

Kom.-Drs. 15/150

Dr. Ingrid Schneider
Universität Hamburg
FSP Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt (BIOGUM)
Forschungsgruppe Medizin/Neurowissenschaften
Falkenried 94
20251 Hamburg
Tel.: 040/ 42803-6311
Fax.: 040/ 42803-6315
Email: Ingrid.Schneider@uni-hamburg.de

Zusätzliche Stellungnahme

Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zum Thema „Organlebendspende“

1. Zum Wandel in der politischen Akzeptanz der Lebendspende

Vor der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes (TPG) 1997 hat die damalige Bundesregierung noch eine sehr restriktive Haltung zur Lebendspende vertreten. So äußerte sie sich 1988 auf eine Anfrage der Abgeordneten Frau Schmidt (SPD) zu Maßnahmen gegen Organhandel unter positivem Bezug auf europäische Beschlüsse folgendermaßen:

„Die europäischen Gesundheitsminister haben auf ihrer Dritten Konferenz in Paris am 17. November 1987 beschlossen, den Gebrauch von Organen von Lebendspendern einzuschränken und wo möglich Schritt um Schritt zu beseitigen.“¹

1990 befürwortete die Bundesregierung in der Beantwortung einer Großen Anfrage der Abgeordneten Frau Schmidt (Hamburg) und der Fraktion DIE GRÜNEN die restriktive Beschränkung von Lebendspenden auf nahe Blutsverwandte:

„Die Bundesregierung begrüßt die Entwicklung noch weitergehender Möglichkeiten der Lebendspende nicht. Die Bundesregierung vertraut weiterhin auf die kritische Einstellung der Transplantationszentren in der Bundesrepublik Deutschland.“²

¹ Deutscher Bundestag - 11. Wahlperiode. Drucksache 11/3748, Antwort des parlamentarischen Staatssekretärs Pfeifer vom 08.12.88, S. 26 f. Siehe www.transplantation-information.de/gesetze_organspende_transplantation/drucksache/drucksache_11_3748.html

² Deutscher Bundestag - 11. Wahlperiode. Drucksache 11/7980, Große Anfrage der Abgeordneten Frau Schmidt (Hamburg) und der Fraktion DIE GRÜNEN vom 26.09.90 zum Thema „Probleme der modernen Transplantationsmedizin I bis IV“, S. 39 f.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum TPG wurden die Probleme der Lebendorgan-
spende erörtert.³ Diese liegen unter anderem in medizin-ethischer Hinsicht darin, dass einem
gesunden Menschen ein fremdnütziger, riskanter Eingriff mit Schädigungspotential zugemu-
tet wird, für den es für ihn selbst keine Indikation gibt. Die Kosten-Nutzen-Abwägung für den
Adressaten eines jeden medizinischen Eingriffs wird hier auf eine Risiko-Nutzen-Abwägung
zwischen Spender und Empfänger verlagert. Damit wird eine Abkehr vom hippokratischen
Gebot des "Primum nihil nocere" vorgenommen. Zudem kann die Akzeptanz der Lebend-
spende auch ein Einfallstor für eine verdeckte Kommerzialisierung der Organspende eröffnen.

In Anerkennung dieser Probleme wurde die Lebendspende als ultima ratio betrachtet und das
Subsidiaritätsprinzip (Vorrang der postmortalen Organspende in TPG §8 (1)) verankert.
Gleichzeitig aber wurde mit der Verabschiedung des TPG der Kreis der Lebendspender von
nahen Blutsverwandten auf Lebenspartner sowie "andere Personen, die dem Spender in be-
sonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen" erweitert.
1998 bekräftigte das Bundesverfassungsgericht den Vorrang der postmortalen Spende und das
Gebot, jeden Organhandel zu verhindern.⁴

Seit der Verabschiedung des TPG ist die Rate an Lebendspenden sowohl von Nieren wie auch
von Leberteilen sprunghaft angestiegen, während die Transplantationsraten von Organspen-
den nach Hirntod stagnieren oder gar zurückgehen. Dies widerspricht früheren Erwartungen,
dass mit der durch das TPG geschaffenen Rechtssicherheit bald die Zahl der verpflanzten Or-
gane steigen und die Wartelisten abgebaut würden.

