

Geschlecht und Organspende. Gesundheitspolitische Aspekte der Gender Imbalance

Winter, Merve

2009

<https://doi.org/10.25595/3159>

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Winter, Merve: *Geschlecht und Organspende. Gesundheitspolitische Aspekte der Gender Imbalance*, in: *Femina politica : Zeitschrift für feministische Politik-Wissenschaft*, Jg. 18 (2009) Nr. 1, 84–97. DOI: <https://doi.org/10.25595/3159>.

GenderOpen – Repository für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

Geschlecht und Organspende

Gesundheitspolitische Aspekte der Gender Imbalance

MERVE WINTER

In Deutschland ebenso wie europaweit besteht ein akuter Mangel an Spendeorganen. Für viele Erkrankungen mit einem irreversiblen Organversagen stellt eine Organtransplantation die entweder kostengünstigste (so z.B. beim Nierenversagen)¹ oder auch die einzige Behandlungsmöglichkeit dar und ist oftmals die Voraussetzung für ein Weiterleben der erkrankten Personen. Doch die Nachfrage an Organen steigt schneller als die Spendebereitschaft der Menschen, was zu immer längeren Wartezeiten auf ein Organ (z.B. Niere 5 bis 7 Jahre, Leber gut 2 Jahre) und erhöhten Sterberaten auf der Warteliste führt. Um dem Mangel an Organen abzuhelpen, sind unterschiedliche Modelle der Organspende rechtlich kodifiziert worden. In Deutschland stellte das seit Ende 1997 geltende Transplantationsgesetz (TPG) die in der Praxis schon seit vielen Jahrzehnten existierende Organspende auf eine rechtliche Grundlage. Das TPG legt die Vergaberegeln und den Kreis der SpenderInnen fest; ferner verbietet es den Handel mit Organen.

In den Diskussionen um Organspende wird, so meine These, zu wenig beachtet, dass die Spende-Modelle gesundheitspolitische Implikationen haben, die aus einer Geschlechterperspektive höchst relevant sind. Das Anliegen des Beitrags ist es, zunächst empirische Forschungsergebnisse zum Verhältnis von Geschlecht und Organspende vorzustellen und anschließend mögliche Strategien gegen den Organmangel im Hinblick auf das Kriterium Geschlechtergerechtigkeit zu diskutieren.

Beim Thema Organspende ist es wichtig, zwei verschiedene Arten von Spende zu unterscheiden, wobei interessanterweise bei beiden Transplantationsarten eine Geschlechterdifferenz konstatiert werden kann. Bei der *Lebendorganspende* wird einem/r lebenden SpenderIn ein Organ entnommen, um dieses einem kranken Angehörigen einzupflanzen. Bei der *Postmortalspende* hingegen werden die Organe von einem/r hirntoten SpenderIn entnommen und dann – anonym – an eine/n EmpfängerIn weitergeleitet. Während in der Postmortalspende mittlerweile Organe wie Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und sogar Teile des Darms verpflanzt werden können, werden in der Lebendspende bislang nur die Niere sowie Teilspenden von Leber und seltener noch Teilspenden von Lunge und Bauchspeicheldrüse transplantiert. Die meisten Organe kommen nach wie vor von hirntoten SpenderInnen, die vor ihrem Tod über diese Organspende verfügt haben. Der Anteil der Lebendnierentransplantationen ist zwar in den letzten zehn Jahren von 5% auf mittlerweile 19% gestiegen (vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007a), jedoch ist Deutschland damit weltweit Schlusslicht. In anderen Ländern wie beispielsweise den USA machen die Lebendspenden bereits 54% aller Nierentransplantationen aus, in europäischen Ländern wie Griechenland, Norwegen oder Spanien ebenfalls über 50% (vgl. Fornara 2007).

Geschlechterdifferenz in der Lebendorganspende

Aufgrund der größer werdenden Kluft zwischen PatientInnen auf der Warteliste und verfügbaren Spendeorganen, die zu einer langen Wartezeit auf ein Organ führt, entscheiden sich immer mehr PatientInnen für eine Lebendorganspende – so sie denn die Möglichkeit dazu haben. Die Ergebnisse der Lebendtransplantationen sind dabei hervorragend: Insgesamt haben Organtransplantationen heutzutage einen sehr hohen Standard erreicht. Bei einem verhältnismäßig geringen Risiko für den/die SpenderIn (vor allem bei der Nierenspende) ist der medizinische *outcome* besser als bei der Postmortalspende.² Die Organe der SpenderInnen weisen oft nach vielen Jahren noch eine hohe Funktionstüchtigkeit auf und die immunsuppressiven Medikamente werden ständig verbessert, so dass sich die zu Anfang der 1980er Jahre noch gravierenden Nebenwirkungen auf die OrganempfängerInnen inzwischen deutlich reduziert haben.

Allerdings bleibt das ethische Dilemma, dass eine gesunde Person durch einen ärztlichen Eingriff zunächst geschädigt und verletzt wird, um einer anderen Person zu helfen. Die Leberlebendspende gilt dabei als der risikoreichere Eingriff, denn das Mortalitätsrisiko für die SpenderInnen liegt hier bei ca. 1% und es wird eine längere Rekonvaleszenz benötigt. Dafür wächst bei der Lebendleberspende die Leber wieder auf ihre volle Größe nach, so dass eine vollständige Heilung des Spenders bzw. der Spenderin erreicht wird. Die Lebendnierenspende gilt hingegen als verhältnismäßig risikoarmer Eingriff für den/die SpenderIn; das Mortalitätsrisiko liegt hier bei 0,03%. Langzeitstudien konnten inzwischen belegen, dass LebendnierenspendeInnen auch nach vielen Jahren kein erhöhtes Morbiditäts- oder Mortalitätsrisiko haben. Im Gegenteil: Statistisch betrachtet leben OrganspenderInnen sogar länger als die Durchschnittsbevölkerung; dies ist jedoch als ein Artefakt zu interpretieren, da nur sehr gesunde Menschen überhaupt zur Organspende zugelassen werden.

