GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Ambivalente Praxen der (Re-)Produktion : Fürsorge, Bioökonomie und Geschlecht in der Lebendorganspende

Motakef, Mona; Wöhlke, Sabine

2013

https://doi.org/10.25595/1771

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Motakef, Mona; Wöhlke, Sabine: *Ambivalente Praxen der (Re-)Produktion : Fürsorge, Bioökonomie und Geschlecht in der Lebendorganspende*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 5 (2013) Nr: 3, 94–113. DOI: https://doi.org/10.25595/1771.

Diese Publikation wird zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Verlag Barbara Budrich.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY 4.0 Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY 4.0 License (Attribution). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Aufsätze: Offener Teil

Mona Motakef, Sabine Wöhlke

Ambivalente Praxen der (Re-)Produktion. Fürsorge, Bioökonomie und Geschlecht in der Lebendorganspende[1]

Zusammenfassung

Frauen spenden wesentlich häufiger Organe, während Männer häufiger Organe empfangen. Wie sich dieses Geschlechterverhältnis in der Lebendorganspende begründet, ist bisher wenig erforscht. Ziel des Beitrags bildet die Entwicklung einer Genderperspektive auf die Lebendorganspende. Unsere These lautet, dass Lebendorganspenden eine ambivalente und vergeschlechtlichte Praxis der (Re-)Produktion darstellen. Mit Rückgriff auf Marx und seine geschlechtersoziologischen Kritiken sowie anknüpfend an bioökonomische Arbeiten erarbeiten wir ein doppeltes Verständnis von (Re-)Produktion als Selbst- und Fürsorge und als eine (Wieder-)Herstellung von Lebensprozessen. Auf der Basis von qualitativen Interviews wird rekonstruiert, wie Betroffene einer Lebendorganspende auf (Re-)Produktion Bezug nehmen. Eine Lebendorganspende umfasst nicht nur den singulären Akt der Transplantation, so unser Fazit, sondern bildet eine Herausforderung für das Verhältnis von Körper, Arbeit und Leben aller Beteiligten.

Schlüsselwörter
Lebendorganspende, Geschlecht, Reproduktion, Fürsorge, Bioökonomie

Summary

Ambivalent practices of (re)production. Care, bioeconomy and gender in living organ donation

Women are more likely to donate organs, while men are more likely to receive organs. So far, little research has been done into the reason for this gender disparity in regard to living organ donation. This article aims to develop a gender perspective on living organ donation. We argue that living organ donation should be understood as an ambivalent and gendered practice of (re)production. Based on Marx, feminist criticisms on his work and bioeconomic studies, we develop a dual understanding of (re)production as a form of care and (re)building of life processes. Based on qualitative interviews we reconstruct how the involved living organ donors relate to (re)production. We conclude that living organ donation should not be limited to the individual act of transplantation, but should be understood as a challenge for the relationship between the body, work and life of all those involved.

Keywords
living organ donation, gender, reproduction, care, bioeconomy

Ivan Klasnić wird 2007 von einer Fußballzeitschrift zum ‚Mann des Jahres' gekürt. Die Begründung lautet, er habe trotz seiner beiden Nierentransplantationen bereits wenige Monate nach den Eingriffen wieder aktiv in der Bundesliga gespielt. Der Profi-Stürmer erhält kurz nach der Diagnose eines Nierenversagens ein Spenderorgan seiner Mutter, das von seinem Körper allerdings abgestoßen wird. Bereits zwei Monate später spendet sein Vater. Klasnić gilt als wieder gesund, er ignoriert den Rat der ÄrztInnen, die ihm ein Karriereende nahelegen, und feiert sein Comeback auf dem Spielfeld.

1 Wir bedanken uns bei Solveig Lena Hansen, Julia Teschlade und Silke Schicktanz für ihre kritischen Kommentare, die uns halfen, unsere Argumentation zu präzisieren.

Lebendorganspenden sind umstritten, da gesunden Menschen Teile ihres Körpers entnommen werden.[2] Da also zu therapeutischen Zwecken anderer mit dem medizinischen Gebot des Nicht-Schadens gebrochen wird, sieht die deutsche Gesetzgebung vor, dass diese Spenden nur nachweislich freiwillig[3], selbstbestimmt[4] und unter nahen Angehörigen[5] erfolgen dürfen. Weil sie umstritten sind, werden sie der postmortalen Spende gegenüber als nachrangig behandelt[6]. Aus medizinischer Sicht ist die Lebendorganspende der postmortalen Spende allerdings überlegen, da sie eine bessere Planbarkeit ermöglicht.

In der Lebendorganspende werden durch die Transplantation eines Organs nicht die Selbstheilungskräfte des Körpers unterstützt. Vielmehr wird ein dysfunktionales Organ ausgetauscht (Rabinow 2004). Durch die Implantation des fremden Organs wird der Körper somit nicht ‚wieder', sondern vielmehr ‚neu' hergestellt. Es kommt zu einer ‚Produktion eines transplantierten Körpers', dessen Überleben fortan von Immunsuppressiva abhängig wird. Diese ‚Neuherstellung' wird des Weiteren aus gesundheitsökonomischen Gründen gefördert, da mit der Transplantation die Hoffnung verbunden wird, dass der chronisch kranke Patient oder die Patientin wieder Zugang zur Erwerbssphäre erhält und damit weniger Kosten entstehen.[7] Aus gesundheitsökonomischer Sicht findet somit nicht nur eine Neu-, sondern auch eine Wiederherstellung statt, da hier die Arbeitskraft zur Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit reproduziert werden soll.

In der eingangs geschilderten Episode über eine Lebendorganspende wird zwar ein Profisportler chronisch krank. Dennoch ist nicht eine ‚hegemoniale Fußball-Männlichkeit' prekär geworden, sondern wird als solche bestätigt. Zudem werden durch die Lebendorganspenden der Eltern Für- und Selbstsorge-Logiken virulent. Die Eltern spenden aus Fürsorge an ihren Sohn Organe. Da sie mit der Veräußerung eines Organs eine Verletzung ihres Körpers in Kauf nehmen, werden auch Fragen ihrer Selbstsorge berührt. Außerdem geht es hier um eine Herstellung der Arbeitskraft, nämlich der Leistungsfähigkeit des Fußballers. In dieser Episode werden also auf eine spezifische Weise Geschlecht und Reproduktion in Beziehung gesetzt. Reproduktion umschließt hier sowohl Selbst- und Fürsorge als auch eine Neu- und (Wieder-)Herstellung von Arbeitskraft. Dieses doppelte Verständnis von Reproduktion ist bereits bei Marx ent-

2 Die Förderung der Organspende ist in jüngster Zeit zu einem Ziel der Gesundheitspolitik geworden. Vor dem Hintergrund eines Mangels an postmortalen Spenden ist die Lebendorganspende hier immer wichtiger geworden. Von 2003 bis 2012 ist der Anteil an Lebendnierentransplantationen insgesamt von 16 % auf 30 % gestiegen (Deutsche Stiftung Organtransplantation 2013: 32).

3 Wie das Konstrukt ‚Freiwilligkeit' in Lebendorganspende-Kommissionen überprüft wird, rekonstruieren Wagner und Fateh-Moghadam (2005).

4 Eine kritische Auseinandersetzung zum Gebot der Selbstbestimmung in der Lebendorganspende bieten Wöhlke und Motakef (2013).

5 Nahe Angehörige umfassen EhepartnerInnen oder LebensgefährtInnen, volljährige Kinder, Eltern, volljährige Geschwister und Großeltern. Bei einem nachweislichen Näheverhältnis können darüber hinaus auch Verwandte dritten Grades wie Onkel, Tanten, Cousins oder Cousinen ebenso wie nicht verwandte FreundInnen spenden (vgl. Transplantationsgesetz 1997 § 8).

6 Da vor dem Hintergrund eines Mangels davon auszugehen ist, dass kein postmortales Transplantat vorliegt, kommt die Nachrangigkeitsregelung allerdings nicht zum Einsatz. Sie kann aber vor allem als Ausdruck für das Unbehagen gelesen werden, das mit der Lebendorganspende verbunden ist.

7 Die wenigen vorliegenden Untersuchungen kommen aber zu keiner Tendenz, wie sich der Zugang zur Erwerbssphäre nach einer Transplantation gestaltet: In den vorliegenden Studien variiert sie zwischen 20 und 80 % (Lukasczik et al. 2008).

halten. Zwar bezieht sich Reproduktion bei Marx (1962: 597f.) vor allem auf die Wiederherstellung von Kapitalwert innerhalb der Sphäre der Warenproduktion, er überträgt Reproduktion aber auch auf die Wiederherstellung menschlicher Arbeitskraft, die er auf notwendige Tätigkeiten wie etwa Ernährung, Erholung und auch die Zeugung der nächsten Arbeitergeneration gegründet sieht.