Einen Erklärungsfaktor bietet die nunmehr rechtskräftig ermöglichte Lebendspende von
Nichtverwandten (inzwischen 34% der Lebendspenden). Weitere Gründe für die Zunahme der
Lebendspende liegen unter anderem in Vorbehalten und Motivationsdefiziten von Medizinern

³ Siehe die 67.Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, 9.10.1996, Öffentliche Anhörung zum TPG, Protokoll
Nr. 67.

⁴ BVerfG, 1 BvR 2181/98 vom 11.8.1999. Dort heißt es in Rn 37: „Die Beschränkung der Zulässigkeit der Or-
ganentnahme bei Lebenden beruhe vor allem auf der Auffassung des Gesetzgebers, daß die Organentnahme für
den Spender kein Heileingriff sei, sondern ihm grundsätzlich körperlich schade und ihn gesundheitlich gefährden
könne. In diesem Zusammenhang weist das Bundesministerium darauf hin, daß der Verlust einer Niere im Sozi-
alhilferecht mit einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 25 % eingestuft
werde. (...)Eine Person, die nur noch eine gesunde Niere habe, könne sich bei keiner Krankenkasse, keiner Le-
bensversicherung oder keinem Betriebs- oder Amtsarzt als vollständig gesund bezeichnen. (...) Die restriktive
Handhabung der Lebendspende entspreche auch der Rechtslage in den meisten europäischen Staaten und habe
ferner in dem vom Ministerkomitee des Europarats vom 2. Februar 1999 vorgestellten Entwurf eines Zusatzpro-
tokolls zur Organtransplantation zum Übereinkommen des Europarats über Menschenrechte und Biomedizin
Niederschlag gefunden.“

in peripheren Krankenhäusern, so dass die gesetzliche Meldepflicht von potentiellen postmortalen Organspendern faktisch bisher kaum eingehalten wird. Nicht zuletzt haben auch die im Rahmen des TPG veränderten Allokationsregelungen für Organe, die einen geringeren Selbstbehalt insbes. von Nieren an der Entnahmeklinik bewirken, zu einer institutionellen Präferenz von Lebendspendern beigetragen. Denn die Lebendspende ermöglicht nicht nur einen geplanten, elektiven Eingriff, was der Personaleinsatzplanung von Krankenhäusern entgegenkommt, sondern eröffnet auch einen „Organpool“ am Ort des Transplantationszentrums selbst.

Das Subsidiaritätsgebot des TPG wird allerdings in schleichender Weise außer Kraft gesetzt.

In der Fachdiskussion vorgebrachte normative Legitimationsansätze für die Enttabuisierung und Normalisierung der Lebendspende sind zum einen die Autonomie des Organspenders, welche eine medizinische Indikation für ihn selbst ersetzen soll. Zum anderen wird das fürsorgliche Arzt-Patienten-Verhältnis tendenziell ausgetauscht durch die Sicht als ein Dienstleistungsverhältnis, in dem die Patienten als Kunden auftreten und eventuelle Schäden am eigenen Leib in Kauf nehmen.

Der fehlende Nutzen für die organspendende Person wird teilweise durch einen postulierten psychologischen Nutzen zu ersetzen versucht, etwa indem eine Pflege-Erleichterung für Eltern oder Lebenspartner angeführt wird.

