https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/255

Gen-ethischer Informationsdienst

Lebendspende: Kommerzialisierung des Unbezahlbaren?

AutorIn
Ingrid Schneider

Die Anzahl der Lebendspenden von Organen ist in Deutschland, aber auch in den USA und anderen Ländern erheblich angestiegen. Eine Organspende von einem gesunden lebenden Menschen ist nicht nur mit medizinischen und ethischen Problemen verbunden, sie birgt auch die Gefahr der Kommerzialisierung. Der GID dokumentiert - stark gekürzt und überarbeitet - die schriftliche Stellungnahme von Ingrid Schneider zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ vom 1. März 2004.

Im 1997 verabschiedeten Transplantationsgesetz (TPG) wird die Lebendspende als ultima ratio betrachtet, verankert ist der Vorrang der Organspende nach Hirntod. Damit trägt es medizinisch-ethischen Problemen der Lebendspende Rechnung: Sie liegen darin, dass einem gesunden Menschen ein fremdnütziger, riskanter Eingriff mit Schädigungspotential zugemutet wird, für den es für ihn selbst keine Indikation gibt. Damit wird eine Abkehr vom hippokratischen Gebot „Zuallererst nicht schaden!“ (Primum nihil nocere) vorgenommen. Gleichzeitig aber wurde mit der Verabschiedung des TPG der Kreis der Lebendspender von nahen Blutsverwandten auf Lebenspartner sowie “andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen”, erweitert. Die Rate an Lebendspenden ist im vergangenen Jahrzehnt sprunghaft angestiegen: 1993 wurden 58 Nieren von lebenden Spendern verpflanzt (2,7% aller Nierentransplantationen), 2002 waren es 443 Nieren (19,1%). Die Rate der Leber-Lebendspende stieg von 2 Prozent (1993: 12 Splitlebern) auf 12,5 Prozent (2002: 85 Leberteile) an. Hingegen stagnieren die Transplantationsraten von Organspenden nach Hirntod. Dies widerspricht früheren Erwartungen, dass mit der durch das TPG geschaffenen Rechtssicherheit bald die Zahl der verpflanzten Organe steigen und die Wartelisten abgebaut würden. Für den Zuwachs an Lebendspenden gibt es neben der notorischen Knappheit von Organen mehrere Erklärungsfaktoren: Erstens wurde mit dem TPG die Lebendspende von Nichtverwandten rechtskräftig ermöglicht. Sie macht inzwischen 34 Prozent der Lebendspenden aus. Zweitens wird die gesetzliche Meldepflicht potentieller postmortaler Organspender von Ärzten bisher kaum eingehalten. Und schließlich haben die im Rahmen des TPG veränderten Allokationsregelungen für Organe, die dazu führen, dass weniger Nieren an der Entnahmeklinik selbst behalten und verpflanzt werden können, 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. Gleichzeitig wird allerdings das Subsidiaritätsgebot des TPG schleichend außer Kraft gesetzt. Als Legitimation wird in der Fachdiskussion zum einen die Autonomie des Organspenders angeführt. Zum

anderen besteht eine Tendenz, das fürsorgliche Arzt-Patienten-Verhältnis zunehmend als ein Dienstleistungsverhältnis anzusehen, in dem die Patienten als Kunden auftreten und eventuelle Schäden am eigenen Leib „selbstbestimmt“ 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.

Verantwortung der Ärzte

Im Gegensatz zu solchen Bestrebungen vertrete ich die Auffassung, dass Ärzte und Ärztinnen Verantwortung für ihr Handeln übernehmen müssen und diese nicht über Autonomiekonstrukte auf die Patienten delegieren dürfen. Sie müssen die Verantwortung dafür tragen, einen gesunden Menschen durch ihren operativen Eingriff potentiell zu einem Kranken zu machen oder gar zu dessen Tod beigetragen zu haben. Statistisch erleiden drei von 100 Nierenspendern Komplikationen wie Milzverletzungen oder Nachblutungen, drei von 1.000 Nierenspendern versterben an der Operation. Besonders hoch sind die Risiken bei der Spende eines Teils der Leber: Bei fast jedem zweiten Spender treten Komplikationen auf, die von Wundinfektionen, Darmverwachsungen bis hin zu beschädigten Gallengängen oder Zwerchfellergüssen reichen. Einer von 100 Spendern stirbt. Selbst wenn der Eingriff auf Veranlassung des Spenders 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 Ersatzteillieferant gemacht werden darf – und sich selbst dazu macht. 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. Eine solche Situation löst damit großen inneren Druck bei allen 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.(1) Hierarchien und Abhängigkeitsverhältnisse kommen auch bei der Entscheidung pro oder contra 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.