Das Verhältnis aus Produktion und Reproduktion war und ist ein Kernthema feministischer und geschlechtersoziologischer Forschung.[8] In frühen feministischen Ansätzen wurde Marx' Kapitalwerttheorie dafür kritisiert, dass er Arbeit auf männliche Lohnarbeit reduzierte (Bock/Duden 1976; Haug 1996). Marx habe den kapitalistischen Nutzen für die unentlohnten Reproduktionstätigkeiten wie Hausarbeit, das Erziehen von Kindern oder die Pflege von Alten und Kranken nicht erkannt und nicht gesehen, dass sie als weibliche und scheinbar natürliche ‚Liebesdienste' erfunden wurden (Bock/Duden 1976). Seit den 1970er Jahren ist die Sichtbarmachung und Wertschätzung weiblicher unbezahlter Reproduktions- bzw. Fürsorgetätigkeiten eines der zentralen Anliegen feministischer Forschung.

Die Lebendorganspende spielte in der Auseinandersetzung der Frauen- und Geschlechterforschung zu Reproduktion keine Rolle. Überhaupt wurde das Phänomen der Lebendorganspende in der Geschlechterforschung bisher kaum beachtet. Mit Blick auf Geschlecht ist an der Lebendorganspende zunächst interessant, dass in Deutschland, wie in nahezu allen anderen Ländern, in denen Transplantationen durchgeführt werden, es überwiegend Frauen sind, die sich als LebendorganspenderInnen zur Verfügung stellen. Zudem sind es überwiegend Männer, die Organe empfangen (Tabelle 1).[9] Nur im Iran veräußern mehr Männer als Frauen ihre Organe. Iran ist das einzige Land, in dem ein legaler Organhandel besteht.

8 Vgl. die Beiträge der Schwerpunkthefte ‚Care – Black Box der Arbeitspolitik' *Berliner Journal für Soziologie* (Müller et al. 2008) sowie ‚Gender und Care' in *GENDER* (Riegraf et al. 2011).

9 Die Beantwortung der Frage, warum Männer häufiger Organe empfangen, verlangt eine eigene systematische Betrachtung, die wir in diesem Beitrag nicht leisten können (s. a. Fn 10). Dass Männer aus medizinischen Gründen seltener als Spender in Betracht kommen, konnte aber bisher nicht bestätigt werden (Segev et al. 2009). Es gibt allerdings Hinweise auf eine höhere Prävalenzrate von Männern bei Nierenversagen (Schicktanz/Rieger/Lüttenberg 2006; Thiel/Nolte/Tsinalis 2005). Ob und, wenn ja, wie sich diese höhere Prävalenzrate mit sozialen und kulturellen Faktoren erklären lässt, ist eine offene Frage.

Tabelle 1: LebendnierenspenderInnen und -empfängerInnenzahlen aufgeteilt nach Geschlecht und Land

Land	SpenderIn				EmpfängerIn				Quelle
	F		M		F		M		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Belgien	36	63.2 %	21	36.8 %	21	36.8 %	36	63.2 %	Eurotransplant
Dänemark	45	58.4 %	32	41.6 %	27	35.1 %	50	64.9 %	Skanditransplant
Deutschland	448	58.5 %	318	41.5 %	273	35.6 %	493	64.4 %	Eurotransplant
Finnland	1	9.1 %	10	90.9 %	7	63.6 %	4	36.4 %	Skanditransplant
Großbritannien	538	50.7 %	524	49.3 %	528	50.5 %	518	49.5 %	NHS. Blood and Transplant
Indien	451	66.1 %	231	33.9 %	76	11.1 %	606	88.9 %	Bal und Saikia (2007)
Iran	330	22.0 %	1170	78.0 %	553	36.9 %	947	63.1 %	Ghods et al. (2003)
Island	5	71.4 %	2	28.6 %	1	14.3 %	6	85.7 %	Skanditransplant
Israel	184	51.8 %	171	48.2 %	117	33.0 %	238	67.0 %	Rabin Medical Center Department of Transplantations
Kroatien	9	100.0 %	0	0.0 %	3	33.3 %	6	66.7 %	Eurotransplant
Niederlande	275	56.7 %	210	43.3 %	189	39.0 %	296	61.0 %	Eurotransplant
Norwegen	47	58.0 %	34	42.0 %	29	35.8 %	52	64.2 %	Skanditransplant
Österreich	39	61.9 %	24	38.1 %	20	31.8 %	43	68.3 %	Eurotransplant
Schweden	104	67.5 %	50	32.5 %	48	31.2 %	106	68.8 %	Skanditransplant
Schweiz	60	62 %	36	38 %	31	31 %	70	69 %	Swisstransplant
USA	3514	62,5 %	2106	37,5 %	2117	37,7 %	3500	62,3 %	Organ Procurement and Transplantation Network

Quelle: Eigene Zusammenstellung (Daten, wenn nicht anders angegeben, beziehen sich auf das Jahr 2012).

Aus einer Geschlechterperspektive ist zudem beachtenswert, in welchen familiären Positionen Frauen und Männer am häufigsten spenden: Im Jahr 2011 bildete in Deutschland die häufigste Gruppe Ehefrauen, die an ihre Partner (28,2 %) spenden, gefolgt von Müttern an ihre Kinder (19 %). An dritter Stelle folgen Väter (12,3 %) und schließlich Ehemänner (11,9 %) (Wöhlke/Motakef 2013).

Ziel des folgenden Beitrags ist es, eine geschlechtersoziologische Perspektive auf die Lebendorganspende zu entfalten. Wie in der Episode über den ‚hergestellten Profifußballer' zu Beginn des Beitrags angedeutet, soll die hier zu entwickelnde Perspektive in Auseinandersetzung mit dem Begriff der Reproduktion erfolgen. Da wir in doppelter Weise sowohl auf Selbst- und Fürsorge-Logiken als auch auf den Gedanken einer ‚Herstellung' rekurrieren, arbeiten wir mit der Doppeldeutigkeit des Begriffs der ‚(Re-)Produktion'. Unsere These lautet, dass die Lebendorganspende eine ambivalente und vergeschlechtlichte Praxis der (Re-)Produktion darstellt.

In einem ersten Schritt betten wir die Lebendorganspende in einen geschlechter- und reproduktionstheoretischen Rahmen ein. Daran anschließend fragen wir zweitens anhand von qualitativen Interviews, wie in den Argumentationsmustern von Beteiligten einer Lebendorganspende auf (Re-)Produktion Bezug genommen und wie hierbei Geschlecht relevant wird[10]. Drittens diskutieren wir die Vorzüge und Grenzen der Perspektive und markieren weiteren Forschungsbedarf.

1 Lebendorganspenden im Spannungsfeld von Geschlecht und Reproduktion

1.1 Gründe für die hohe Spendebereitschaft von Frauen

Geschlechtersensible Forschungen in der Lebendorganspende zeigen, dass Frauen weitaus häufiger Organe spenden, während Männer häufiger Organe empfangen (vgl. Tab. 1). Seit Mitte der 1990er Jahre werden vor allem in der Medizin, den Gesundheitswissenschaften, der Bioethik und Psychologie Studien publiziert, in denen diese ‚Gender-disparity-Hypothese' empirisch belegt wird. Warum Frauen häufiger spenden, wurde überraschenderweise bislang wenig bearbeitet. Zu dieser Frage liegen bis heute fast nur Vermutungen vor. Eine zentrale Annahme lautet, dass hier traditionelle Rollenverständnisse wirksam sind und Frauen die Lebendorganspende als einen verpflichtenden Dienst an ihrer Familie verstehen (Kayler et al. 2003). Auch Biller-Andorno und Schauenburg gehen davon aus, dass „das Rollenverständnis der fürsorgenden Ehefrau oder Mutter Entscheidungen für eine Spende vorstrukturiert" (Biller-Andorno/Schauenburg 2003: 32). Ähnlich argumentieren Thiel, Nolte und Tsinalis (2005), die annehmen, dass Frauen sich stärker für die Gesundheit anderer Familienangehöriger verantwortlich zeigen und auch größere Probleme als Männer haben, eine Lebendorganspende zu

10 Wir fragen somit offener nach dem Relevantwerden von Geschlecht und fokussieren nicht auf die Gründe für die hohe Spendebereitschaft von Frauen. Mit dieser offeneren Frage soll eine Reifizierung von Geschlecht vermieden werden.

verweigern. Schicktanz, Rieger und Lüttenberg (2006) geben zudem zu bedenken, dass sozio-ökonomische Gründe eine Rolle spielen könnten, sodass aus Vorsicht vor Komplikationen in Familien eher die wenig oder zuverdienenden Frauen spenden als die Familienernährer.[11] Geschlechtersoziologisch ließe sich zuspitzen, dass die hohe weibliche Spendebereitschaft aus der Trennung in eine Sphäre der männlich dominierten, entlohnten Produktion und der weiblichen, unentlohnten Reproduktion herrührt. Frauen sind in dieser Logik stärker als Männer für Fürsorge und die familiäre Gesundheit verantwortlich (Becker-Schmidt/Brandes-Erlhoff/Rumpf 1983).