2. Die ärztliche Profession nicht aus der Verantwortung entlassen

Im Gegensatz zu solchen Bestrebungen vertrete ich die Auffassung, dass sich die grundsätzlichen medizinischen und sozialen Probleme, die eine Organspende von gesunden, lebenden Menschen aufwirft, weiterhin bestehen und daher nur eine äußerst restriktive Durchführung von Lebendspenden angeraten sein lassen. Das von Lebendspenden ausgehende Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für die Spender dürfte in ethischer Hinsicht von der ärztlichen Profession schwerlich zu rechtfertigen sein. Ärzte und Ärztinnen müssen Verantwortung für ihr Handeln übernehmen und dürfen diese nicht über Autonomiekonstrukte auf die Patienten delegieren. Verantwortung auch dafür, einen gesunden Menschen durch ihren operativen Eingriff potentiell zu einem Kranken zu machen oder gar zu dessen Tod beigetragen zu haben. Selbst wenn dies auf Veranlassung und zum Nutzen eines dritten, schwerkranken und bedürftigen Menschen geschieht, bleibt die Frage virulent, ob dafür ein anderer Mensch letztlich zu einem Mittel und zu einem Ersatzteillieferanten gemacht werden darf – und sich selbst dazu macht.

Daher sehe ich die Medizin eher in der Pflicht, die Konfrontation von Patienten und deren nahem sozialen Umfeld mit der Möglichkeit einer Lebendspende zu rechtfertigen.

Denn eine Entscheidungskonstellation, in der eine Lebendspende als – womöglich einzige oder letzte – Chance auf Besserung einer schweren Erkrankung erscheint, setzt alle Angehörigen in eine Art Schuldverhältnis, in dem eine verweigerte Hilfeleistung (Organentnahme) psychisch und sozial rechtfertigungsbedürftig erscheint. Die medizinische Anfrage zu einer potentiellen Organlebendspende löst damit großen inneren Druck bei den Beteiligten aus. Diesem Druck können sich offenbar Frauen, denen gesellschaftlich weiterhin stärker (unbezahlte) Fürsorgeaufgaben zugeschrieben werden, schwerer entziehen: Zwei von drei Nieren werden von Frauen gespendet, bei den Empfängern kommen umgekehrt zwei Männer auf eine Frau. Überwiegend spenden Frauen ihren Ehemännern, Mütter ihren Kindern und Schwestern ihren Brüdern. Hierarchien und Abhängigkeitsverhältnisse kommen auch bei der Entscheidung pro oder contra eine Organspende zum Tragen und können diese verstärken („black sheep donation“). Doch auch eine autonome Entscheidung *gegen* eine Nieren- oder Leberspende kann hässliche Spuren in den Beziehungsgefügen stiften und zu schmerzlichen Schuld- und Versagensgefühlen veranlassen.

3. Lebendspende: win-win oder lose-lose-Konstellation?

Dabei soll keineswegs in Frage gestellt werden, dass es als *win-win-Situation* empfundene Konstellationen bei der Nierenlebendspende geben kann – dass der Zugewinn an Unabhängigkeit durch die Befreiung von der Dialyse für beide Lebenspartner gewinnbringend sein kann, oder dass die Entlastung von intensivster Pflege für ein Kind nach einer Leberteilspende als große Erleichterung für die Eltern, insbes. Mütter empfunden wird und die gesundheitlichen Risiken und potentiellen Einbußen dafür in Kauf genommen werden.

Dennoch stellt sich die Frage der Generalisierbarkeit dieser Annahme.

Aus Untersuchungen der qualitativen Sozialforschung zu den Folgen einer Lebendspende für ist bekannt, dass die Situation post-OP sich keineswegs als Verbesserung darstellen muss: Nach Spende und Dialysefreiheit muss eine Neuverteilung der interfamiliären Rollen stattfinden, die auch in Trennung vom Lebenspartner oder in regret-Situationen münden kann.

Einigen Studien zufolge bereuen 4 - 8% der Lebendspender/innen nachträglich ihre Entscheidung zur Spende. War die Transplantation erfolglos, erhöhte sich dies auf 12%. Bei gescheiterten Transplantationen stieg auch die Rate derer, die Schwierigkeiten in ihrer Beziehung zum Empfänger angaben, von 5 auf 18% . Da davon auszugehen ist, dass Probanden eine

nicht rückgängig zu machende Entscheidung tendenziell eher bestätigen und ihr eine positive Sinnstiftung für das eigenen Leben zuweisen, sind diese regret-Raten durchaus als Alarmsignale zu bewerten.

