle Austauschpraxis der Gabe überdacht werden. Es müssen Möglichkeiten gefunden werden, wie von institutioneller Seite die Schaffung solcher Rituale unterstützt werden könnte.

Die Thesen *Komters*,³³ Frauen würden in westlichen Gesellschaften häufiger geben, weil sie eine schwächere gesellschaftliche und wirtschaftliche Position gegenüber Männern haben und ihnen die Macht, die sie aufgrund des Schenkens als Investition in den gesellschaftlichen Rahmen bzw. familiären Rahmen einbringen können, sehr wohl bewusst ist, lassen sich in dieser dichotomen Trennung nach Frauen und Männern nicht wiederfinden. Die empirischen Befunde zeigen ein wesentlich differenzierteres Bild des Schenkens von Frauen bei einer Lebendspende. So verweisen die Betroffenen darauf, dass Schenken in Frauenleben unterschiedliche Bedeutungen beigemessen wird. Vor diesem Hintergrund muss daher berücksichtigt werden, dass Frauen als Geberinnen keine homogene Gruppe darstellen. Somit darf ihnen weder vorschnell eine altruistische Veranlagung noch eine soziale Unterdrückung unterstellt werden. Dies wurde auch im Zusammenhang mit Grenzverschiebungen in den Machtstrukturen bei den betroffenen Paaren deutlich. Für den Entscheidungsprozess wäre eine Sensibilisierung von Gender-Kategorisierungen hilf-

33 *Komter*, Gifts, 129.

reich, bei der die bisher gängigen Theorien zur Geschlechterdifferenzierung um weitere Facetten erweitert werden. Für eine genaue Analyse sind epidemiologische/biologische (Männer erkranken häufiger, Frauen nutzen seltener die Dialyse) und auch sozio-kulturelle Faktoren zu berücksichtigen, um das Phänomen Genderimbalance bei der Lebendspende in westeuropäischen Industriestaaten zu verstehen.

Die Konzentration auf die entscheidungsrelevanten Aspekte Reziprozität und Gabe verdeutlichte, dass Betroffene auf Rollenmuster und Rollenerwartungen nicht nur in ihrer Spender-Empfänger-Beziehung, sondern darüber hinaus auch in vielfältiger Weise in ihren Familien zurückgreifen. Erwartungen an die Rollen anderer in der Beziehung und der Familie sowie Rollendynamiken und -muster in einer reziproken Beziehung unterscheiden sich je nach Beziehungskonstellation bei der Lebendspende. Das medizinische Experten-Team sollte demgemäß die Patienten stärker in ihren Familienkonstellationen berücksichtigen. Bei ausgeprägten patriarchalen oder matriarchalen Strukturen sollten alternative Spendeoptionen thematisiert werden. Dies würde in erster Linie auf solche Eltern zutreffen, bei denen Mütter sich aus fürsorglichen Motiven als Spenderin aufdrängen oder – sollten sie nicht selber infrage kommen – die Spende von anderen Familienmitgliedern strikt einfordern. Andererseits erscheint es ebenso problematisch, wenn Männer in patriarchal geprägten Familien eine schnelle Entscheidung für eine Lebendspende herbeiführen wollen, indem sie die Entscheidung treffen und diese von den Familienmitgliedern geduldet wird.

Dr. des. Sabine Wöhlke, Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Humboldtallee 36, 37073 Göttingen;
E-Mail: sabine.woehlke@medizin.uni-goettingen.de