In den letzten Jahren ist die so genannte *gender imbalance* innerhalb der Lebendorganspende in den Blick geraten und vermehrt diskutiert worden (vgl. Biller-Andorno 2002; Schicktanz u.a. 2006; Winter/Decker 2006): Frauen sind demnach deutlich häufiger Organspenderinnen als Organempfängerinnen. Hierbei handelt es sich um ein weltweites Phänomen, das auch bei steigenden Transplantationszahlen stabil bleibt, jedoch nicht in allen Ländern gleich stark ausgeprägt ist. In Deutschland können wir ungefähr von einer Zwei-Drittel/Ein-Drittel-Verteilung sprechen, das heißt: Frauen spenden zu fast zwei Dritteln die Organe, während Männer sie zu zwei Dritteln empfangen. In der Schweiz sieht es ähnlich aus (vgl. Schicktanz u.a. 2006); in anderen Ländern ist die Geschlechterdifferenz im Spendeverhalten allerdings weniger ausgeprägt.

Als Erklärung für diese Geschlechterunterschiede liegt nahe, dass Männer häufiger an der *Endstage Renal Disease* (ESRD) erkranken, einer Nierenerkrankung im Endstadium, die zum Funktionsausfall beider Nieren führt; Frauen sind dann – z.B. als Partnerinnen – häufiger Spenderinnen. Allerdings konnte diese Vermutung in Studien aus den USA, der Schweiz und Deutschland inzwischen widerlegt werden.

Eine Studie aus Norwegen hingegen bestätigte diese Annahme. All diese Studien verglichen die zu erwartenden Geschlechterkombinationen für die Lebendniere spende und den Empfang von Nieren mit den realen Spendekonstellationen. In der Studie zu Deutschland wurde die tatsächliche Bevölkerungsverteilung mit 51,1% Frauen und 48,9% Männer als potentielle SpenderInnenpopulation angenommen; die erwartete Geschlechterverteilung auf der Empfängerseite wurde durch Multiplikation mit der Geschlechterverteilung bei ESRD in der jeweiligen SpenderIn-EmpfängerIn-Kombination errechnet (vgl. Schicktanz u.a. 2006). Ergebnis ist, dass in Deutschland der Anteil der Frauen an den SpenderInnen höher war als der rein rechnerisch zu erwartende Wert. Am häufigsten spenden Ehefrauen und Mütter. Für die USA konstatierten Kayler u.a. (2003) und für die Schweiz Thiel u.a. (2005) ebenfalls eine statistisch signifikante Benachteiligung der Frauen auf der EmpfängerInnen-Seite sowie eine überdurchschnittliche Häufigkeit von Organspenderinnen. In Norwegen allerdings ergibt sich der Unterschied auf der EmpfängerInnen-Seite tatsächlich aus der höheren Erkrankungsrate von Männern (vgl. Øien u.a. 2005). Wie ist diese höhere Spendebereitschaft von Frauen zu erklären? Zur Erfassung dieses Phänomens liegen erste empirische Ergebnisse vor, weitere qualitative wie quantitative Studien sind aber erforderlich. Die vorliegenden Studien enthalten Hinweise darauf, dass die stärkere Spendebereitschaft von Frauen auf ein höheres altruistisches Grundverständnis zurückgeht als Ergebnis weiblicher Sozialisation. Für diese These haben auch wir Anhaltspunkte gefunden in unserer repräsentativen Befragung vom August 2005 (vgl. Decker u.a. 2008)³ (zur Stichprobe s. Tabelle 1).

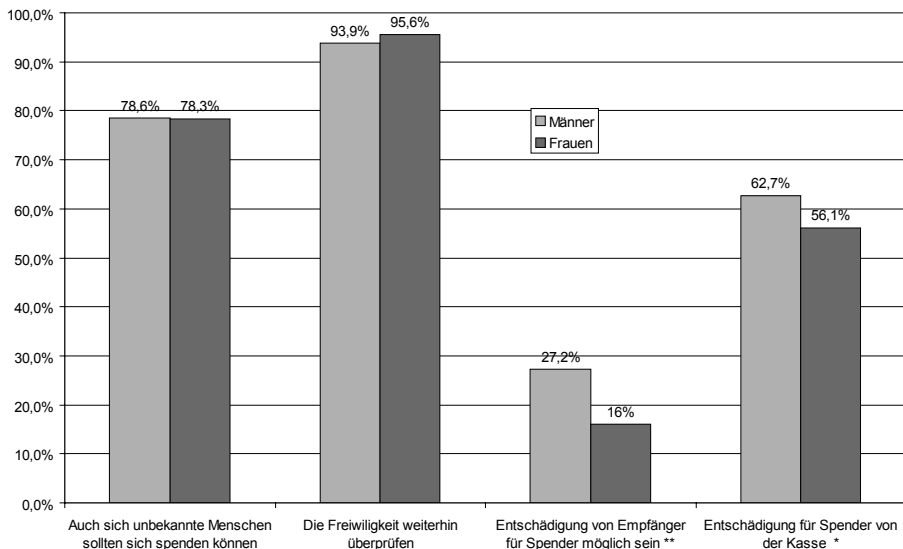
Tabelle 1: Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Stichprobe	Männlich (N=431)		Weiblich (N=569)		Gesamtwert (N=1000)	
Alter						
Mittelwert	43,64		45,24		44,55	
Standardabweichung	18,57		17,93		18,22	
Altersspanne	14-92		14-87		14-92	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
West	356	82,6	448	78,73	804	80,4
Ost	75	17,4	121	21,27	196	19,6
Schulabschluss						
Ohne Abitur	230	53,73	360	63,71	590	59,41
Abitur	72	16,82	99	17,52	171	17,22
Studium	97	22,66	78	13,81	175	17,62
SchülerIn	29	6,78	28	4,96	57	5,74

In dieser Befragung wurden die Einstellungen der Deutschen zur Lebend- und zur Postmortalspende erfragt. In der Auswertung wurde ein besonderes Augenmerk auf die Geschlechterdifferenzen gelegt.