Gegenthese zur win-win-These ist, dass die Lebendspende bereits durch ihre Existenz und Zulassung als soziale und medizinische Institution sozialen Druck schafft, dem sich alle Personen im nahen Umfeld stellen müssen. Prononciert gesprochen könnte man auch – von „win-lose-“ und zumindest teilweise - von „lose-lose-Konstellationen“ sprechen.

Die beiden US-Soziologinnen Renée Fox und Judith Swazey, die jahrzehntelang zur Transplantationsmedizin geforscht haben, verweisen auf den Zwangscharakter von Lebendspenden, negative Familiendynamiken, die Verstrickung in ein Gläubiger-Schuldner-Verhältnis und auf die ewige Verpflichtung des Empfängers zur Dankbarkeit, die sich in emotionalen und sozialen Abhängigkeiten und in der Angst, Erwartungen zu enttäuschen, äußern.

Die Medizin ist vor allem auf Organfunktionsraten auf Erfolgsparameter ausgerichtet. Die Funktion eines verpflanzten Organs ist aber nicht mit einer psychisch-emotionale Verträglichkeit gleichzusetzen. Notwendig wären qualitative psychologische und sozialwissenschaftliche Langzeitstudien zu den Folgen von Lebendspenden für die spendenden und empfangenden Personen sowie deren engem sozialen Umkreis (Familie, Beruf), sowie ein stärkerer Fokus auf die Probleme der Transplantierten, die unter anderem durch die Notwendigkeit der Immunsupprimierung aufgeworfen werden.

4. Lebendspendekommissionen

Die Einrichtung von Lebendspendekommissionen bildet ein prozedurales Modell, um der gesetzlich geforderten Freiwilligkeit und Uneigennützigkeit der Lebendspende und dem Organhandelsverbot nachzukommen.

Bisher ist nicht wissenschaftlich evaluiert, ob sich dies tatsächlich als ein probates Mittel erweist. Die Befragung von Kommissionsmitgliedern ist zwar wertvoll und aufschlussreich, um Einblick in die entwickelten Verfahren zu gewinnen und Stärken sowie Schwachstellen zu eruieren. Methodisch nimmt man allerdings eine Voreingenommenheit für die Kommissions-tätigkeit in Kauf. Daher sollten solche Untersuchungen durch qualitative Studien, teilnehmende Beobachtungen sowie durch Befragungen von Pflegekräften, weiterbetreuenden Ärzten, Spender und Empfänger ergänzt werden, deren Finanzierung durch geeignete Träger übernommen werden sollte.

Eine Professionalisierung der Kommissionen, externe unabhängige Evaluationen und Qualitätskontrollen, Transparenz und inhaltliche Begründung der Voten sind dringend anzustreben. Notwendig ist außerdem eine Klärung ihrer rechtlichen Verbindlichkeit sowie die Frage von Haftung bei Fehlentscheidungen. Bisher gibt es keine Einsicht in Daten zu den Zustimmungsbzw. Ablehnungsraten, selbst nicht für die Landesärztekammern und die Gesundheitsministerien bzw. -behörden auf Länderebene. Auch die Frage des Entscheidungsmodus (Mehrheitsentscheidung oder Einstimmigkeit) wäre zu vereinheitlichen, wobei ein Einstimmigkeitsprinzip, welches einem einzelnen Mitglied das Vetorecht einräumt, zu begrüßen ist. Die Aufnahme eines Patientenschutzvertreters in die Kommission (nach dem Modell Bremen) sowie ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis bei den Mitgliedern wären dringend zu befürworten. Eine bundesweite Vereinheitlichung und ggf. bundesrechtliche Kompetenz-Verschiebung sind positiv zu bewertende Maßnahmen. Insbesondere sollten psychologische Vorbegutachtungen und die verpflichtende Anhörung von Empfängern-in-spe festgeschrieben werden, denn auch die Entscheidung zur Annahme eines Organs sollte ein begründet freiwilliger Akt sein. Eine Entscheidung allein „nach Aktenlage“ sollte ausgeschlossen werden. Zu klären wäre auch wie einem „Kommissionstourismus“ im Falle eines ablehnenden Votums begegnet werden kann bzw. welche Folgen es hat, wenn sich ein Arzt sich über ein negatives Votum einer Kommission hinwegsetzt.

