

FRIEDRICH BREYER

Der andere Skandal

Der Mangel an Spenderorganen
und mögliche Auswege

1 Einleitung¹

Alle paar Monate wird ein neuer „Organspende-Skandal“ in Deutschland aufgedeckt. Zuletzt war es im September 2013 das Universitätsklinikum Münster, dem seitens der Bundesärztekammer vorgeworfen wurde, falsche Angaben geliefert und damit den eigenen Patienten auf der Warteliste für eine Spenderleber größere Chancen auf ein Spenderorgan verschafft zu haben. Die Empörung ist groß, wird doch anderen, kränkeren Patienten der ihnen zustehende Platz auf der Warteliste weggenommen. Manche von ihnen drohen zu sterben, obwohl sie durch ein Spenderorgan hätten gerettet werden können. Dies ist auch der Grund, warum ein Arzt aus Göttingen inzwischen wegen versuchten Totschlags vor Gericht steht.

Eine weitere bedrückende Folge der Manipulation von Krankendaten ist, dass die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung zurückgeht, weil potenzielle Spender das Vertrauen in ein gerechtes Organverteilungssystem verlieren und darum von einer Spende absehen – so jedenfalls die Deutung der fallenden Zahl von Organspendern in den Medien.

Diese Darstellung geht jedoch am eigentlichen Skandal vorbei. Sicher: Die Ärzte in den Transplantationszentren kennen die Regeln und wissen, dass es ein Unrecht ist, die eigenen Patienten zu bevorzugen, indem man sie als noch kränker darstellt, als sie es sind. Dennoch ist das Verhalten der Ärzte allenfalls juristisch, nicht jedoch moralisch zu verurteilen, denn jeder Patient, der auf der Warteliste für ein Organ steht, ist schwer krank und vom Tode bedroht. Jedes Jahr sterben in Deutschland mehr als 1.000 Patienten, die vergeblich auf ein Spenderorgan gewartet haben. Und wer will es einem Arzt verdenken, dass er alles für seine Patienten tut, die er tagtäglich leiden sieht und deren Tod er befürchten muss?

Was ist aber die Wurzel der tragischen Entscheidungssituation, vor der die Ärzte heute stehen? Warum heißt es: „mein Patient oder dein Patient“? Die Ursache liegt im Mangel an Spenderorganen. Gäbe es genügend Organe, käme jeder Patient an die Reihe, bevor es für ihn zu spät ist. Dann wäre auch kein Arzt versucht, zugunsten seines Patienten

¹ Der Verfasser dankt Markus Epp, Normann Lorenz und Jochen Taupitz für wertvolle Hinweise.

Daten zu manipulieren. Damit kommen wir aber dem wahren Skandal auf die Spur.

In diesem Beitrag wird dargelegt, dass Deutschland auch im internationalen Vergleich an einem fundamentalen Mangel an Spenderorganen leidet, an dem weder das Transplantationsgesetz von 1997 noch die 2011 eingeführte „Entscheidungslösung“ etwas geändert haben. Diese Entwicklung wird an Hand detaillierter Zahlen dargestellt (Abschnitt 2), und es werden Erklärungen für die Misere angeboten (Abschnitt 3). Im vierten Abschnitt werden mögliche institutionelle Reformen vorgestellt und diskutiert, mit denen dem Mangel entgegengewirkt werden könnte. Schließlich wird in Abschnitt 5 das Versagen der Politiker beleuchtet, die zwar das Problem erkannt haben, sich aber weigern, die nötigen Reformen zu seiner Lösung anzustoßen, so dass es durchaus nicht übertrieben ist, von einem Skandal zu sprechen.

Die Analyse bezieht sich dabei immer auf die sogenannte postmortale Spende, also auf die Entnahme von Organen von hirntoten Patienten. Die Lebendspende von Nieren oder Leberteilen ist nicht Gegenstand dieses Beitrags.