Die Ergebnisse (Diagramm 1) verdeutlichen, dass Frauen deutlich häufiger als Männer Bonussysteme im Rahmen der Lebendorganspende ablehnten: 27,2% der Männer aber nur 16% der Frauen befürworteten eine Entschädigung des Spenders bzw. der Spenderin durch den/die OrganempfängerIn. Hingegen findet eine Entschädigung durch die Krankenkasse bei den meisten Befragten eine Mehrheit, allerdings auch hier mit einem leichten Geschlechterunterschied (Männer: 62,7%; Frauen: 56,1%).

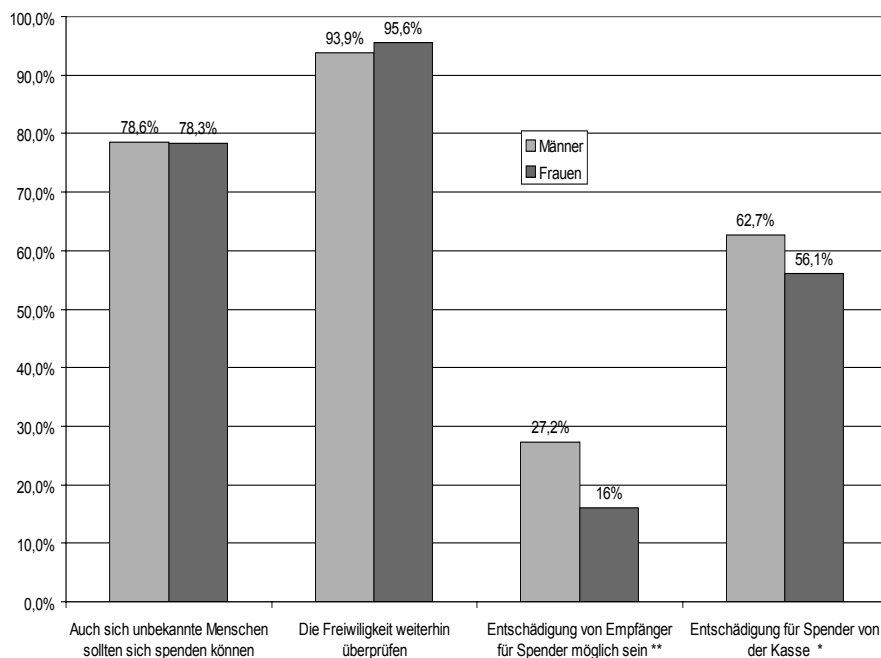
Diagramm 1: Einstellung zur Lebendorganspende



Zur Bestimmung der Bedeutsamkeit der Unterschiede wurde eine Chi-Quadrat-Testung durchgeführt. Bedeutsame Unterschiede wurden mit * = ($p < 0.05$) gekennzeichnet, sehr bedeutsame Unterschiede mit ** = ($p < 0.001$).

Mit Blick auf die Spendebereitschaft zeigen die Ergebnisse in Teilen klare Geschlechterdifferenzen (Diagramm 2). Annähernd gleich häufig (jeweils weit über 90%) würden Männer und Frauen dem eigenen Kind, dem/der LebenspartnerIn oder dem eigenen Elternteil ein Organ spenden. Die Spendebereitschaft von Frauen ist hingegen wiederum weit ausgeprägter bei den sonstigen Verwandten (Frauen: 72%; Männer: 63,5%) und bei guten FreundInnen (Frauen: 77,7%; Männer: 70,3%). Und selbst Unbekannten würden Frauen signifikant häufiger spenden (36,8%; Männer: 27,4%).

Diagramm 2: Spendebereitschaft



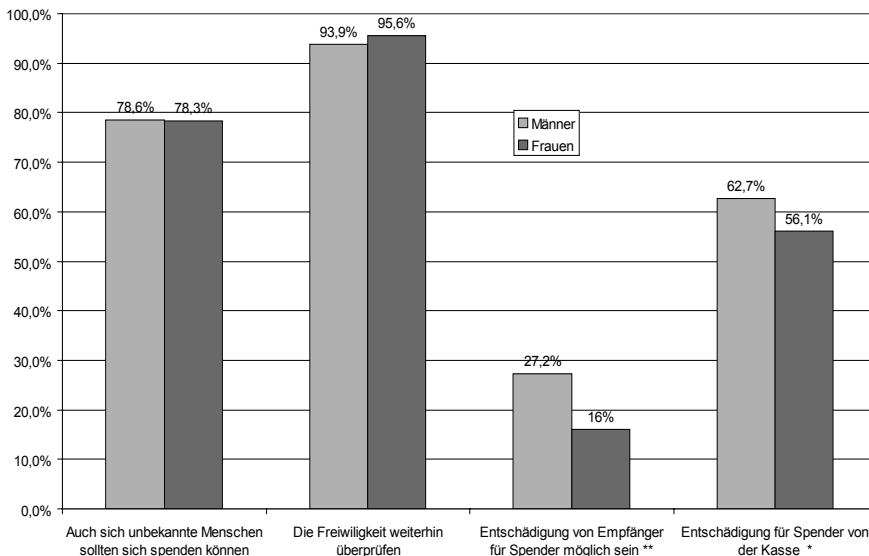
Doch zeigt die Praxis der Lebendorganspende, dass es faktisch gerade *nicht* so ist, dass in nahen Verwandtschaftsverhältnissen Männer und Frauen gleich häufig spenden. Vor diesem empirischen Hintergrund haben wir das Antwortverhalten der ProbandInnen dahingehend interpretiert, dass hier von Männern und Frauen vermehrt im Sinne der sozialen Erwünschtheit geantwortet wurde. Zugleich zeigt sich in dem Antwortverhalten eine stärkere pro-soziale Grundhaltung der Frauen, die sodann in der Praxis zu einer real höheren Spendebereitschaft von Frauen im Rahmen der Lebendorganspende führt.