Reformbedarf besteht nicht nur bei den Lebendspendekommissionen. Zusätzlich sollte an den Kliniken eine Obfrau bzw. –mann für die Lebendspende benannt werden, deren Aufgabe insbesondere im Donor-Advocacy liegen sollte, wobei allerdings eine personelle Verquickung mit der Transplantationschirurgie auszuschließen wäre. Wenn Bedenken bestehen, dass ein „freiwilliger und autonomer“ Entschluss zur Spende unter hohem sozialem Druck oder in Verhältnissen von Co-Abhängigkeit (z.B. bei Alkoholismus) zustande gekommen ist, sollte zweifelnden Spender/innen die Möglichkeit eines medizinischen „Alibis“ eröffnet werden („barmherzige Lüge“ über mangelnde Kompatibilität oder Kontraindikationen). Bei nicht-dringlichen Transplantationen sollte außerdem die Einführung einer Bedenkzeit von etwa 6 Monaten in Erwägung gezogen werden.

5. Notwendige Maßnahmen

Der hohe Grad professioneller Selbstkontrolle, den die Medizin genießt, ist gerechtfertigt, wenn die damit versprochene effektive Selbstregulierung eingelöst werden kann. Bezüglich der Lebendspende wären aufgrund des eingangs genannten medizin-ethischen Paradigmenwechsels besonders starke selbstregulative Maßnahmen im Sinne eines aufgeklärten Eigeninteresses und der Herstellung von Transparenz zu erwarten. Leider sind hier jedoch eine Reihe von Versäumnissen und Defiziten zu beklagen, die daher Anlass für die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung aufwerfen:

- Es gibt kein Register zur Erfassung von Todesfällen und von leichten wie schweren Komplikationen bei und nach einer Lebendspende (sowohl bei Spender/innen und Empfänger/innen). Eine entsprechende gesetzliche Meldepflicht wäre nötig, um valide Daten zu erhalten.
- Es fehlen follow-up-Studien zu mittel- und langfristigen Komplikationen bei den Spender/innen, deren Finanzierung zudem gesichert werden müßte. Regelmäßige Nachuntersuchungen der Spender/innen und die Deckung deren Kosten über die Krankenkasse des/der Empfänger/in wären notwendig.
- In Deutschland bestehen bisher keine Erwerbsunfähigkeits- und Lebensversicherungen für Spender/innen. In der Schweiz haben Transplantationschirurgen an einzelnen Kliniken mit privaten Versicherungsgesellschaften solche Versicherungen entwickelt und abgeschlossen. Ein derartiger versicherungsrechtlicher Schutz von Lebendspender/innen – angepasst an das deutsche System – wäre notwendig zur Absicherung von deren Risiken, die auch die Familien betreffen, dies sollte nicht als finanzieller Anreiz zur Lebendspende bewertet werden.
- Zu erwägen wäre eine institutionelle Trennung von medizinischer Indikationsstellung und Ausführung einer Lebendspende.
- Im Sinne einer nachhaltigen Gesundheits-Entwicklung ist es notwendig, die Prävention von Organerkrankungen zu fördern. Außerdem müßte z.B. die Peritonealdialyse als kostengünstigere und für Nierenkranke auch wesentlich angenehmere Methode gefördert werden. Diese ist z.B. in Großbritannien weit verbreitet und ermöglicht den Dialyseabhängigen we-

sentlich mehr Unabhängigkeit und Lebensqualität. Insgesamt sind forschungspolitisch neue Techniken und ethisch wie sozial verträgliche Alternativen zur Organimplantation zu fördern.