2 Der Organmangel in Zahlen

Wenn man beurteilen will, ob es an etwas „mangelt“ und ob dieser Mangel gravierend ist oder sich noch verschärft, so kann man das durch einen Vergleich der verfügbaren Menge mit drei verschiedenen Maßstäben feststellen,

- a) dem Bedarf,
- b) internationalen Standards oder
- c) entsprechenden Werten der Vergangenheit.

a) Den Bedarf an Spenderorganen kann man an den „Neuanmeldungen auf der Warteliste“ ablesen, die jährlich von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) veröffentlicht werden. In Tabelle 1 sind diese Zahlen für das Jahr 2012 jeweils der Zahl verfügbarer Transplantate gegenübergestellt. Man erkennt, dass bei allen Organen außer Bauchspeicheldrüsen – hier war der Bedarf 2012 erstmals seit langer Zeit wieder gedeckt; 2009 bestand noch eine Lücke von 75 Organen! – ein erheblicher Fehlbedarf bestand. Bei Nieren und Lebern wurde der Mangel durch Lebendspenden etwas verringert, wobei zu bedenken ist, dass eine Lebendspende mit einem nicht zu vernachlässigenden Operationsrisiko für

Tabelle 1: Neuanmeldungen, Transplantationen und Todesfälle 2012					
	Niere	Leber	Herz	Lunge	Pankreas
Anmeldungen	3.522	1.689	610	435	155
postmortale Spende	1.820	1.019	346	357	161
Lebendspende	766	78		2	
Transplantationen	2.586	1.097	346	359	161
Fehlbedarf gesamt	936	592	264	76	-6
Fehlbedarf postmortal	1.702	670	264	78	-6
Todesfälle auf der Warteliste	385	520	172	76	13

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (2013), Jahresbericht

den Spender verbunden ist und daher in Deutschland zu Recht nur als Ultima Ratio eingesetzt wird.

Allerdings zeichnet die Länge der Warteliste bei Nieren ein schiefes Bild des tatsächlichen Bedarfs, da seit einigen Jahren nicht mehr die Dauer des Eintrags auf der Warteliste, sondern die Dauer der Dialysepflichtigkeit bei der Organallokation eine Rolle spielt und es daher genügt, sich kurz vor dem vermuteten Ende der Wartedauer (derzeit ca. sechs Jahre) zur Transplantation anzumelden. In der Tat befanden sich im Jahr 2006, dem letzten Jahr, für das diese Zahlen berichtet wurden (Frei/Schober-Halstenberg 2008), mehr als 63.000 Patienten in Deutschland in der Dialyse, und es wurden 17.500 neue Patienten dialysepflichtig, von denen nach plausiblen Schätzungen etwa die Hälfte von einer Spenderniere profitieren würde. Daher dürfte der wahre jährliche Bedarf bei ca. 9.000 Nieren liegen.

Tabelle 2: Todesfälle auf der Warteliste in Deutschland, 2003 – 2007					
	2003	2004	2005	2006	2007
Niere	351	458	399	359	353
Herz	151	179	171	205	178
Lunge	86	113	119	100	97
Leber	315	298	363	364	307
Pankreas	15	15	15	16	14
Summe	975	1004	1018	995	894
Todesfälle auf der Warteliste in Deutschland, 2008 – 2012					
	2008	2009	2010	2011	2012
Niere	386	348	394	395	385
Herz	169	190	206	175	172
Lunge	126	110	114	102	76
Leber	386	404	477	464	520
Pankreas	26	21	27	23	13
Summe	1031	1015	1154	1091	1110

Quelle: Eurotransplant (2013)

Ein weiterer Indikator für den Mangel an Spenderorganen ist die Zahl der auf der Warteliste verstorbenen Patienten, die in der letzten Zeile der Tabelle 1 angegeben ist. Außer bei Nieren, für die es mit der Dialyse