Das Ergebnis, dass Männer Bonussysteme stärker befürworten, konnte interessanterweise auch eine Studie aus dem Iran zeigen: Dort wurden zwischen 1986 und 1992 1.500 LebendnierenspendeInnen und EmpfängerInnen untersucht. Bei der (unbezahlten) Spende zwischen Verwandten war das Geschlechterverhältnis nahezu ausgewogen, während bei der durch eine Geldsumme vom Staat und ein (Geld-) Geschenk vom Spender belohnten Spende von Nicht-Verwandten die männlichen Spender 91% und die weiblichen nur 9% ausmachten (vgl. Ghods/Nasrollahzadeh 2003).⁴

Geschlechterdifferenz in der Postmortalspende

Im Bereich der Postmortalspende sind die Geschlechterunterschiede zunächst nicht so stark ausgeprägt und sie werden weniger intensiv diskutiert. Allerdings bestehen bei näherer Betrachtung auch hier aufschlussreiche Unterschiede, wie unsere Befragung verdeutlicht. Die Ergebnisse unserer Studie zu den Einstellungen der Deutschen zur Organspende (vgl. Decker u.a. 2008) ähneln in weiten Teilen den Ergebnissen einer Repräsentativerhebung, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführt wurde (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001). Allerdings haben wir unsere Daten systematisch nach Geschlecht aufgeschlüsselt, was gezieltere Aussagen über die Geschlechterunterschiede zulässt. Die Ergebnisse (Diagramm 3) zeigen, dass zwischen der sogenannten aktiven und passiven Spendebereitschaft nach wie vor eine große Kluft besteht: Während über die Hälfte der BundesbürgerInnen (ca. 60%) eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber der Organspende hat (passive Spendebereitschaft), besaßen deutlich weniger Menschen (nur 13%) real einen Organspendeausweis (aktive Spendebereitschaft). In diesem Punkt bestehen zwischen Männern und Frauen in Deutschland keine Unterschiede, wohl aber im europäischen Vergleich. Eurobarometer-Daten zeigen, dass 14% der Frauen und nur 10% der Männer einen Organspendeausweis haben (vgl. Eurobarometer 2007).

Diagramm 3: Aktive und passive Akzeptanz der Organspende



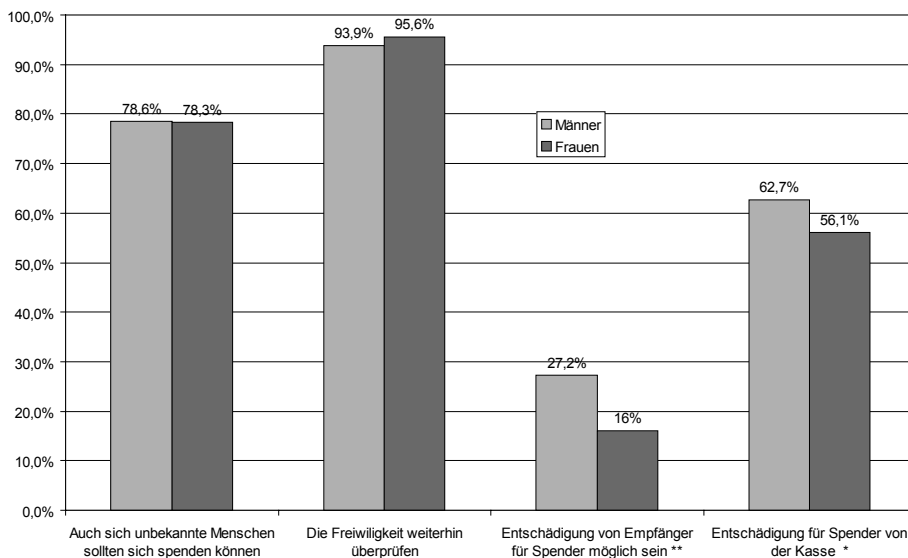
Es gibt aber noch weitere Unterschiede: Frauen lehnen signifikant weniger häufig als Männer eine Organspende grundsätzlich ab (Frauen: 16,5%; Männer: 22,5 %).

In der Erhebung der BZgA (2001) wurde zudem deutlich, dass Frauen sich im Vergleich zu den Männern intensiver mit dem Thema Organspende auseinandergesetzt hatten (Frauen: 36%; Männer: 28%); dieses Ergebnis findet sich auch auf europäischer Ebene (Frauen 45%; Männer 36%) (vgl. Eurobarometer 2007).

In einer weiteren Studie der BZgA (2003) wurden Jugendliche nach ihrer Einstellung zur Organspende befragt. Ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung weisen Jugendliche eine hohe generelle Akzeptanz der Organspende auf, allerdings ist sie bei den Mädchen (88%) höher als bei den Jungen (82%). Bei der *aktiven Akzeptanz* (Einverständnis zur Organentnahme nach dem Tod) stimmten immerhin noch 68% der Jugendlichen zu; auch hier überwiegen die Mädchen (72%) gegenüber den Jungen (64%). Mädchen wussten zudem mit knapp 60% deutlich häufiger, was ihre Angehörigen oder FreundInnen über die Organspende denken als Jungen (39%). Trotz der generell positiven Einstellung zur Organspende besitzen Jugendliche ähnlich wie die Gesamtbevölkerung nur selten einen Organspendeausweis (11%), doch auch hier sind die Mädchen (14%) stärker vertreten als die Jungen (8%).

Das für die Lebendorganspende konstatierte höhere altruistische Grundverständnis von Frauen im Vergleich zu den Männern findet sich auch in der Einstellung zur Postmortal spende wieder. So fragten wir ganz konkret nach der Zustimmung zu verschiedenen Gratifikationsmodellen (Diagramm 4). Dem Modell, wonach der- oder diejenige, der/die einen Organspendeausweis hat, einen besseren Platz auf der Warteliste bekäme (Clubmodell), stimmten 53,6% der Männer, jedoch nur 42,1% der Frauen zu.