6. Organhandel in Deutschland

Der Verdacht, dass deutsche Chirurgen in Essen und Jena an mehreren Fällen von Organhandel beteiligt waren, ist bisher nicht ausgeräumt. Akribische Recherchen insbesondere der Journalistin Martina Keller unter anderem in Israel und Moldawien haben ein Fülle von harten Indizien dafür erbracht, dass mutmaßlich sieben israelische Patienten in der Essener Uniklinik unter Cheftransplanteur Prof. Christoph Broelsch eine gekaufte Niere verpflanzt bekommen haben. In einer Zeit-Reportage (ZEIT 50/2002) wurden Hinweise dafür geliefert, dass die Organgeschäfte über einen israelischen Broker abgewickelt wurden. Prof. Broelsch streitet ab, von einem Kauf gewusst und selbst Geld erhalten zu haben. Das Ergebnis der staatsanwaltlichen Ermittlungen bleibt abzuwarten.

Bemerkenswert ist, dass die ganz überwiegende Mehrzahl der deutschen Transplanteure selbst keineswegs öffentlich rückhaltlose Aufklärung gefordert und sich eindeutig von jedem Organhandel distanziert hat. Auch entsprechende innerprofessionelle oder berufsrechtliche Maßnahmen sind nicht bekannt geworden. Es bleibt aber fragwürdig, die lückenlose Aufklärung investigativen Journalist/innen und der Staatsanwaltschaft zu überlassen.

Grauzonen: Unbehagen beim medizinischen und pflegerischen Personal an Kliniken bereiten aber offenbar zunehmend Verhältnisse, bei denen Transplantationspatienten insbes. aus dem arabischen Raum mit ihrem „eigenen“ Lebendspender anreisen. Bei Lebendspende-Kommissionen schafft dies Unsicherheit über den Nachweis der Verwandtschaftsverhältnisse bzw. der engen persönlichen Beziehung. Die Präsenz von Empfänger und Spender, die eigens zur Transplantation angefliegen sind, erzeugt Zeitdruck. Von Seiten des medizinischen Personals wird gefragt, ob betriebswirtschaftliche Überlegungen und die stärkere ökonomische Ausrichtung auch staatlicher bzw. städtischer Kliniken die Behandlung solcher Patienten unabdingbar machen, nicht zuletzt, um die eigenen Arbeitsplätze zu sichern. Solche Situationen erschweren die Aufdeckung potentieller illegaler Organkäufe in erheblichem Maße.

7. Internationale Entwicklung: Enttabuisierung der Kommerzialisierung des Körpers

Seit zwei Jahrzehnten hat sich insbesondere im angelsächsischen Raum (USA, UK) ein Diskurs entwickelt, der – rhetorisch eingekleidet über Begriffe wie „rewarded gifting“ (entlohntes Geschenk), „finanzielle Entschädigung“ einer Lebendspende, „Schmerzensgeld“ und ökonomische „Anreize“ – einer Enttabuisierung der Kommerzialisierung der Lebendspende den Weg bereiten will. Damit würde das internationale, in WHO- und Weltärztebund-Erklärungen sowie in der europäischen Grundrechte-Charta (- der künftigen europäischen Verfassung!) verankerte Nicht-Kommerzialisierungsgebot für den menschlichen Körper aufgehoben.

Vorgeschlagen werden nationale Modelle eines staatlich regulierten Organhandels.

Im Iran besteht bereits seit ca. neun Jahren ein offizielles, staatlich gefördertes Kompensationsmodell für Lebendspender. Es wurden dort über 13.000 Nierenspender operiert, die meisten erhielten 2.000 Dollar, dies entspricht im Iran einem durchschnittlichen Jahresgehalt.

Aufgrund der Abgeschlossenheit des Iran und politischen wie kulturellen Sonderbedingungen erscheint dieses Modell allerdings nicht übertragbar.

In Israel erstatten die Krankenkassen mittlerweile Kosten für gekaufte Nieren. Der Nephrologe Michael Friedländer hat in Jerusalem bereits mehr als 400 Patienten betreut, die sich im Ausland gegen Bargeld eine neue Niere einpflanzen ließen. Der Organtourismus nach Irak, Türkei, USA oder Ost- aber auch Westeuropa wird meist über israelische Broker vermittelt. Mittlerweile wurde eine Gesetzesinitiative eingebracht, das Organhandelsverbot durch eine staatliche Reglementierung zu ersetzen.