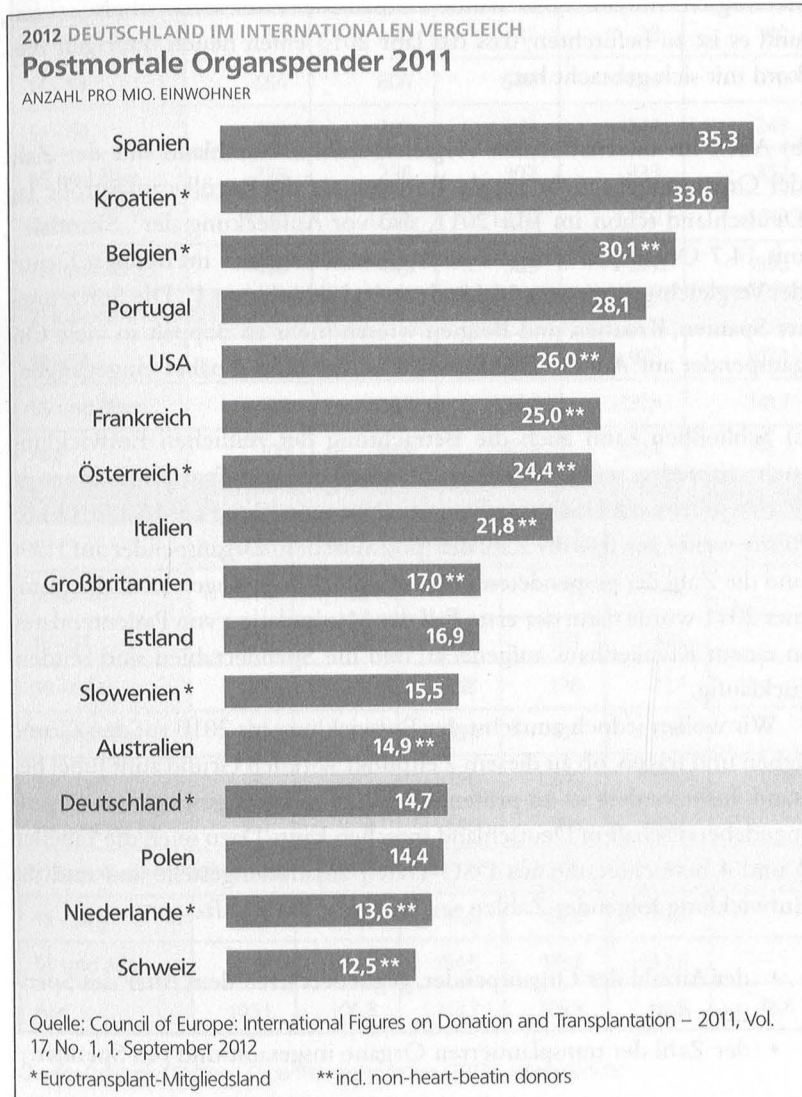


Abbildung 1:

Deutschland im internationalen Vergleich

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (2013), Jahresbericht

eine Ersatztherapie gibt, entsprechen diese Zahlen mehr oder weniger dem zuvor errechneten Fehlbedarf. Überdies sind die Zahlen trotz einiger Schwankungen über die Zeit insgesamt gestiegen, wie aus Tabelle 2 hervorgeht: Im Jahr 2010 wurde erstmals die Zahl 1.100 überschritten, und es ist zu befürchten, dass das Jahr 2013 einen neuen traurigen Rekord mit sich gebracht hat.

b) Auch im internationalen Vergleich steht Deutschland mit der Zahl der Organspender nicht gut da. Bezogen auf die Bevölkerungsgröße lag Deutschland schon im Jahr 2011, also vor Aufdeckung der „Skandale“, mit 14,7 Organspendern je eine Million Einwohner im unteren Drittel der Vergleichsgruppe von 16 Ländern (vgl. Abbildung 1). Die Spitzenreiter Spanien, Kroatien und Belgien wiesen mehr als doppelt so viele Organspender auf. Auf die Gründe wird in Abschnitt 4 näher eingegangen.

c) Schließlich kann auch die Betrachtung der zeitlichen Entwicklung nicht zufrieden stellen. „Bisher höchste Anzahl an Transplantationen in 2010“, jubelte die DSO zwar in einer Pressemitteilung am 13.1.2011 und führte weiter aus, dass die Zahl der (postmortalen) Organspender auf 1.296 und die Zahl der gespendeten Organe auf 4.205 gestiegen seien. Im Sommer 2011 wurde dann der erste Fall der Manipulation von Patientendaten in einem Krankenhaus aufgedeckt, und die Spenderzahlen sind seitdem rückläufig.

Wir wollen jedoch zunächst der Entwicklung bis 2010 auf den Grund gehen und fragen, ob zu diesem Zeitpunkt wirklich Grund zum Jubel bestand. Insbesondere ist zu prüfen, ob man von einer gestiegenen Organspendebereitschaft in Deutschland sprechen kann. Dazu seien die Tabellen 3 und 4 betrachtet, die aus DSO-Daten zusammengestellt sind und die Entwicklung folgender Zahlen seit dem Jahr 2003 aufzeigen:

- der Anzahl der Organspender, gegliedert nach dem Alter des Spenders, und
- der Zahl der transplantierten Organe insgesamt und pro Spender.