Diagramm 4: Zustimmung zu Bonussystemen



Auch einen finanziellen Zuschuss zur Beerdigung als Anerkennung für den Besitz eines Organspendeausweises fand nur bei 42,2% der Frauen, hingegen aber bei 51%

der Männer Zustimmung. Diese Unterschiede sind hoch signifikant und verdeutlichen, dass Gratifikationssysteme in Deutschland offenbar unter Männern eine – wenngleich auch knappe – Mehrheit finden würden, unter Frauen jedoch nicht.

Organmangel und gesetzliche Spenderegeln in Deutschland und Europa

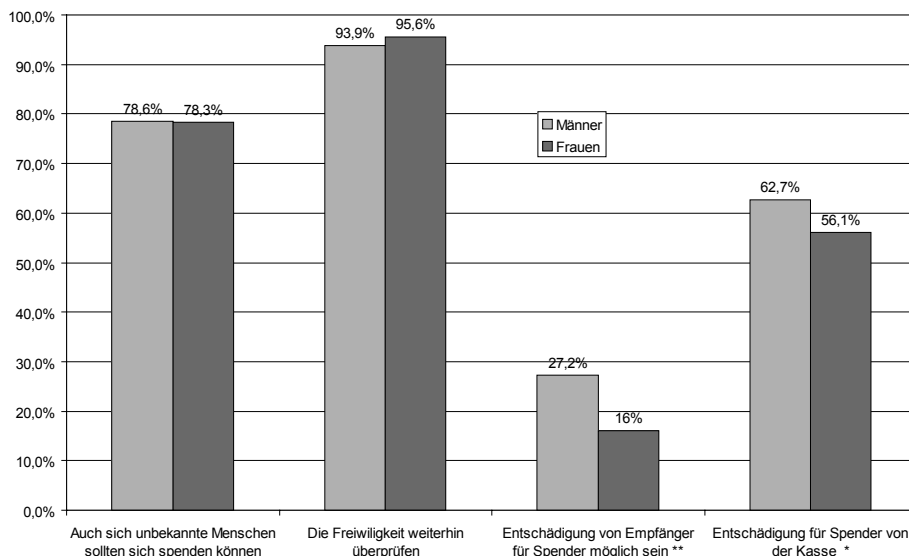
Der steigende Bedarf und gleichzeitige Mangel an Organen ist ein europäisches Problem (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007). Gleichwohl ist der Organmangel in den einzelnen europäischen Ländern unterschiedlich ausgeprägt. Er ist – so die These – nicht unabhängig von der jeweiligen gesetzlich festgelegten Spenderegelung. Zwei Grundformen der Regelung können unterschieden werden: die Zustimmungs-, und die Widerspruchs- bzw. die Informationsregelung. In Deutschland gilt ebenso wie in Dänemark, Griechenland, Großbritannien, den Niederlanden und der Schweiz die sogenannte *Erweiterte Zustimmungsregelung*. Diese besagt, dass der Verstorbene zu Lebzeiten, z.B. durch den Besitz eines Organspendeausweises, einer Organentnahme zugestimmt haben muss. Liegt keine Zustimmung vor, entscheiden die Angehörigen über eine Entnahme; dabei sollen sie den mutmaßlichen Willen des/der Verstorbenen berücksichtigen. Da in Deutschland lediglich 13% einen Organspendeausweis haben, dürfte dies also eher die Regel als die Ausnahme sein.

In der Überzahl sind die Länder mit einer so genannten *Widerspruchsregelung*. Dieser Regelung zufolge gilt jeder bzw. jede zunächst als potentielle/r OrganspenderIn – es sei denn, er bzw. sie hat zu Lebzeiten einer Organentnahme ausdrücklich widersprochen. Diese Regelung gilt in Italien, Luxemburg, Österreich, Portugal, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn. Auch in Belgien, Finnland und Norwegen besteht die Widerspruchsregelung, aber hier haben die Angehörigen ein gesetzlich verankertes Einspruchsrecht. In Ländern wie Spanien und Österreich, wo dieses Einspruchsrecht formal nicht in der Weise besteht, wird in der Praxis gleichwohl nur mit dem Einverständnis der Angehörigen transplantiert.

In Frankreich und Schweden gilt die sogenannte *Informationsregelung*, nach der der Gesetzgeber ähnlich wie bei der Widerspruchsregelung grundsätzlich von einer Bereitschaft zur Organspende ausgeht, solange kein ausdrücklicher Widerspruch vorliegt. Der einzige Unterschied besteht darin, dass die Angehörigen in jedem Falle über die geplante Entnahme informiert werden, auch wenn ihnen kein Einspruchsrecht zusteht. Widerspruchs- wie Informationsregelung haben gegenüber der erweiterten Zustimmungsregelung den Vorteil, dass die BürgerInnen einmalig zu einer kurzen Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende gezwungen werden und sie einen Widerspruch gegebenenfalls an zentraler Stelle (z.B. einem Widerspruchsregister) einlegen müssen. Die Konsequenzen der drei Regelungsmodelle für das faktische Organspendeverhalten liegen auf der Hand: Länder, in denen Widerspruchs- oder Informationsregelung gelten, weisen deutlich höhere Spendezahlen auf: Während in

Deutschland nur 13 Organspenden pro eine Million EinwohnerInnen zu verzeichnen sind, sind es in Österreich und Belgien mit 25 und Spanien mit 34 Organspenden pro Million EinwohnerInnen doppelt bzw. fast dreifach so viel (vgl. Fornara 2007). Die in Deutschland herrschende erweiterte Zustimmungslösung fand in unserer Untersuchung die breiteste Zustimmung (über 85%). Allerdings zeigt unsere Studie (Diagramm 5), dass auch in Deutschland eine Widerspruchslösung von einer Mehrheit akzeptiert werden würde (72%). Signifikante Geschlechterunterschiede zeigten sich in der Akzeptanz der Spenderegelungen nicht.