Eine theoretische und empirische Auseinandersetzung zum Geschlechterverhältnis bieten Schicktanz, Schweda und Wöhlke (2010). Auf der Basis von Fokusgruppeninterviews rekonstruieren sie, dass traditionelle Rollenerwartungen in moralischen Urteilen wirksam sind: Frauen argumentieren eher fürsorglich und thematisieren konkrete Kontexte ihrer Familien, während Männer eher abstrakte Prinzipien für oder gegen Nierenspenden anführen.

Wie deutlich wird, liegen bisher keine Studien vor, in denen die Lebendorganspende systematisch als reproduktive Praxis eingebettet wird, eine theoretisch-empirische Auseinandersetzung zur Bedeutung von Geschlecht in der Lebendorganspende besteht erst in Ansätzen. Dafür wird in der Literatur auf die Bedeutung von Fürsorge verwiesen und auch Selbstsorge verhandelt, wenn etwa angemerkt wird, dass eine Entscheidung gegen eine Spende für manche Frauen als Unmöglichkeit erscheinen kann.

1.2 Feministische Kritiken: von der ‚Reproduktionsarbeit' zum ‚biomedizinischen Modus der Reproduktion'

In der Geschlechterforschung wird die Trennung in eine weibliche Sphäre der Reproduktion und eine männliche Sphäre der Produktion als Ausgangspunkt für die Analyse von Ungleichheiten gesetzt. Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern, so ein weiterer Befund, wurden vielfach naturalisiert: So galten Frauen aufgrund ihrer vermeintlich universalen Gebärfähigkeit als prädestiniert für Reproduktionstätigkeiten (Haraway 1995; Hausen 1976).

Die Neue Frauenbewegung erhob Anfang der 1980er Jahre im Rahmen der Hausarbeitsdebatte die Forderungen, Reproduktionstätigkeiten zwischen den Geschlechtern aufzuteilen oder zu entlohnen. Ob diese tatsächlich entlohnt und somit auch für ökonomische Logiken geöffnet werden sollten, wie es etwa die Kampagne Lohn-für-Hausarbeit forderte (Bock/Glöker 1978) oder ob nicht vielmehr bestimmte Tätigkeiten außerhalb der ökonomischen Sphäre stehen sollten, ist bis heute umstritten (Dölling 2009).

Mit der gestiegenen Frauenerwerbstätigkeit ist das männliche Familienernährermodell in westlichen Industrieländern immer seltener geworden und wurde vielfach vom ‚Zweiverdiener-Modell' abgelöst (Lewis 2002). Doch obwohl Frauen der Zugang zur Erwerbssphäre heute offensteht – wenn auch weitgehend in prekären Segmenten des Arbeitsmarktes –, sind sie weiterhin die Hauptverantwortlichen für Fürsorgetätigkeiten. Männer sind allerdings im Vergleich zu den 1980er Jahren in der Reproduktionssphäre

11 Dieser Vermutung widersprechen allerdings Winter und Decker (2006). In ihrer Untersuchung, die in einer ostdeutschen Großstadt durchgeführt wurde, waren alle Spenderinnen auch Familienernährerinnen.

präsenter geworden. Von einer egalitären Aufgabenteilung, wie sie die Neue Frauenbewegung gefordert hatte, kann jedoch nicht gesprochen werden (Koppetsch/Burkart 1999; Wimbauer 2012).

Neben diesen sind zudem Untersuchungen von besonderer Relevanz, in denen das Verhältnis von Reproduktion und Geschlecht mit Blick auf die (Wieder-)Herstellung von Arbeits- und Lebensprozessen verhandelt wird. Die nachfolgend referierten Studien werden unter dem Stichwort der Bioökonomie (Lettow 2012; Thompson 2005; Waldby/Mitchell 2006) debattiert. Konkret geht es um die ‚Wiederherstellung von Leben' bei Gewebe-, Eizellen- und Spermaspenden, die Teil einer globalen biologischen Ökonomie geworden sind (Franklin/Lock 2003).

Waldby und Cooper (2010) kritisieren, dass lebenswissenschaftliche Forschungen in umsatzstarken globalen Unternehmen stattfinden, wo lediglich die dort geleistete geistige Tätigkeit als Arbeit betrachtet wird. Die Spende an sich wird dagegen nicht als Arbeit gerahmt. Die Autorinnen führen dies auf die wirkmächtige Dichotomie und Hierarchie aus Körper und Geist zurück und schlagen vor, die Gewebespenden von Frauen als Formen von ‚regenerativer Arbeit' anzuerkennen. Die Spende sollte nicht auf einen Vertrag reduziert werden, vielmehr sind hier „generative energies of the donor's biology" (Waldby/Cooper 2010: 9) involviert.

Auf vergeschlechtlichte kulturelle Normen bei Sperma- und Eizellspenden in den USA verweist Almeling (2011). Agenturen für Eizellspenden verstehen die Spende vor allem als Gabe und damit als Ausdruck der altruistischen und fürsorglichen Motivation der Spenderinnen. Demgegenüber wird in Samenbanken ein Verständnis von einer Spende als einem Job entworfen, der mit der Erwartung in Verbindung steht, dass Männer Ernährer sein sollen. Ob eine Spende als Gabe oder als Arbeit gesellschaftlich und institutionell vermittelt wird, hat wiederum einen großen Einfluss darauf, wer überhaupt spendet und wie die Spende schließlich erfahren wird.

Vor dem Hintergrund ihrer Untersuchung von US-amerikanischen Fertilitätskliniken spricht Thompson (2005) davon, dass aus dem ‚kapitalistischen Modus der Produktion' (Marx) heute ein ‚biomedizinischer Modus der Reproduktion' geworden sei. Mit diesem Begriff stellt sie heraus, dass Reproduktion von den Lebenswissenschaften in einem industriellen Sinne produktiv gemacht wird, da standardisierte biologische Entitäten hergestellt werden. Im ‚biomedizinischen Modus der Reproduktion' wird aber nicht, wie bei Marx, die Arbeit von der Person entfremdet, sondern vielmehr der Körper von der Person.

Anders als in den eben referierten bioökonomischen Befunden wird eine Lebendorganspende nicht als eine Dienstleistung vermittelt und erfahren. Auch die von Thompson (2005) angesprochene Trennung von Körper und Person trifft auf die Lebendorganspende nicht zu. Da die Spende zumindest in Deutschland in Naheverhältnissen stattfindet, wird das Spendeorgan in der Regel nicht von der Person, die spendet, abstrahiert.[12] Was bedeuten diese Hinweise aber für die Lebendorganspende? Welche Parallelen und Grenzen bestehen zu den eben referierten Befunden? Sollte eine Lebendorganspende ebenfalls als ‚regenerative Arbeit' stärker anerkannt werden? Und sind hier Grenzen zu einer Ökonomisierung von Körpern und einem Organhandel zu ziehen und, falls ja, wo sollte diese Grenzziehung verlaufen?

12 Dies belegt Kalitzkus (2003) auch für die postmortale Spende.

1.3 Parallelen und Grenzen

In der erwähnten feministischen Hausarbeitsdebatte der 1980er Jahre und den Beispielen von Bioökonomien wird die Forderung nach finanzieller Entlohnung in Betracht gezogen oder erhoben (Thompson 2005). Auch in der Lebendorganspende wird eine Debatte darüber geführt, ob ein Organhandel legalisiert werden sollte, aber nicht, um den Akt der Spende stärker anzuerkennen. Es gibt auch keine feministischen Forderungen nach einer Entlohnung. Die BefürworterInnen eines legalen Organhandels versprechen sich davon vielmehr ein höheres Aufkommen von Spendeorganen, da sie davon ausgehen, dass die Nachfrage nach Organen das Angebot bestimmen könnte.[13] In Deutschland gilt die Entlohnung von Lebendorganspenden als Tabu (Motakef 2011). Ein Handel mit Organen ist gesetzlich verboten. Die Legalisierung eines Organhandels wird aber weltweit diskutiert und ist im Iran bereits umgesetzt. Zudem bestehen jenseits einer Legalisierung illegale Organmärkte. Die wenigen zum Organhandel vorliegenden qualitativen Studien belegen deutlich, dass ausschließlich arme Menschen ihre Organe verkaufen (Tober 2007). Auch wir plädieren nicht für die Legalisierung eines Handels mit Organen, da wir davon ausgehen, dass ein Organhandel bestehende Ausbeutungsstrukturen verschärfen würde. Geschlechtersoziologisch stellt sich allerdings die Frage, was es bedeutet, dass mehr Männer ihre Organe veräußern, wenn, wie im Iran, Marktmechanismen eingeführt werden (vgl. Tab. 1). Würde die Bereitschaft von Männern auch in anderen Ländern steigen, wenn Lebendorganspenden nicht mehr als altruistische Handlungen vermitteln werden (Schicktanz/Rieger/Lüttenberg 2006: 89)? Und wie wäre dies zu bewerten?