Die Zahlen legen überraschende Entwicklungen offen, die in der öffentlichen Diskussion zur Organspende bisher noch keine Rolle gespielt haben:

Tabelle 3: Organspender nach Alter, 2003 – 2007						
Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	
1) absolute Zahlen						
unter 16	56	30	41	38	40	
16 – 54	664	606	646	644	678	
55 – 64	192	209	231	244	243	
65 und älter	228	236	302	333	352	
Summe	1.140	1.081	1.220	1.259	1.313	
Summe ab 55	420	445	533	577	595	
2) Indexwerte (2003 = 100)						
16 – 54	100	91,3	97,3	97,0	102,1	
55 und älter	100	106,0	126,9	137,4	141,7	
Alle	100	94,8	107,0	110,4	115,2	
Organspender nach Alter, 2008 – 2013						
Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013
unter 16	41	37	44	36	22	
16 – 54	596	562	603	571	467	
55 – 64	238	251	256	236	227	
65 und älter	323	367	393	357	330	
Summe	1.198	1.217	1.296	1.200	1.046	876
Summe ab 55	561	618	649	593	557	
2) Indexwerte (2003 = 100)						
16 – 54	89,8	84,6	90,8	86,0	70,3	
55 und älter	133,6	147,1	154,5	141,2	132,6	
Alle	105,1	106,8	113,7	105,3	91,8	76,8

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (2013), Jahresbericht

1. Die Zahl der Organspender insgesamt stieg zwar von 2003 bis 2010 mit einigen Schwankungen um ca. 14 Prozent. In der wichtigsten Altersgruppe der 16–54-Jährigen sank sie aber um fast 10 Prozent. Der Zuwachs kommt allein dadurch zustande, dass die Zahl der älteren Organspender ab 55 Jahren um über 50 Prozent zunahm. Dies ist aber keineswegs einer gewachsenen Spendenbereitschaft zuzuschreiben, sondern vielmehr dem medizinischen Fortschritt, der es nun ermöglicht, auch Organe älterer Hirntoter mit guten Erfolgsaussichten zu verpflanzen (überwiegend an ältere Empfänger).
2. Die Zahl der Transplantate ist im gleichen Zeitraum noch stärker gestiegen als die Zahl der Organspender, nämlich um 20 Prozent, was dadurch bewirkt wurde, dass die Transplantationsmediziner jedem Spender im Durchschnitt mehr Organe entnehmen konnten. Die Zahl der Organe je Spender stieg bis 2010 um 6 Prozent, bis 2013 sogar um 13 Prozent, was den Rückgang an Spendern teilweise kompensiert hat.

Tabelle 4: Transplantate, 2003 – 2007						
Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	
insgesamt	56	30	41	38	40	
Index (2003 = 100)	664	606	646	644	678	
pro Spender	192	209	231	244	243	
Index (2003 = 100)	228	236	302	333	352	
Transplantate, 2008 – 2013						
Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013
insgesamt	41	37	44	36	22	
Index (2003 = 100)	596	562	603	571	467	
pro Spender	238	251	256	236	227	
Index (2003 = 100)	323	367	393	357	330	

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (2013), Jahresbericht

Insgesamt kann man also feststellen, dass trotz mannigfacher Appelle zur Organspende und Aktionen wie dem jährlichen „Tag der Organspende“ am 1. Sonntag im Juni die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung nicht einmal im Zeitraum 2003–2010 gestiegen ist.

Als Nächstes ist zu überprüfen, ob in der Folge der 2011 und 2012 aufgedeckten „Skandale“ tatsächlich die Spendenbereitschaft zurückgegangen ist. Dazu ist es erforderlich, den Prozess der Einholung der Zustimmung zur Organentnahme durch das Krankenhauspersonal genauer zu betrachten. Da der Hirntote selbst bekanntlich nicht mehr einwilligungsfähig ist, muss diese Zustimmung grundsätzlich bei den Angehörigen eingeholt werden, und diese sind nur in seltenen Fällen (s.u., Abschnitt 3) durch das Vorliegen eines Spenderausweises des Hirntoten gebunden. In allen anderen Fällen berufen sie sich auf den mündlich geäußerten Willen des Sterbenden oder auf den mutmaßlichen Willen, oder sie entscheiden sogar selbst nach eigenem Ermessen. Einen Rückgang der Spendenbereitschaft in Folge der „Skandale“ würde man daran erkennen, dass die Angehörigen häufiger eine Organentnahme ablehnen als vor 2011. Darüber gibt Tabelle 5 Auskunft, aus der hervorgeht, dass die Zustimmungsrates zwischen 2008 und 2012 nur sehr wenig geschwankt hat, nämlich zwischen 70 und 74 Prozent. Die überraschende Erkenntnis ist also, dass die Spendenbereitschaft in jüngster Zeit gar nicht in nennenswertem Ausmaß gesunken ist.