Diagramm 5: Zustimmung in Deutschland zu verschiedenen Spenderegelungen



Gesundheitspolitische Strategien gegen den Organmangel

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Organmangel-Situation in Deutschland werden immer wieder Strategien diskutiert, wie dieser Mangel behoben werden könnte. Das Transplantationsgesetz von 1997 hat zwar die Organspende auf eine rechtliche Grundlage gestellt und damit grundlegende Ziele wie Vertrauensbildung und Schaffung von Transparenz erfolgreich umgesetzt, aber es hat nicht zu einem höheren Organaufkommen geführt (DSO 2007b). Vor dem Hintergrund der Regelungen in anderen europäischen Ländern und der prinzipiellen Akzeptanz für eine Widerspruchslösung auch in Deutschland (vgl. Diagramm 5) liegt es nahe, eine Änderung des TPG ins Auge zu fassen. Tatsächlich gibt es Ansätze, das bestehende TPG zu überdenken.

So hat der Nationale Ethikrat (2007) zum Problem des Organmangels Stellung genommen und plädierte in seinen Schlussfolgerungen für die stufenweise Einführung

der Widerspruchslösung. Von Seiten der Deutschen Stiftung Organtransplantation (vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007b) spricht man sich dagegen eher für eine konsequente Ausschöpfung und Umsetzung des bestehenden Gesetzes aus, bevor eine Gesetzesänderung erwogen wird. Das Hauptproblem wird in den Kliniken und einem dort immer noch nicht funktionierenden Transplantationssystem gesehen, v.a. in der Nicht-Meldung von potentiellen Organspendern. Diese Einschätzung gravierender Mängel und Versäumnisse in den Kliniken wird auch vom Nationalen Ethikrat geteilt, weswegen er in seinen Schlussfolgerungen geeignete gesetzgeberische Maßnahmen empfiehlt, damit „die Krankenhäuser ihrer Pflicht zur Meldung potentieller postmortaler Organspender in höherem Ausmaß als bisher nachkommen“. Außerdem plädiert er „für eine ausreichende Erstattung aller Kosten zu sorgen, die den Krankenhäusern im Zusammenhang“ mit einem effektiven Meldesystem entstehen (Nationaler Ethikrat 2007, 53).

Die Einführung der Widerspruchsregelung wird allerdings von politischer Seite abgelehnt. Auch in wissenschaftlichen Beiträgen wird immer wieder darauf verwiesen, dass hohe Spendezahlen nicht zwingend durch die Art der gesetzlichen Regelung erklärbar seien. Es gäbe, so etwa Nett u.a. (2003) oder Riedel (2005), keine Erkenntnisse darüber, wie sich z.B. die Widerspruchsregelung quantitativ auf die Organspendezahlen auswirke, vielmehr müsse auch eine „Organspendekultur“ berücksichtigt werden. Als Beispiel werden Regionen angeführt, in denen die Spendezahlen weit über dem Bundesdurchschnitt liegen, dies ist z.B. in Mecklenburg-Vorpommern der Fall (vgl. Klar et al. 2006). Dort gibt es statistisch betrachtet genauso viele OrganspenderInnen pro eine Million EinwohnerInnen wie in Spanien, Österreich oder Belgien, wo die Widerspruchsregelung gilt. Dennoch sprechen die europäischen Zahlen für sich und an der kaum bestreitbaren Tatsache – dass nämlich in Ländern, in denen die erweiterte Zustimmungsregelung gilt, ein stärkerer Organmangel herrscht als in Ländern mit der Widerspruchslösung – ändert dies nichts. Ob von politischer Seite in den nächsten Jahren den Empfehlungen des Nationalen Ethikrates gefolgt werden wird, muss sich noch zeigen. Derzeit sieht es nicht danach aus.

Eine weitere Möglichkeit, die Spendebereitschaft zu erhöhen, wäre die Einführung von Bonussystemen, die aber auf politischer Ebene bislang keine Unterstützung findet. Bei dem im Jahr 2003 von der DSO und ihren europäischen Schwersternorganisationen organisierten europäischen Forum „Allianz für Organspende“⁵ sprachen sich alle beteiligten Partnerorganisationen für die ethischen Grundsätze einer altruistischen, solidarischen Organspende und gegen materielle Anreize aus (vgl. Möhrle 2003, 597). So ist nach dem TPG jede Art der Bezahlung für eine Organspende als Organhandel anzusehen.⁶ Diese pauschale Ablehnung jeder Art von Bonussystem ist jedoch problematisch. Riedel (2005) weist meiner Ansicht nach zurecht daraufhin, dass bei dieser pauschalen Ablehnung in keiner Weise zwischen der Lebendspende und der Postmortalspende unterschieden wird, dass dies aber sehr wohl einen Unterschied mache: Ein einmaliger steuerlicher Vorteil bei Vorlage eines Organspendeausweises wäre nach Riedel in ethischer Hinsicht ebenso unproblematisch wie

ein Zuschuss zur Beerdigung. Hierbei würde es sich um eine Geste der Solidargemeinschaft handeln; zudem würde in ersterem Fall nur die Bereiterklärung entlohnt, nicht aber die Organspende selbst. Riedel lehnt alle sogenannten Club- oder Solidaritätsmodelle ab, nach denen eine frühzeitige Bereiterklärung zur Spende zu einer Bevorzugung auf der Warteliste führen könnte. Dies würde in der konkreten Handhabung sehr viele Probleme mit sich bringen, die letztlich vermutlich in vielen Fällen zu Ungerechtigkeiten gegenüber schlecht informierten oder religiös gebundenen Menschen führen würden.