Die Debatte greift mittlerweile auf Deutschland über, propagiert werden dabei „finanzielle Anreize und Belohnungen“ für Lebendspender und national beschränkte Modelle.

Ich habe mich mit dieser Debatte ausführlich auseinandergesetzt und verweise dazu auf meinen dieser Stellungnahme beiliegenden Artikel

„Ein Markt für Organe? Die Debatte um ökonomische Anreize zur Organspende“, in: Fuat S. Oduncu/Urich Schroth/Wilhelm Vossenkuhl (Hg.): Organtransplantation, Organgewinnung und – verteilung, Perspektiven. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 2003, S. 189-208.

Zusammengefasst halte ich eine nationale Begrenzung nicht für möglich. Eine Begrenzung von Lebendspender/innen auf deutsche Staatsangehörige wäre nicht machbar, da Organspender ggf. über Adoption etc. die Staatsbürgerschaft erwerben könnten. Außerdem wäre dies aus verfassungsrechtlichen Gründen (Diskriminierungsverbot) nicht haltbar. Auch Beschränkungen in Bezug auf eine ökonomische Notlage als Movens für den Organverkauf, indem z.B. Empfänger von Arbeitslosengeld II, oder Hochverschuldete von der Organabgabe gesetzlich ausgeschlossen würden, wäre zu sehr anfällig für Manipulationen, als dass sie effektiv durchsetzbar wären. Ein regulierter Organmarkt ist in einer globalisierten, entgrenzten Welt auf nationaler Ebene unmöglich.

Auch wird häufig das Argument vorgebracht, man würde mit der Zulassung von bezahlten Lebendspendern eine Art Entwicklungshilfe leisten und Menschen zu einem Startkapital für eine Selbständigkeit verhelfen. Zudem sei es zynisch, armen Menschen diese Chance eines Gelderwerbs vorzuenthalten. Diese Argumente sind nicht stichhaltig und wurden inzwischen durch empirische Studien widerlegt.

Eine im Journal of the American Medical Association (Goyal et al in JAMA 2002) veröffentlichte Studie an 305 indischen NierenverkäuferInnen in Chennai (Madras), die sechs Jahre nach der Operation befragt wurden, ergab, dass der Organverkauf keineswegs zu einer nachhaltigen Lebensverbesserung für die Verkäufer führt. 71 Prozent der Nierenverkäufer waren Frauen, teilweise wurden sie vom Ehemann zur Veräußerung gedrängt. Fast alle waren durch Überschuldung der Familie in den Verkauf getrieben worden. Durchschnittlich erhielt jede/r 1.070 Dollar für ihr Organ. Drei Viertel der Befragten blieben weiterhin verschuldet, die Zahl derer, die unter der Armutsgrenze lebten, nahm zu. 86 Prozent berichteten von einem verschlechterten Gesundheitszustand nach der Nierenentnahme. Die meisten (79 Prozent) raten vom Verkauf einer Niere ab.

Diese Zahlen werden durch eine qualitative Studie an 30 Nierenverkäuferinnen in einem Slum in Madras ergänzt (Lawrence Cohen 1999): Die Organverkäufer/innen waren durchgängig binnen weniger Jahre wieder überschuldet. In dem als „kidney zone“ bekannten Gebiet intensivierte Organbroker ihre Suche, während gleichzeitig Gläubiger noch aggressiver Schulden eintrieben. Cohens pointiertes Fazit lautet: Die Entscheidung zum Nierenverkauf sei nicht schlicht eine Antwort auf Armut, sondern die Schuldenkrise des Einzelnen wäre nicht – oder zumindest nicht in dem Maße - eingetreten, hätte es nicht die Option des Nierenverkaufs gegeben. Verwandte von Nierenkranken aus der Mittel- und Oberschicht nahmen die externe Kaufmöglichkeit gerne zum Anlass, selbst die Organspende nicht in Erwägung zu ziehen.