Anstatt also für die Entlohnung von Organspenden zu plädieren, erscheint der referierte reproduktive Rahmen für die Analyse der Lebendorganspende geeignet, um die Ambivalenzen der Selbst- und Fürsorge sowie der (Wieder-)Herstellung von Arbeits- und Lebensprozessen zu rekonstruieren. Diese Ambivalenzen werden in der Regel ummantelt, da der Gewinn für die empfangende Seite im Zentrum steht.

Ohne auf Selbst- und Fürsorge explizit einzugehen, haben Studien zur Lebendorganspende betont, dass normative Vorstellungen über eine gelingende Familienpraxis in der Entscheidungsfindung eine große Rolle spielen können. Die Entscheidung zur Spende kann mit einem Familienideal in Verbindung gebracht werden, das auf der Idee gegenseitiger Hilfe in der Familie beruht (Kaufmann/Russ/Shim 2009; Lock/Crowley-Makota 2008). Hier eröffnet der reproduktionstheoretische Rahmen also nicht nur eine Parallele zu geschlechtersoziologischen Ansätzen zu Fürsorge, sondern auch eine bisher vernachlässigte Perspektive: Wenn Lebendorganspenden als Selbstverständlichkeit ‚guter familiärer Praxis' vermittelt werden, wird ummantelt, dass eine Lebendorganspende gerade nicht nur einen Austausch eines Ersatzteiles bildet, sondern immer eine körperliche Verletzung. Lebendorganspenden brechen mit dem Gebot des Nicht-Schadens und instrumentalisieren den Körper des Einen zu therapeutischen Zwecken des Anderen.

Damit verbunden wird auch die Frage nach der Selbstsorge der SpenderInnen virulent: Wie gestaltet sich zum Beispiel die Selbstsorge von Müttern, die an ihre Kinder spenden? Fällt sie in Anbetracht des kranken Kindes in einem zu geringen Maße aus? Oder bildet diese Frage eine normative und paternalistische Setzung?

13 Für einen Organhandel plädieren etwa Paul (2005) sowie Breyer et al. (2006), dagegen Schicktanz und Hoeyer (2013).

Diese Fragen werden in bioethischen Debatten verhandelt, allerdings nicht unter dem Begriff der Selbstsorge, sondern unter Selbstbestimmung und Autonomie. Hier wird ein Verständnis vorgeschlagen, das soziale Bezüge ins Zentrum stellt und nicht von einem vereinzelten (meist männlich konzipierten) Individuum ausgeht, das ohne Sorgeverpflichtung rational Entscheidungen trifft (Mackenzie/Stoljar 2000). Crouch und Elliott (1999) widersprechen vor diesem Hintergrund der Annahme, dass Entscheidungen umso freier und selbstbestimmter getroffen werden, je weniger emotional die spendende und empfangende Seite aneinander gebunden sind. Wenn etwa eine Mutter ohne längere Überlegungen ihrem Kind ein Organ spenden möchte, so auch Zeiler (2008), könnte dies durchaus als Ausdruck ihrer Selbstbestimmung gelesen werden. Die Autorin schlägt daher vor, bei Analysen von Lebendorganspenden stärker zu berücksichtigen, dass diese häufig in Liebesbeziehungen stattfinden. Die hohe weibliche Spendebereitschaft sollte schließlich nicht als Unfähigkeit von Frauen bewertet werden, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (Zeiler/Guntram/Lennerling 2010).

Als Zwischenfazit schlagen wir vor, den skizzierten reproduktiven Rahmen zu Selbst- und Fürsorge sowie zur (Neu-) und (Wieder-)Herstellung von Körpern als einen Ausgangspunkt zu setzen, von dem aus die Ambivalenzen einer Lebendorganspende stärker berücksichtigt werden können. Diese Ambivalenzen werden im folgenden empirischen Material sichtbar.

2 Ambivalente Praktiken der (Re-)Produktion: empirische Ergebnisse

Welche Bedeutung hat der eben skizzierte (re)produktive Rahmen für jene Individuen, die in einen Spendeprozess involviert sind? Welche Argumentationsmuster lassen sich finden? Wird überhaupt auf einen (re)produktiven Rahmen zurückgegriffen? Und, wenn ja, wie? Welche Ambivalenzen werden hier deutlich und wie wird Geschlecht relevant?

Um diese Fragen beantworten zu können, ziehen wir Ergebnisse einer laufenden qualitativ-explorativen Studie hinzu.[14] Die Datenerhebung hierfür erfolgte von 2007 bis 2009.[15] Deutschlandweit wurden 31 Leitfadeninterviews (Kelly 2011) mit LebendnierenspenderInnen und -empfängerInnen geführt mit jeweils einer Länge von 30 bis 120 Minuten. Für die Untersuchung wurden erwachsene SpenderInnen und EmpfängerInnen einer Lebendnierentransplantation, zudem volljährige männliche und weibliche An-

14 Sie basiert auf dem laufenden Dissertationsprojekt „Entscheidungsfindungsprozesse im Rahmen der Lebendnierenspende" von Sabine Wöhlke, das an der Georg-August-Universität Göttingen von Prof. R. Bendix (Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie) und Prof. S. Schicktanz (Medizinethik) betreut wird, vgl. www.egmed.uni-goettingen.de/index.php?id=143. Für diese Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission Göttingen vor, Ak 11/11/07.

15 Befragt wurden EhepartnerInnen, LebenspartnerInnen, Elternteile, Kinder, Geschwister, Cousinen, Cousins, Nichten, FreundInnen und Schwiegereltern. Teilgenommen haben SpenderInnen, EmpfängerInnen und Angehörige, die eine Lebendorgantransplantation abgelehnt haben oder nicht spenden konnten.

gehörige, die eine Lebendorganspende abgelehnt haben, in die Studie eingeschlossen.[16] Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte entsprechend den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2007).

2.1 Lebendorganspende als Akt reproduktiv-körperlicher Fürsorge

Mit dem Verweis auf ihren reproduktiven Körper konzipieren einige Frauen ihr Kind bei der Entscheidung für eine Lebendorganspende als Teil der eigenen Leiblichkeit. Frau Thymen stellt zum Beispiel einen direkten Vergleich zwischen der Lebendorganspende, der Geburt und ihrer Beziehung zum Kind her:

Frau Thymen (hat der Tochter eine Niere gespendet): „Bei der Mutter fängt es ja eigentlich schon an mit der Schwangerschaft. Und die Geburt. Das ist ja auch nicht alles so einfach, aber man tut es doch. Und na ja, die Organspende war noch einmal. Der Rest kommt hinterher. So hab ich's (lacht) meiner Tochter damals gesagt, das, was ich dir nicht gut genug mitgegeben habe, das hab ich dir nun nachgeliefert."

Frau Thymen hat ihr Kind zwar in die Welt gebracht, allerdings nicht ‚vollständig'. In dieser Lesart liefert sie eine gesunde Niere nach. Die Lebendorganspende wird hier von mehreren Betroffenen als Form einer Wiedergeburt erzählt. In dieser Rahmung erscheint die Zuständigkeit für die Spende als vermeintlich eindeutig. Mehrere Mütter, die an ihre Kinder gespendet haben, argumentieren auf dieser reproduktiv-körperlichen Ebene und schließen damit weitere Familienangehörige aus dem Entscheidungsprozess aus. Die Naturalisierungsprozesse weiblicher Reproduktionstätigkeiten (vgl. Abschnitt 1.2) entfalten hier ihre Wirkmächtigkeit. Die Aussagen der Mütter des Samples belegen deutlich, dass in diesen Familien keine intensive Auseinandersetzung über weitere mögliche Spendeoptionen stattfindet. Die Vermutung (vgl. Abschnitt 1.1), dass sozioökonomische Gründe dafür mobilisiert werden, dass die Spende des Haupternährers zu risikoreich sein könnte, lässt sich hier nicht finden. Manche Frauen zeigen sich also, wie geschlechtersoziologische Forschungen verdeutlichen, nicht nur für die Gesundheit der Familie stärker verantwortlich. Vielmehr erbringen sie eine maximale Fürsorge, in dem sie Schwangerschaft und Geburt mit der Lebendorganspende in Kontinuität setzen. Kritisch betrachtet könnte hier vermutet werden, dass diese Frauen den Naturalisierungsprozessen so unterliegen, dass sie andere Möglichkeiten nicht einfordern.