Lebendspende: ein Gewinn für beide Seiten?

Dabei soll keineswegs in Frage gestellt werden, dass es als win-win-Situation empfundene Konstellationen bei der Nierenlebendspende geben kann – beispielsweise kann der Zugewinn an Unabhängigkeit durch die Befreiung von der Dialyse für beide Lebenspartner gewinnbringend sein. Es stellt sich jedoch die Frage nach der Generalisierbarkeit dieser Annahme. Aus Untersuchungen der qualitativen Sozialforschung zu den Folgen einer Lebendspende ist bekannt, dass die Situation nach einer Lebendspende-Operation sich keineswegs als Verbesserung darstellen muss: Nach Spende und Dialysefreiheit muss eine Neuverteilung der interfamiliären Rollen stattfinden, die auch in Trennung vom Lebenspartner oder konfliktive Verstrickungen münden kann. Einigen Studien zufolge bereuten vier bis acht Prozent der LebendspenderInnen nachträglich ihre Entscheidung zur Spende. War die Transplantation erfolglos, erhöhte sich dies auf 12 Prozent. Bei gescheiterten Transplantationen stieg auch die Rate derer, die Schwierigkeiten in ihrer Beziehung zum Empfänger angaben, von fünf auf 18 Prozent. 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 Raten durchaus als Alarmsignale zu bewerten.

Organhandel in Deutschland

Der Trend zur Lebendspende könnte auch zu einer Kommerzialisierung des Umgangs mit menschlichen Organen führen. Der Verdacht, dass deutsche Chirurgen in Essen und Jena an mehreren Fällen von Organhandel beteiligt waren, ist bisher nicht ausgeräumt. Akribische Recherchen 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.(2) Die Organgeschäfte sollen über einen israelischen Broker abgewickelt worden sein. Prof. Broelsch streitet ab, von einem Kauf gewusst und selbst Geld erhalten zu haben. Das Ergebnis der staatsanwaltlichen Ermittlungen bleibt abzuwarten. In Jena wurde Strafanzeige gegen Prof. Scheele gestellt, der unter dem Verdacht steht, einer russischen Dolmetscherin gegen Geldzahlung eine Leberhälfte eines Hirntoten verpflanzt zu haben.(3) Bemerkenswert ist, dass die ganz überwiegende Mehrzahl der deutschen Transplanteure selbst keineswegs öffentlich rückhaltlose Aufklärung gefordert und sich ebensowenig eindeutig von jedem Organhandel distanziert hat. Auch entsprechende innerprofessionelle oder berufsrechtliche Maßnahmen sind nicht bekannt geworden. Unbehagen beim medizinischen und pflegerischen Personal an Kliniken bereiten aber offenbar zunehmend Verhältnisse, bei denen Transplantationspatienten insbesondere aus dem arabischen Raum mit ihrem „eigenen“ Lebendspender anreisen. Die Präsenz von Empfänger und Spender, die eigens zur Transplantation angeflogen sind, erzeugt Zeitdruck. Von Seiten des Krankenhauspersonals wird gefragt, ob betriebswirtschaftliche Überlegungen und die stärkere ökonomische Ausrichtung staatlicher sowie 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.