8. „Kommunizierende Röhren“: Postmortale Organspende und Lebendspende – Spende und Verkauf von Organen

Dies verweist darauf, dass die Optionen „Organspende nach Hirntod“ und „Lebendspende“, sowie die Alternativen „altruistische versus bezahlte Spende“ keine parallel nebeneinander bestehenden Universen sind, sondern interdependente Systeme darstellen.

Der Ausbau der Lebendspende und die Stagnation der postmortalen Organspende stehen in einem Zusammenhang.

Es ist davon auszugehen, dass eine bezahlte Spende eine altruistische Spende tendenziell verdrängen würde. Wird die Organ-Gabe durch ein ökonomisches „Anreiz“ bzw. Kaufmodell ergänzt, führt dies dazu, dass Menschen aus dem näheren Umfeld sich leichter der Spende entziehen können, ggf. gar unter Verweis darauf, sich finanziell am Kauf des Ersatzorgans zu beteiligen. Das Aufrechterhalten körperlicher Integrität kann somit zu Lasten von ökonomisch Unterprivilegierten »gekauft« werden, die sich aus finanziellem Druck heraus zur Spende genötigt sehen. „Warum soll ich jemandem aus meiner Familie oder Freundeskreis das Risiko zumuten, wenn ich eine Niere kaufen kann?“ lautet der paradigmatische Satz für diese Grundhaltung. Dies mutet das Risiko denen zu, die ökonomisch keine andere Chance sehen, als ihre Haut „freiwillig und autonom“ zu Märkte zu tragen. Sie führt zu einem Organtransfer von Süden nach Norden, von Ost nach West, von Frauen zu Männern, Schwarzen zu Weißen, von unten nach oben.

Selbst wenn die Allokation von lebend gespendeten Organen nicht über die Zahlungsfähigkeit des Empfängers gesteuert würde, sondern ein nationaler Pool dazwischengeschaltet und ein eigenes Allokationssystem errichtet, sowie der Preismechanismus über einen Festpreis ausgeschaltet würde, wäre eine höchst selektive Rekrutierung nach ökonomischen Kriterien zwangsläufig.

Letztlich dient daher die Diskussion um finanzielle Anreize, die im Schatten des Organmangels geführt wird, der Wahrung, Absicherung und Ermöglichung von Organ-Interessen privilegierter Gruppen von Nierenkranken, vor allem in Industrieländern, denen überhaupt Zugang zu einer Dialyse oder auch den teuren Medikamenten nach einer Transplantation möglich ist. Sie ermöglicht die Preisgabe des Körpers der „Anderen“, sei es Menschen in der Dritten Welt oder Osteuropa, oder Menschen im eigenen Land, die in ökonomische, finanzielle oder soziale Notlagen geraten sind.

Eine ökonomisch vorgeblich „neutrale“ Argumentation für mehr „Effizienz“ und ein erhöhtes Organaufkommen, die „finanzielle Anreize“ für die Organlebendspende propagiert, ist daher äußerst partikularen Interessen verpflichtet.

Sie löst aber nicht einmal in ökonomischer Hinsicht ein, was sie verspricht: Denn die Propagierung einer entlohnten Organlebendspende würde in Deutschland wahrscheinlich zu einer erheblichen Glaubwürdigkeits- und Vertrauensverlust der Transplantationsmedizin führen.

Eine rückläufige Organspende nach Hirntod wäre wahrscheinlich. Auch würde sie erhebliche Konflikte innerhalb der Transplantationsmedizin hervorrufen. Denn beim Herzen bestehen ohnehin keine Ausweichmöglichkeiten hin zur Lebendspende - es sei denn, man wollte auch das tödliche Organopfer gegen Geld zulassen. Für das medizinische Ethos wäre dies eine endgültige Bankrotterklärung, da nicht mehr das Gebot des Helfens und Heilens ohne Ansehen der Person maßgeblich wäre, sondern eine Ethik des „Schaden-Dürfens gegen Cash“ eingeführt würde.