Bei näherer Betrachtung der Eltern-Kind-Beziehungen werden Unterschiede bei EmpfängerInnen deutlich: Für minderjährige Kinder erscheint es in den überwiegenden Fällen als äußerst unproblematisch, ein Organ von einem Elternteil anzunehmen. Dies ist in erster Linie auf die von Beginn an bestehende Asymmetrie von Hilfeleistungen zwischen Eltern und Kindern zurückzuführen. Es lässt sich aufzeigen, dass die heute erwachsenen Kinder die Spende ihrer Mütter und Väter als notwendige Hilfeleistung rahmen. So wird die Spende allerdings nicht mehr verstanden, wenn Kinder im Erwachsenenalter sind. Hier findet in den meisten Fällen, initiiert von den Kindern selbst, eine intensive Klärung ihrer Beziehung statt:

16 Die Einzelinterviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Alle Namen, Orte und Firmen wurden pseudonymisiert.

Frau Stielike (hat von der Mutter eine Niere bekommen): „Ja, wir haben dann erst mal stillschweigend (lacht) im Auto gesessen und dann nach und nach ich glaube, es ging sogar darum, [...] dass ich mich gefragt habe, dass ich das Gefühl hatte, oder wissen wollte von ihr und mich nicht getraut hatte, ob sie all die Sachen, die sie falsch gemacht hat mit mir oder mit uns, ob sie glaubt, die jetzt mit dem Organ gut machen zu wollen."

Das erkrankte erwachsene Kind, dem zuvor ein Spendeangebot unterbreitet wurde, setzt die Fürsorge der Mutter nicht als Selbstverständlichkeit voraus, sondern stellt sie infrage, da es mit der Mutter auf eine konfliktreiche Beziehung zurückblickt. Für chronisch kranke Kinder bildet das gesundheitliche Risiko des Elternteils und die eigene gesundheitliche Not keine Priorität. Somit kann die Perspektive der erwachsenen Kinder aufzeigen, dass die maximal mütterliche Fürsorge durchaus limitiert werden kann und nicht um jeden Preis ein Spendeorgan erbeten wird.

Die Vorstellung, Kinder würden an ein Elternteil spenden, wird mit großer Übereinstimmung von der Gruppe der befragten SpenderInnen und EmpfängerInnen abgelehnt. Hier scheint es keinen Unterschied zu geben, ob eine Tochter oder ein Sohn sich zur Spende bereit erklärt. Anders als bei der maximalen mütterlichen Fürsorge werden hier durchaus die Ambivalenzen der Lebendorganspende wahrgenommen. Zudem wird sie auch nicht als familiäre Selbstverständlichkeit vorgestellt. Dieses Spannungsfeld aus maximaler Fürsorge einerseits und dem Tabu einer Spende andererseits zeigt sich so ausgeprägt nur in Eltern-Kind-Beziehungen.Ein Spendeangebot unter FreundInnen wird ebenfalls als sehr außergewöhnlich erlebt. Es stellt aber kein Tabu dar wie eine Spende von Kindern an ihre Eltern. Potenzielle EmpfängerInnen, die ein solches Angebot von einer Freundin oder einem Freund erhalten, sind anfangs von der Spendebereitschaft überwältigt. Wird das Angebot im weiteren Verlauf mehrfach wiederholt, kommt es zu einer ernsthaften Auseinandersetzung. Ein Beispiel bilden Frau Heinze und ihre Freundin Maraike:

Frau Heinze (hat eine Niere von ihrer Freundin erhalten): „… und da die Alternative bestand und Maraike sagte: Ich habe doch Blutgruppe B und ich mache es gerne, ich habe keine Kinder und ich kriege keine Kinder mehr und ich will keine Kinder und ich kann dadurch ‚Leben spenden' und das würde sie gern tun."

Die Freundin Maraike gab also als Grund für die Spende an ihre Freundin an, dass sie keine Kinder habe und somit ihrer Freundin helfen könne. Sie würde, so lässt sich ableiten, vielleicht nicht an ihre Freundin spenden, wenn sie eigene Kinder hätte. Denn im Falle eines Nierenversagens des Kindes könnte sie nicht mehr als Spenderin zur Verfügung stehen. Auch in dieser Narration lässt sich eine maximale mütterliche Fürsorge der Freundin ableiten, ohne dass Elternschaft realisiert wurde. Zudem wird eine Ambivalenz aus Für- und Selbstsorge deutlich: Einerseits steht für sie das altruistische Motiv des Helfens im Vordergrund, aber die Spenderin räumt ein, dass es für sie attraktiv sei, sich auf einer ‚reproduktiven Ebene' zu verwirklichen. Hier erscheint die Lebendorganspende also als Möglichkeit, der gesellschaftlichen Erwartung an Frauen in der Reproduktionssphäre zu entsprechen. Aber auch in dieser Narration wird die körperliche Verletzung des Eingriffs nicht verhandelt. Im Vordergrund steht das Lebenspenden. Für die Empfängerin wird die Spende jedoch als herausstehender Freundschaftsdienst erlebt.

Wir fanden hingegen keinerlei Aussagen, in denen Männlichkeiten oder Vaterschaft mit einer körperlich-reproduktiven Ebene verknüpft werden. Wenn Elternschaft und eine maximale Fürsorge in den Argumentationsmustern in Verbindung stehen, dann ausschließlich im gesellschaftlich hoch aufgeladenen Konstrukt der Mutterschaft.

2.2 Lebendorganspenden als Manifestationen von Familienzusammenhalt

Neben dem oben skizzierten Argumentationsmuster einer ‚reproduktiv-körperlichen Fürsorge' wird im Material auf ein weiteres Argumentationsmuster verwiesen, in dem Fürsorge im Zusammenhang mit einem hohen Familienideal steht. Auf die Bedeutung eines starken Familienzusammenhalts wurde bereits in der Forschung verwiesen (vgl. Abschnitt 1.2), allerdings ohne reproduktionstheoretischen Bezug. Frau Mahlers Erzählung bildet ein Beispiel für dieses Argumentationsmuster:

Frau Mahler (hat ihrer Tochter eine Niere gespendet): „Aber andererseits wieder war unsere Familie insgesamt so geschlossen, dass man sagt, also jedes Glied in einer Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied. Dass sie also irgendwie wusste, innerhalb unser kleinen Gruppe von Familie wird immer jeder für den anderen bereit sein, alles zu tun."

Für Frau Mahler hängt die ‚Funktionsfähigkeit' der ganzen Familie auch von dem Wohlergehen der oder des kranken Angehörigen ab. In dieser Rahmung gerät die Selbstsorge der einzelnen Familienmitglieder in den Hintergrund. Es zeigt sich, dass aus der Vorstellung darüber, was eine intakte Familie ist, Zwänge entstehen können.

Zahlreiche Aussagen aus dem Material verdeutlichen, dass es als ein gemeinsames Ziel angesehen wurde, dem/der chronisch kranken Angehörigen zu helfen. Dies ist nur mit dem gemeinsam geteilten Wert eines hohen Familienideals umsetzbar. In dem nachfolgenden Beispiel von Frau Probst erscheint eine Lebendorganspende nicht als familiäre Selbstverständlichkeit:

Frau Probst (hat eine Nierenspende vom Ehemann erhalten): „Mein Vater wollte nicht ins Krankenhaus […]. Mein Bruder auch nicht. Und meine Mutter hat sich quasi so rausgeredet oder hat gesagt: Ihre Nieren würden ja wahrscheinlich sowieso nicht gehen, weil sie halt Nierensteine auch ab und an mal hat. […] Also es war da jetzt nicht diese ... diese … dieses Bedingungslose. ... Das war da einfach nicht."

Dieses Zitat verweist zunächst darauf, dass die Angehörigen in ihrer Bereitschaft, Frau Probst zu helfen, Grenzen setzen. Dadurch werden Differenzierungen von Selbstsorge sichtbar. Frau Probst ist durchaus bewusst, dass ihre Angehörigen Angst vor einem medizinischen Eingriff haben. Des Weiteren wird deutlich, dass auch Frau Probst eine erfolgte Lebendorganspende mit einem bedingungslosen Familienzusammenhalt assoziiert. Ein enger Familienzusammenhalt, in dem nicht gespendet wird, erscheint hier als paradox.

Bei Spenden zwischen Geschwistern spielen ebenfalls Vorstellungen über Hilfsbereitschaft in der Familie eine zentrale Rolle. Viele der InterviewpartnerInnen berichten, dass sie ihre Geschwister nie angefragt hätten, aber Angebote von ihnen erhielten. Lebendorganspenden werden hier nicht als Selbstverständlichkeit gerahmt. Die Abgren-

zungen von Brüdern und Schwestern werden häufig so ernst genommen, dass Anfragen ausbleiben. Hiervon können sich die Erwartungen von Eltern unterscheiden, wie etwa Herr Krüger erläutert:

Herr Krüger (hat vom Lebenspartner eine Niere erhalten): „Meine Mutter hat 2004 während der Transplantation emotional den Schnitt vollzogen und hat sich emotional von meinem Bruder getrennt. Sie hat ihm glaube ich nicht verziehen, dass er sich überhaupt nicht darum kümmerte, was mit seinem kleinen Bruder ist."