Kommerzialisierung des Körpers

Seit zwei Jahrzehnten hat sich insbesondere im angelsächsischen Raum (USA, UK) ein Diskurs entwickelt, der – rhetorisch eingekleidet in Begriffe wie „rewarded gifting“ (entlohntes Geschenk), finanzielle „Entschädigung“, „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 verankerte Nicht-Kommerzialisierungsgebot für den menschlichen Körper aufgehoben.(4) Einige Philosophen und Ökonomen schlagen nationale Modelle eines staatlich regulierten Organhandels vor. Im Iran etwa besteht bereits seit 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.(5) 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 derweilen auf Deutschland über, propagiert werden dabei „finanzielle Anreize und Belohnungen“ für Lebendspender und national beschränkte Modelle. Eine Begrenzung von LebendspenderInnen auf deutsche Staatsangehörige oder auf Menschen mit festem Wohnsitz in Deutschland wäre jedoch rechtlich kaum machbar (Diskriminierungsverbot). Beschränkungen in Bezug auf eine ökonomische Notlage als Beweggrund für den Organverkauf, indem zum Beispiel Empfänger von Arbeitslosengeld oder Hochverschuldete von der Organabgabe gesetzlich ausgeschlossen würden, wären zu sehr anfällig für Manipulationen, als dass sie effektiv durchsetzbar wären. Ein regulierter Organmarkt ist in einer globalisierten, entgrenzten Welt auf nationaler Ebene unmöglich.

Schaden dürfen gegen Cash?

Häufig wird das Argument vorgebracht, mit der Zulassung von bezahlten Lebendspendern könnte man eine Art Entwicklungshilfe leisten und Menschen zu einem Startkapital für eine selbständige Existenz verhelfen. Es sei zynisch, heißt es, armen Menschen diese Chance eines Gelderwerbs vorzuenthalten. Diese Argumente sind nicht stichhaltig und wurden zudem inzwischen durch empirische Studien widerlegt. Eine Befragung von 305 indischen NierenverkäuferInnen in Chennai (Madras) sechs Jahre nach der Operation ergab, dass der Organverkauf keineswegs zu einer nachhaltigen Lebensverbesserung für die Verkäufer führte. 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/ sein 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.(6)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-“ beziehungsweise Kaufmodell ergänzt, führt dies dazu, dass Menschen aus dem näheren Umfeld sich leichter der Spende entziehen können, gegebenenfalls gar unter Verweis darauf, sich finanziell am Erwerb 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 Risiken 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 Markte 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. 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, immununterdrückenden 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. 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.

Fußnoten

Fußnoten:

1. Biller-Andorno Nicola 2002: Gender imbalance in living organ donation. In: Medicine, Health Care & Philosophy 5(2), S. 199-204.
2. „Operation Niere“, Die Zeit, Nr. 50, 5.12.2002.
3. Da bei dieser Leber der Abfluss zur Galle nicht funktionierte, verstarben neben der russischen Frau auch der zweite Teilleber-Empfänger, ein deutscher Strahlenphysiker, so der Report von Silvia Matthies in MONITOR Nr. 515, ARD, am 4. März 2004: “Die Geschichte einer tödlichen Lebertransplantation“.
4. Zu dieser Debatte siehe ausführlich: Schneider, I.: „Ein Markt für Organe? Die Debatte um ökonomische Anreize zur Organspende“, in: Oduncu/ Schroth/Vossenkuhl (Hg.): Organtransplantation, Organgewinnung und –verteilung, Perspektiven. Göttingen 2003, S. 189-208. Zum Problem der Organverteilung siehe Schneider I. 2000: Die Vergesellschaftung des Leibes - Verteilungs(un)gerechtigkeit in der Transplantationsmedizin, in: Mürner/Schmitz/Sierck (Hg.) 2000: Schöne, heile Welt? Biomedizin und Normierung des Menschen. Hamburg/Berlin, S. 45-71
5. Neben der staatlich festgelegten Summe erhalten Nierenverkäufer in der Regel nach der OP einen verhandelbaren Betrag vom Empfänger. Eine Befragung von 300 Nierenverkäufern dokumentiert, dass

zwei Drittel negative Auswirkungen auf ihre Arbeitssituation hinnehmen mussten. Keiner der Befragten entkam Armut und Verschuldung. Vier von fünf konnten keine Nachsorge in Anspruch nehmen. 85 Prozent würden, hätten sie die Chance dazu, ihre Niere nicht noch einmal verkaufen. (Lt. Zarghooshi, Javaad: Quality of life of Iranian kidney “donors”, in: Journal of Urology 166(5) 2001, S. 1790-.1799)

6. Goyal M, Mehta RL, Schneiderman LJ, Sehgal AR: Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India, in: JAMA 288, 2002, S.1589-93; Vgl. auch: Scheper-Hughes, Nancy: Keeping an eye on the global traffic in human organs. Lancet 361, 2003, S. 1645-48.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 163 vom April 2004
Seite 33 - 36