Nicht zuletzt wird ein weiterer Aspekt in den Diskussionen um die Erhöhung der Organspendezahlen immer noch zu wenig berücksichtigt: Wie Eurobarometer-Daten zeigen, ist Bildung ein entscheidender Faktor in Bezug auf die Organspendebereitschaft. Mit steigender Schulbildung gibt es eine positivere Einstellung zur Organspende und das Thema wird deutlich häufiger im Familienkreis diskutiert (20 Prozentpunkte). Zudem steigt mit höherer Schulbildung die Bereitschaft, ein Organ eines verstorbenen Familienmitglieds zu spenden, ebenso wie die eigene Spendebereitschaft und der Besitz eines Organspendeausweises. Den stärksten Einfluss auf das Spendeverhalten hat jedoch die Frage, ob über das Thema Organspende bereits im familiären Rahmen diskutiert worden ist oder nicht (vgl. Eurobarometer 2006).

Diskussion der Ergebnisse

Was bedeutet dies nun aus der Geschlechterperspektive? Aus einer feministischen gesundheitspolitischen Perspektive ist eine Erhöhung des Männeranteils unter den SpenderInnen und eine Erhöhung des Frauenanteils unter den EmpfängerInnen durchaus wünschenswert. Dabei stimme ich Biller-Andorno (2002) zu, dass es nicht grundsätzlich darum gehen kann und sollte, Frauen vom Spenden abzuhalten. Die Frage müsste eher lauten: Wie können Männer in der Lebendspende mehr zum Spenden motiviert werden und welche Strategien zur Erhöhung des Organmangels wären „geschlechtergerecht“?

Man kann davon ausgehen, dass dem gravierenden Organmangel in Deutschland künftig zu einem nicht unwesentlichen Teil (zumindest bei den Nieren- und Lebertransplantationen) auch durch eine Erhöhung der Spendezahlen in der Lebendorganspende begegnet werden wird. Da bei dieser Spendeform die Geschlechterdifferenz besonders ausgeprägt ist und auch bei steigenden Spendezahlen weiter wächst, müssten Männer verstärkt zum Spenden in der Lebendorganspende motiviert werden. Dabei wird – etwa bei der Lebendnierenspende – eine Erhöhung des Anteils männlicher Organe auch unter medizinischen Gesichtspunkten bisweilen diskutiert und favorisiert. Einige Studien behaupten nämlich, dass männliche Nieren vor allem bei männlichen Empfängern, aber auch im Allgemeinen besser verträglich und länger haltbar seien als weibliche Nieren (vgl. Kayler u.a. 2003; Kwon u.a. 2005). Allerdings widersprechen sich die Studienergebnisse in Bezug auf die Qualitäten von männlichen und weiblichen Nieren. Ferner wird aus vielen Studien nicht

ersichtlich, inwiefern dort geschlechterrelevante Verhaltensweisen auf der EmpfängerInnenseite, wie z.B. Ernährung, Sport, Hygiene, Compliance etc. mit berücksichtigt wurden. Wenn diese Ergebnisse aus medizinischer Sicht auch von einigem Interesse sein mögen, so mutet die Botschaft doch insgesamt zynisch an: Die „rareren männlichen Nieren“ sollen nun auch noch die „höherwertigen“ sein – gleichzeitig wird aber von Frauen weiterhin die Spende ihrer leider nur „zweitbesten“ Organe erwartet. Eine Forderung, den männlichen Spendenanteil zu erhöhen, die mit dieser Begründung argumentiert, bleibt also in gewisser Weise ein zweiseitiges Schwert, solange nicht gesicherte medizinische Forschungserkenntnisse zu diesem Sachverhalt vorliegen.

Schließlich stellt sich die Frage, warum die Einführung von Bonussystemen auch in der Postmortalspende so vehement abgelehnt wird. Vor dem Hintergrund der dargestellten Studienergebnisse, dass bei Frauen sozialisationsbedingt offensichtlich eine höhere altruistische Grundposition anzutreffen ist, lässt sich mit Decker u.a. (2008) die Frage aufwerfen, ob eine Betonung der rein altruistischen Spendemotivation, wie sie in Deutschland durch den Gesetzgeber und durch Institutionen wie die DSO propagiert wird, nicht indirekt eine Diskriminierung der „spendefreudigeren“ Frauen bedeutet. Biller-Andorno (2002) hat bereits auf Frauen als „vulnerable Gruppe“ bei den OrganspenderInnen hingewiesen. Vor dem Hintergrund unserer Studienergebnisse könnte die Einführung von Anreizsystemen in der Postmortalspende zumindest eine Möglichkeit darstellen, den Anteil der spendenden Männer zu erhöhen. Ob man Anreizsysteme politisch unterstützt, ist indes eine heikle Frage und soll hier nicht beantwortet werden. Zumindest in der Lebendorganspende wäre eine solche Regelung wohl höchst problematisch und würde dem Organhandel Tür und Tor öffnen. Dies müsste aber nicht unbedingt in gleichem Umfang für die Postmortalspende gelten. In jedem Fall wäre es aus einer feministischen gesundheitspolitischen Perspektive wünschenswert, wenn in den Diskussionen um die Möglichkeiten, die Spendezahlen zu erhöhen, die Geschlechterunterschiede und ihre Bedeutung stärker mit reflektiert werden würden. Stattdessen wird bislang im Bereich der Organspende die offensichtlich stärker ausgeprägte altruistische Grundhaltung von Frauen ebenso selbstverständlich in Anspruch genommen, wie das bereits größtenteils in der unbezahlten Alten- und Krankenpflege oder in anderen gesellschaftlichen Bereichen der Fall ist.

Anmerkungen

- 1 Die einmalige Nierentransplantation ist kostengünstiger als lange Jahre an der Dialyse.
- 2 Es kommt seltener zu Spontanabstoßungen, die Funktionsraten nach einer Lebendspende sind um 10 bis 15% besser und die EmpfängerInnen leben statistisch betrachtet länger als nach einer Postmortalspende.
- 3 Die Untersuchung wurde durch das unabhängige Meinungsforschungsinstitut USUMA durchgeführt. Dafür wurden in der Zeit vom 15. bis 17.08.2005 insgesamt 1.000 Telefoninterviews mit einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe durchgeführt.
- 4 Sicherlich müssten hier auch die von den AutorInnen besprochenen kulturellen Unterschiede in Hinblick auf das Geschlechterverhältnis reflektiert werden.