Die Eltern von Herrn Krüger erwarten vom Bruder die Spende als ‚Dienst an der Familie', da sie selbst aus medizinischen Gründen diese nicht leisten konnten. Die Schilderung von Herrn Krüger verdeutlicht, dass von der Mutter Fürsorge als eine Norm vorausgesetzt wird, die nicht auf Frauen beschränkt ist (vgl. Abschnitt 1.2), sondern auch Männer einschließt. Weil der Bruder nicht spenden will, kommt es zu einem Abbruch der Beziehung. Die Selbstsorge des Bruders wird als Ignoranz und fehlende Empathie gerahmt.

Wenn eine Spende explizit erwartet wird, ist nicht nur der Familienzusammenhalt ein relevantes Konstrukt, sondern kann auch Praxis einer Liebesbeziehung sein. Herr Goldmann erzählt von seinem letzten Urlaub mit seiner Ehefrau, bei der sie noch dialysieren musste:

Herr Goldmann (hat seiner Ehefrau eine Niere gespendet): „Da, es ist aber halt kein Urlaub, da machen wir uns nichts vor. Sowohl für den Spender, als auch für den Empfänger, [...] der halbe Tag ist weg, also der halbe Urlaub ist weg, [...] nach der Dialyse war auch nicht viel, sind wir essen gegangen und denn, auf's Zimmer, ja. Und, und irgendwo wollte man denn ja auch ein bisschen Lebensqualität wiederhaben, ne."

Unter EhepartnerInnen, wie hier bei Familie Goldmann, lässt sich das Argumentationsmuster finden, dass unter anderem auch aus ‚Selbstsorge' gespendet wird, sodass wieder gemeinsame Unternehmungen möglich werden. Die Beziehung kann durch die Krankheit stark beeinträchtigt sein. Mit der Möglichkeit der Lebendorganspende entsteht für sie selbst die Option, den Einschränkungen entgegenzuwirken.

Ein ungewöhnliches Beispiel bildet Familie Rohrbach. Sie haben sich gegen eine Lebendorganspende entschieden. Allerdings nicht, weil sie den Eindruck haben, es fehle an Bedingungslosigkeit und Zusammenhalt:

Herr Rohrbach (das Ehepaar hat sich gemeinsam gegen eine Lebendorganspende entschieden): „Wir haben damals uns allgemein Gedanken gemacht, [...] und irgendwie so im Grundsatz haben wir gesagt, finden wir eigentlich nicht gut, weil die Abhängigkeiten unheimlich groß werden und sie von sich aus sagte, ich möchte diese Abhängigkeit nicht haben."

Im weiteren Verlauf erläutert der Ehemann die Ambivalenzen der Entscheidung:

Herr Rohrbach: „Also sie ist keine, die jetzt so moralisch sagte, okay, also du kannst mein Leben erleichtern, das müsstest du eigentlich für mich tun, wenn du mich liebst. Das tat sie nicht. Und wenn sie das

nicht tut, ist dann wiederum einerseits Erleichterung, andererseits, oh mein Gott, also so weit her ist das wohl doch nicht, das mit meiner Liebe. […] Ich habe zwar immer auch mal wieder angefragt, sollen wir nicht doch noch mal überlegen."

Auch dieses Paar teilt das Argumentationsmuster einer Lebendorganspende als Inbegriff von Zusammenhalt. Allerdings gelingt es dem Paar, vor allem durch die Initiative der Frau, sich von dieser Norm etwas zu distanzieren. Des Weiteren wird hier eine Ambivalenz aus Selbst- und Fürsorge deutlich: Herr Rohrbach ist einerseits erleichtert, nicht zu spenden, auf der anderen Seite resultiert aus seiner Bindung zu seiner Frau eine Verantwortung, der er nicht nachkommt und die die Entscheidung gegen die Spende deswegen auch als Scheitern infrage stellt.

2.3 Lebendorganspenden als ‚Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit'

Wie oben erwähnt, gilt die schnelle Wieder- bzw. Neuherstellung von Arbeitsfähigkeit als ein zentraler Grund für Lebendorganspenden. Auch in unserer Untersuchung findet sich häufig der Wunsch, dass die Angehörigen wieder erwerbsfähig werden können. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlich zentralen Bedeutung von Erwerbsarbeit lassen sich hier Zwänge aufzeigen, wie in Herrn Nesemanns Erzählung deutlich wird:

Herr Nesemann: „Ich bin [heute] in leitender Funktion [...]. Ich wollte eigentlich mal bei Firma Caanvos anfangen und da habe ich genau das mal gesagt [dass ich nierenkrank bin] und das Gespräch war an dem Punkt beendet. [...] Deswegen habe ich so meinen Lebenslauf sauber gehalten […]. Und das hat ganz gut geklappt. Ich wollte eigentlich, wenn ich transplantiert werde, wollte ich eine gewisse Periode haben, wo ich genau meinen Beruf ausüben kann, den ich mir gewünscht habe, wofür ich lange gearbeitet habe, und ich wollte das einfach, ohne dass jemand mich in einer Form zurücksetzt. Und beim jetzigen Arbeitgeber habe ich das auch wirklich verschwiegen."

Herr Nesemann erzählt, dass er bereits während seiner Ausbildung lernte, dass seine Niereninsuffizienz ein Stigma bedeutet und eine berufliche Karriere verhindert. Für ihn scheint es neben einer rasch zu erfolgenden Lebendorganspende keine Alternativen zu geben: Entweder eine Spende oder seine Berufskarriere scheitert. Anders als andere EmpfängerInnen des Samples, die lange abgewogen haben, ob sie eine Lebendorganspende annehmen wollen bzw. können, assoziiert Herr Nesemann mit der Spende seiner Mutter die einzige Möglichkeit einer beruflichen Karriere. Die Spende der Mutter wird hier als Notwendigkeit einer Arbeitswelt erfahren, in der Krankheit und Karriere sich ausschließen. Herr Nesemann möchte unbedingt seinen Wunsch realisieren, in einem Beruf zu arbeiten, den er sich ausgesucht hat. Er nimmt in Kauf, dass seine Karriere auf der Lüge aufbaut, er sei gesund und belastbar. Für Herrn Nesemann gibt es keine alternativen Entwürfe zu einer beruflichen Karriere. Hier könnte die enge Kopplung von Männlichkeitskonstruktionen und Erwerbsarbeit ausschlaggebend sein.

Das Argumentationsmuster ‚Wieder- bzw. Neuherstellung von Arbeitsfähigkeit' ist nicht auf die Erwerbssphäre begrenzt, sondern kann auch in der Reproduktionssphäre deutlich werden. Dies zeigt das Beispiel von Frau Gröbe. Frau Gröbes Mutter, ebenfalls schwer erkrankt, äußert ihrem Mann gegenüber den Wunsch, er möge der gemeinsamen

Tochter eine Niere spenden. Die Tochter würde wieder in der Lage sein, die Pflege der Großmutter zu übernehmen. Frau Gröbe selbst wurde erst nach dem Tod der Mutter mit dem Spendewunsch konfrontiert, sodass es ihr große Probleme bereitete, den Spendewunsch abzulehnen:

Frau Gröbe (hat vom Vater eine Niere bekommen): „Und ich wollte eigentlich nicht wieder transplantiert werden. Ja, das sagt man dann so. Nicht, ich habe gedacht, ja du musst jetzt so lange noch wenigstens bis deine Oma nicht mehr da ist. Und ins Heim sollte sie auf keinen Fall. [...] Mein Bruder hat mir zwar geholfen und die ambulante Pflege, aber das wollte ich meiner Oma denn auch nicht antun und dann hat mein Vater mich sage ich mal überredet. Ja und mein Vater hat denn immer wieder gesagt, ich habe das deiner Mutter versprochen. Also seitdem ich transplantiert bin, kann ich ja alles wieder machen."

Auch in diesem Beispiel wird deutlich, dass mit der Spende die Erwartungshaltung in Verbindung steht, dass Frau Gröbe weiter ihre Reproduktionstätigkeit, die Pflege der Großmutter, übernimmt. Hier sind nicht vordergründig Zwänge des Erwerbslebens von Bedeutung, vielmehr scheint ein Fürsorge-Arrangement in der Familie in Gefahr. Auch hier tritt die Selbstsorge von Frau Gröbe in den Hintergrund, schließlich erklärt sie, dass sie eigentlich keine weitere Transplantation wünscht.

Angesichts der Zunahme weiblicher Erwerbstätigkeit und damit an Zwei-VerdienerInnen-Haushalten sind auch weibliche Biografien von der Zentralität von Erwerbsarbeit geprägt. Und Männer sind, wie erwähnt, in der Reproduktionssphäre aktiver (vgl. Abschnitt 1.2), sodass hier vertiefender Forschungsbedarf deutlich wird.

3 Lebendorganspenden als (Re-)Produktionen: Zusammenfassung und Ausblick

Eine Lebendorganspende wird häufig auf einen medizinischen Eingriff reduziert, bei dem rechtliche Fragen der Selbstbestimmung, Freiwilligkeit und Autonomie von Einzelnen im Zentrum stehen. Vernachlässigt wird hierbei, dass dem Eingriff eine Phase einer chronischen Krankheit vorausgeht, die nicht nur das Leben der oder des Kranken prägt, sondern ihr oder sein gesamtes soziales Gefüge. Mit der (re)produktionstheoretischen Perspektive lässt sich aufzeigen, dass eine Lebendorganspende nicht nur den singulären Akt der Explantation und der Transplantation für die SpenderIn-EmpfängerIn-Dyade umfasst, sondern eine Herausforderung für das Verhältnis von Körper, Arbeit und Leben aller Beteiligten bedeutet.

Unser Beitrag bietet erste Überlegungen zu einer solchen (re)produktionstheoretischen und geschlechtersoziologischen Perspektive auf die Lebendorganspende. Wir haben zur Entfaltung dieser Perspektive verschiedene Fäden aufgenommen: Mit Marx stellten wir ein doppeltes Verständnis von Reproduktion aus Selbst- und Fürsorge einerseits und einer (Wieder- bzw. Neu-)Herstellung von Arbeits- und Lebensprozessen heraus. Marx, dies haben frühe feministische und geschlechtersoziologische Ansätze aufgezeigt, vernachlässigte in seinen reproduktionstheoretischen Arbeiten die Einbeziehung von

Geschlecht. Mit Rückgriff auf Marx' Reproduktionsbegriff einerseits und geschlechtersoziologischen Überlegungen zu Fürsorge andererseits schlagen wir einen Begriff von Reproduktion vor, mit dem die vergeschlechtlichen Ambivalenzen ins Zentrum rücken.

Durch diese neue Perspektive werden vor allem Forschungslücken sichtbar. Notwendig erscheinen zunächst Studien, die auf der Basis einer ‚theoretischen Empirie' (Kalthoff/Hirschauer/Lindemann 2008) vertiefende Untersuchungen vorlegen: Aufschlussreich wären weitere mikrosoziologische Untersuchungen, in denen mit Paarinterviews oder mit Verfahren der qualitativen Netzwerkanalyse die sozialen Gefüge einer Lebendorganspende rekonstruiert werden. Wie etwa wird bei Paaren die Spende in den Kontext von Beziehungsleitbildern eingebettet? Wie wird in Familien die (Neu-) Verteilung der Erwerbs- und Reproduktionsarbeit verhandelt und wie wird hierbei die Lebendorganspende gerahmt? Warum entscheiden sich Paare und Familien gegen eine Spende? Wie deuten zum Beispiel Mütter ihre Entscheidung, wenn sie sich gegen eine Spende entschieden haben, und wie wird dies auf Paar- und Familienebene verhandelt?

Weitgehend offen ist zudem die Frage, warum Männer seltener spenden (vgl. Tabelle 1). Lorber und Moore (2002) leiten die geringe Spendebereitschaft von Männern aus einem Konzept von Männlichkeit ab, zu dem körperliche Unversehrtheit gehört. Sie ziehen Parallelen zu dem Bild eines verletzten Soldaten, das als gescheiterte Männlichkeit gelesen werden kann. Unsere Daten deuten darauf hin, dass es Männern weniger gelingen könnte, alternative Lebensentwürfe zur Zentralität von Erwerbsarbeit zu entwerfen. Hier sollten vertiefende Forschungen ansetzen und die Verhältnisse von (neuen) Männlichkeiten mit Fürsorge und der ‚Wieder- bzw. Neuherstellung von Arbeitskraft' ausloten.

Aus der englischsprachigen Forschung ist bekannt, dass schwarze PatientInnen in den USA und Großbritannien Diskriminierungen im Transplantationssystem erfahren. Vermutlich damit in Verbindung stehend gilt auch ihre Bereitschaft für Organspenden als geringer (Motakef 2011). In Deutschland werden in der Transplantationsmedizin keine Daten mit Blick auf Ethnizität, Staatsbürgerschaft oder Migrationshintergrund geführt. Ob Diskriminierungen bestehen oder nicht und, falls ja, welche Konsequenzen sie haben, ist unklar.

Offen ist des Weiteren die Frage nach der Bedeutung der sozialen Herkunft. Da in Deutschland für die Lebendorganspende nicht geworben werden darf, ist anzunehmen, dass es eines größeren sozialen Kapitals bedarf, um überhaupt von der Möglichkeit einer Lebendorganspende zu erfahren, diese für sich in Betracht zu ziehen, sich zusammen mit der potenziellen Spenderin oder dem Spender vor einer Kommission zu erklären und ein langes und intensives Prozedere aus Voruntersuchungen zu überstehen. Wie gelingt es Familien mit wenig sozialem Kapital, eine Lebendorganspende zu realisieren?

Von großer Bedeutung wären zudem Studien, in denen die Rückkehr in das Erwerbsleben untersucht wird. Welche Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern, mit Blick auf die soziale Herkunft und die Ethnizität, die Staatsbürgerschaft oder den Migrationshintergrund?

Aufschlussreich wäre es ebenfalls, das Geschlechterverhältnis in der Lebendorganspende ländervergleichend zu untersuchen. Wie in Tabelle 1 deutlich wurde, spenden mit Ausnahme von Iran in allen aufgeführten Ländern mehr Frauen Organe als Männer, allerdings variiert das Verhältnis. Hier wäre es gewinnbringend zu erfahren, ob und, wenn ja, wie das Geschlechterverhältnis in der Lebendorganspende mit dem Gender-

regime korreliert: Gibt es also zum Beispiel mehr männliche Empfänger in Ländern, in denen das Modell des männlichen Familienernährers noch verbreiteter ist (vgl. Abschnitt 1.2)? Und gilt dies auch für eine geringere Rate von SpenderInnen, in denen das ZweiverdienerInnen-Modell überwiegt? Oder ist das Genderregime für die Lebendorganspende nicht bedeutsam und die Vermutung, dass in Familien davon abgesehen wird, dass der männliche Hauptverdiener spendet, lässt sich nicht bestätigen?

Für vertiefende Forschungsarbeiten zu Lebendorganspenden im Besonderen und Bioökonomien im Allgemeinen erscheint uns das Verhältnis aus Geschlecht und (Re-) Produktion als Ausgangspunkt als besonders aufschlussreich, da die großen Ambivalenzen erfahrbar werden. In der gesellschaftlichen Vermittlung von Körperspenden wird aber in der Regel der Fokus nur auf den vermeintlichen Gewinn für die empfangende Seite gerichtet, ähnlich wie in dem eingangs erwähnten Beispiel: Dort überdeckt die Faszination über die ‚Wieder- bzw. Neuherstellung' einer hegemonialen Fußballmännlichkeit die ambivalente Selbst- und Fürsorge der Eltern.

Literaturverzeichnis

Almeling, Rene. (2011). Sex Cells. The medical market for eggs and sperms. Berkeley: University of California Press.

Bal, Munita Meenu & Saikia, Biman. (2007). Gender bias in renal transplantation: are women alone donating kidneys in India? *Transplantation Proceedings*, *39*(10), 2961–2963.

Becker-Schmidt, Regina; Brandes-Erlhoff, Uta & Rumpf, Mechthild. (1983). *Arbeitsleben – Lebensarbeit. Konflikte und Erfahrungen von Fabrikarbeiterinnen*. Bonn: Verlag Neue Gesellschaft.

Biller-Andorno, Nikola & Schauenburg, Henning. (2003). Vulnerable Spender. Eine medizinethische Studie zur Praxis der Lebendorganspende. *Ethik in der Medizin*, *15*(1), 25–35.

Bock, Gisela & Duden, Barbara. (1976). Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In Gruppe Berliner Dozentinnen (Hrsg.), *Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen*, Juli 1976 (S. 118–199). Berlin: Courage Verlag.

Bock, Gisela & Glöker, Mona. (1978). Lohn für Hausarbeit – Frauenkämpfe und feministische Strategie. In Dokumentationsgruppe der Sommeruniversität e. V. (Hrsg.), *Frauen als bezahlte und unbezahlte Arbeitskräfte. Beiträge zur 2. Sommeruniversität für Frauen*, Oktober 1977 (S. 206–218). Berlin: Courage Verlag.

Breyer, Friedrich; van den Daele, Wolfgang; Engelhard, Margret; Gubernatis, Gundolf; Kliemt, Hartmut; Kopetzki, Christian; Schlitt, Hans Jürgen & Taupitz, Jochen. (2006). *Organmangel: Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?* Berlin: Springer.

Crouch, Robert A. & Elliott, Carl. (1999). Moral agency and the family. The case of living related organ transplantation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 8*(3), 275–287.