- 5 Das Forum fand unter Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMG) sowie mit Beteiligung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) statt.
- 6 Diese Auffassung wird auch international geteilt: Internationale Konventionen wie die Biomedizinkonvention des Europarates und die EU-Charta der Grundrechte fordern, dass der menschliche Körper und Teile davon nicht zur Erzielung eines finanziellen Gewinns verwendet werden dürfen.

Literatur

Biller-Andorno, Nikola, 2002: "Gender Imbalance in Living Organ Donation". *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vol. 5 No. 2, 199-204.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2003: Einstellungen Jugendlicher zum Thema Organspende. Repräsentativbefragung Mai 2003. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2001: Die Organspendebereitschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse der wichtigsten Ergebnisse. Bericht. Köln.

Decker, Oliver/Beutel, Manfred/Winter, Merve/Brähler, Elmar, 2008: „Sex Sells? Geschlechterunterschiede und Anreizmodelle – Die Einstellung der Deutschen zur Organspende“. *Transplantationsmedizin*. 20. Jg. H. 1, 48-53.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), 2007a: Organspende und Transplantation in Deutschland 2007. Neu-Isenburg.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), 2007b: Presseinformation. 10 Jahre Transplantationsgesetz. Wege gemeinsam gehen. Neu-Isenburg. Internet: http://www.vod-ev.de/pdf_dateien/PM_10JahreTPG_010607.pdf (16.10.08).

Eurobarometer, 2007: Europeans and Organ Donation. Fieldwork October – November 2006. Report. Brussels.

Fornara, Paolo, 2007: Nierentransplantation – Widerspruchslösung und Subsidiarität der Lebendspende auf dem Prüfstand. Rede auf dem 59. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Berlin. Internet: http://www.mensch-und-krebs.de/modules.php?op=modload&name=PageEd&file=indx&printerfriendly=1&page_id=359 (15.10.08).

Ghods, Ahad J./Nasrollahzadeh, Dariush, 2003: "Gender Disparity in a Live Donor Renal Transplantation Program. Assessing From Cultural Perspectives". *Transplantation Proceedings*. Vol. 35 No. 7, 2559-2560.

Kayler, Liise K./Rasmussen, Cynthia S./Dykstra, Dawn M./Ojo, Akinlolu O./Port, Friedrich K./Wolfe, Robert A./Merion, Robert M., 2003: "Gender Imbalance and Outcomes in Living Donor Renal Transplantation in the United States". *American Journal of Transplantation*. Vol. 3 No. 4, 452-458.

Klar, Ernst/Gabel, Doris/Wesslau, Claus, 2006: „Mecklenburg-Vorpommern ist Spitze in Organspende. Kongressbericht“. *Ärztblatt Mecklenburg-Vorpommern*. 16. Jg. H. 4, 121-123.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2007a: Arbeitsdokument der Kommissionsdienststellen. Anhang zur Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat. Organspende und -transplantation. Maßnahmen auf EU-Ebene. Zusammenfassung der Folgenabschätzung. SANCO C6. Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/documents/organs_impact_sum_de.pdf (16.10.08).

Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2007b: Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat. Organspende und -transplantation. Maßnahmen

auf EU-Ebene. KOM (2007) 275 endg. Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/documents/organs_com_de.pdf (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/documents/organs_com_de.pdf 16.10.08).

Kwon, Oh-Jung/Kwak, Jin-Young/Kang, Choong-Min, 2005: "The Impact of Gender and Age Matching for Long-Term Graft Survival in Living Donor Renal Transplantation". *Transplantation Proceedings*. Vol. 37 No. 2, 726-728.

Möhrle, Katja, 2003: „Europäisches Forum ‚Allianz für Organspende‘ in Frankfurt. Gemeinsame Erklärung der sechs Partnerländer". *Hessisches Ärzteblatt*. 64. Jg. H. 11, 597/98.

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

Nett, Philipp C./Stüssi, Georg/Weber, Markus/Seebach, Jörg D., 2003: „Transplantationsmedizin. Strategien gegen den Organmangel". *Schweizerisches Medizin Forum*. 3. Jg. H. 24, 559-568.

Øien, Cecilia M./Reisæter Varberg, Anna/Leivestad, Torbjørn/Pfeffer, Per/Fauchald, Per/Os, Ingrid, 2005: "Gender Imbalance among Donors in Living Kidney Transplantation. The Norwegian Experience". *Nephrology Dialysis Transplantation*. Vol. 20 No. 4, 783-789.

Riedel, Ulrike, 2005: Organmangel – gesetzgeberischer Handlungsbedarf bei der postmortalen Organspende? Rede auf der 14. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft in Rostock am 24. September 2005. Internet: <http://www.rechtsanwaeltin-riedel.de/pdf/Organmangel-%20gesetzgeberischer%20Handlungsbedarf.pdf> (29.01.09).

Schicktanz, Silke/Rieger, Jochem W./Lüttenberg, Beate, 2006: „Geschlechterunterschiede bei der Lebendnierentransplantation. Ein Vergleich bei globalen, mitteleuropäischen und deutschen Daten und deren ethische Relevanz". *Transplantationsmedizin*. 18. Jg. H. 2, 83-90.

Thiel, Gilbert T./Nolte, Christa/Tsinalis, Dimitrios, 2005: "Gender Imbalance in Living Kidney Donation in Switzerland". *Transplantation Proceedings*. Vol. 37 No. 2, 592-594.

Winter, Merve/Decker, Oliver, 2006: „Gender-Aspekte in der SpenderIn-EmpfängerInbeziehung bei Lebendorganspende". In: Manzei, Alexandra/Schneider, Werner (Hg.): *Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und Gesellschaftliche Praxis*. Münster, 225-247.