Deutsche Stiftung Organtransplantation. (2013). *Organspende und Transplantation in Deutschland.* Frankfurt/M.: Deutsche Stiftung Organtransplantation.

Dölling, Irene. (2009). Transformation. Nach dem Ende der ‚arbeitenden Gesellschaft' das Ende der Arbeitsgesellschaft? *Kulturation. Online Journal für Kultur, Wissenschaft und Politik, 32*, 1–6.

Franklin, Sarah & Lock, Margaret. (2003). Animation and Cessation. The Remaking of Life and Death. In Sarah Franklin & Margaret Lock (Hrsg.), *Remaking Life and Death: Toward an Anthropology of the Biosciences*. (S. 3–22). Santa Fe: School of American Research Press.

Ghods, Ahad J. (2003). Gender Disparity in a Live Donor Renal Transplantation Program: Assessing From Cultural Perspectives. *Transplantation Proceedings, 35*(7), 2559–2560.

Haraway, Donna. (1995). *Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen*. Frankfurt/M.: Campus.

Haug, Frigga. (1996). *Frauen-Politiken*. Hamburg: Argument.

Hausen, Karin. (1976). Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere". Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In Werner Conze (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas. Neue Forschungen* (S. 363–393). Stuttgart: Klett.

Hoeyer, Klaus & Schicktanz, Silke. (2013). Public attitudes to financial incentive models for organs: a literature review suggests that it is time to shift the focus from ‚financial incentives' to ‚reciprocity'. *Transplant International, 26*(4), 350–357.

Jürgens, Kerstin. (2006). *Arbeits- und Lebenskraft. Reproduktion als eigensinnige Grenzziehung*. Wiesbaden: VS Verlag.

Kalitzkus, Vera. (2003). *Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation*. Frankfurt/M.: Campus.

Kalthoff, Herbert; Hirschauer, Stefan & Lindemann, Gesa. (2008). *Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Kaufmann, Sharon; Russ, Ann & Shim, Janet. (2009). Aged bodies and kinship matters: the ethical field of kidney transplant. In Helen Lambert & Maryon McDonald (Hrsg.), *Social bodies* (S. 17–46). New York: Berghahn Books.

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, 3*, 452–458.

Kelly, Susan E. (2011). Qualitative Interviewing Techniques and Styles. In Ivy Bourgeault, Robert Dingwall & Raymond De Vries (Hrsg.), *Qualitative Methods in Health Research* (S. 307–327). Thousend Oaks, New Dehli: Sage.

Koppetsch, Cornelia & Burkart, Günter. (1999). *Die Illusion der Emanzipation. Zur Wirksamkeit latenter Geschlechtsnormen im Milieuvergleich*. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.

Lettow, Susanne. (2012). *Bioökonomie. Die Lebenswissenschaften und die Bewirtschaftung der Körper*. Bielefeld: transcript.

Lewis, Jane. (2002). Gender and Welfare State Change. *European Societies, 4*(4), 331–357.

Lock, Margaret & Crowley-Makota, Megan. (2008). Situating the practice of organ donation in familial, cultural, and political context. *Transplantation Reviews, 22*(3), 154–157.

Lorber, Judith & Moore, Lisa Jean. (2002). *Gender and the social construction of Illness*. Walnut Creek: Alta Mira.

Lukasczik, Matthias; Neuderth, Silke; Köhn, Daniel & Faller, Hermann. (2008). Psychologische Aspekte der Lebendnierenspende und -transplantation: Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 17*(2–3), 107–123.

Mackenzie, Catriona & Stoljar, Natalie. (2000). *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*. Oxford: Oxford University Press.

Marx, Karl. (1962). *Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie*. Berlin: Dietz.

Mayring, Philipp. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Motakef, Mona. (2011). *Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende*. Bielefeld: transcript.

Müller, Hans-Peter; Eder, Klaus; Ettrich, Frank & Lohr, Karin. (2008). [Care – Black Box der Arbeitspolitik]. *Berliner Journal für Soziologie, 18*(2).

Paul, Norbert W. (2005). Zu den Grenzen des Altruismus in der Lebendorganspende. In Christian Rittner & Norbert W. Paul (Hrsg.), *Ethik der Lebendorganspende. Beiträge des Symposiums in der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz, vom 11. September 2004* (S. 205–215). Basel: Schwabe.

Rabinow, Paul. (2004). *Anthropologie der Vernunft. Studien zu Wissenschaft und Lebensführung.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Riegraf, Birgit; Metz-Göckel, Sigrid & Theobald, Hildegard. (2011). Gender und Care [Schwerpunktthema]. *GENDER. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, *3*(3).

Schicktanz, Silke & Hoyer, Klaus. (2013). Constructing „the public" attitudes toward financial incentives for organ donation: methodological and ethical implications. In Gurch Randhawa & Silke Schicktanz (Hrsg.), *Public Engagement in Organ Donation and Transplantation* (S. 10–17). Lengerich: Pabst Publishers.

Schicktanz, Silke; Rieger, Jochen W. & Lüttenberg, Beate. (2006). Geschlechterunterschiede bei der Lebendnierentransplantation: Ein Vergleich bei globalen, mitteleuropäischen und deutschen Daten und deren ethische Relevanz. *Transplantationsmedizin, 18*, 83–90.

Schicktanz, Silke; Schweda, Mark & Wöhlke, Sabine. (2010). Gender issues in living organ donation: medical, social, and ethical aspects. In Ineke Klinge & Claudia Wiesemann (Hrsg.), *Sex and Gender in Biomedicine* (S. 33–57). Göttingen: Universitätsverlag.

Segev, Dorry L.; Kucirka, Lauren M.; Oberai, Pooja C.; Parekh, Rulan S.; Boulware, L. Ebony; Powe, Neil R. & Montgomery, Robert A. (2009). Age and Comorbidities Are Effect Modifiers of Gender Disparities in Renal Transplantation. *Journal American Society of Nephrology, 20*(3), 621–628.

Thiel, Gilbert T.; Nolte, Christa & Tsinalis, Dimitrios. (2005). Gender Imbalance in Living Kidney Donation in Switzerland. *Transplantation Proceedings, 37*(2), 592–594.

Thompson, Charis. (2005). *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies.* Cambridge: The MIT Press.

Tober, Diane M. (2007). Kidneys and Controversies in the Islamic Republic of Iran: The Case of Organ Sale. *Body & Society, 13*(3), 151–170.

Wagner, Elke & Fateh-Moghadam, Bijan. (2005). Freiwilligkeit als Verfahren. Zum Verhältnis von Lebendorganspende, medizinischer Praxis und Recht. *Soziale Welt, 56*(1), 73–99.

Waldby, Catherine & Cooper, Melinda. (2010). From reproductive work to regenerative labour. The female body and the stem cell industries. *Feminist Theories, 11*(1), 3–21.

Waldby, Catherine & Mitchell, Robert. (2006). *Tissue Economies. Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism.* Durham: Duke University Press.

Wimbauer, Christine. (2012). *Wenn Arbeit Liebe erstetzt. Doppelkarriere-Paare zwischen Anerkennung und Ungleicheit.* Frankfurt/M.: Campus.

Winter, Merve & Decker, Oliver. (2006). Gender-Aspekte in der SpenderIn- EmpfängerInbeziehung bei Lebendorganspende. In Alexandra Manzei & Werner Schneider (Hrsg.), *Transplantationsmedizin* (S. 225–249). München: Agenda.

Wöhlke, Sabine & Motakef, Mona. (2013). Selbstbestimmung und die Rolle der Familie in der Lebendorganspende. In Claudia Wiesemann & Alfred Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie* (S. 390–405). Münster: Mentis.

Zeiler, Kristin. (2008). Just love in live organ donation. *Medicine Health Care and Philosophy, 12*(3), 323–331.

Zeiler, Kristin; Guntram, Lisa & Lennerling, Anette. (2010). Moral tales of parental living kidney donation: a parenthood moral imperative and its relevance for decision making. *Medicine, Health Care and Philosophy, 13*, 225–236.

Zu den Personen

Mona Motakef, Dr. phil., 1977, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsschwerpunkte: Geschlechterforschung, soziale Ungleichheit, qualitative Methoden, Subjekttheorie, Soziologie der Körper und der Biopolitik.
Kontakt: Universität Duisburg-Essen, Lotharstraße 65, 47057 Duisburg
E-Mail: mona.motakef@uni-due.de

Sabine Wöhlke, M. A., ist seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen. Arbeitsschwerpunkte: medizinethische, medizinanthropologische sowie Genderaspekte der Lebendorganspende, ethische und kulturelle Aspekte der Darstellung des Themas Organtransplantation im Film und in den Massenmedien, medizinethische Fragen der personalisierten Medizin.
Kontakt: Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin, UMG, Humboldtallee 36, 37073 Göttingen
E-Mail: sabine.woehlke@medizin.uni-goettingen.de