Jahr	2008	2010	2012
Zustimmung und Organentnahme	1198	1296	1046
Zustimmung, keine Entnahme	66	62	70
Ablehnung	551	482	434
Summe	1815	1840	1550
Anteil Zustimmung	69,6	73,8	72,0

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (2013), Jahresbericht

Wenn dennoch die Zahl der realisierten Organspenden seit 2011 deutlich sinkt, so kann dies daran liegen², dass die Bereitschaft des Klinikpersonals gesunken ist, die Angehörigen in ihrer Situation des Schocks und der Trauer um die Freigabe von Organen zu bitten und sich dann wo möglich anhören zu müssen: „wir denken gar nicht daran, solange nicht sichergestellt ist, dass wirklich die Patienten sie bekommen, die sie am dringendsten brauchen.“ Die Zahlen aus den Angehörigengesprächen, die tatsächlich stattgefunden haben, legen zwar nahe, dass diese Befürchtung unbegründet war, aber es ist auch möglich, dass die Klinikmitarbeiter eine gute Einschätzung davon hatten, welche Angehörigen am ehesten zustimmen würden, und daher eine engere Auswahl von Angehörigen kontaktiert haben.

² Ein weiterer Grund könnte ein Rückgang der Hirntodfälle sein. Ein derart drastischer Rückgang ist jedoch wenig plausibel.

3 Ursachen des Organmangels

In repräsentativen Umfragen geben regelmäßig 60 bis 80 Prozent der Befragten an, dass sie bereit seien, nach ihrem Tod ihre Organe zu spenden, so auch in einer Ipsos-Umfrage im Jahr 2013, in der es insgesamt 68 Prozent waren. Gleichzeitig besitzen nur ca. 16 Prozent nach eigenen Angaben einen Organspenderausweis.³ Jedoch dürfte auch diese Zahl noch den wahren Wert übertreiben und zum Teil dem Bemühen der Befragten geschuldet sein, dem Interviewer zu imponieren. Denn nach DSO-Zahlen stützten sich nur 7,9 Prozent aller im Jahr 2012 getroffenen Entscheidungen über eine Organentnahme auf den schriftlich ausgedrückten Willen des Spenders. In allen anderen Fällen musste nach dem – nach Aussage der Angehörigen! – mündlich geäußerten Willen (25,4%), nach dem vermuteten Willen (44,2%) oder direkt nach Entscheidung der Angehörigen (22,5%) entschieden werden (vgl. Tabelle 6).

in Prozent	Zustimmung	Ablehnung	gesamt
schriftlicher Wille	10,3	1,8	7,9
mündlicher Wille	23,2	31,1	25,4
vermuteter Wille	50,6	27,6	44,2
Angehörige	15,9	39,4	22,5

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (2013), Jahresbericht

Für die riesige Diskrepanz zwischen den Umfrageergebnissen und dem tatsächlichen Verhalten gibt es viele verschiedene Erklärungen. Zum einen kann es sich einfach um Trägheit handeln, also um die vielen Menschen geläufige Schwerfälligkeit beim Umsetzen „guter Vorsätze“. Hinzu kommt sicher die Tatsache, dass die Menschen sich nur äußerst ungern

³ <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1941/umfrage/bereitschaft-zur-organspende-nach-tod>, abgefragt am 16.12.2013

mit dem eigenen Tod beschäftigen und sich nur dann dazu durchringen können, konkrete Verfügungen zu treffen, wenn sie eine starke Motivation dazu haben, wie es etwa bei der Abfassung eines Testaments oder dem Abschluss einer Lebensversicherung der Fall ist. Weil so wenige Personen einen Organspenderausweis ausfüllen, wird auch die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers verfehlt, der mit der Wahl der Erweiterten Zustimmungslösung im Transplantationsgesetz von 1997 dem Spender die Verfügung über seine Organe einräumen wollte. De facto läuft die Regelung nämlich auf ein Verfügungsrecht der Angehörigen über die Organe des Sterbenden hinaus.

Es gibt darüber hinaus durchaus rationale Gründe, sich auch dann nicht als Organspender zur Verfügung zu stellen, wenn man sich intensiv mit der potenziellen Situation des eigenen Hirntods beschäftigt hat. So treten regelmäßig in Fernseh-Talkrunden Mediziner wie der Wissenschaftsredakteur der Süddeutschen Zeitung, Werner Bartens, auf, die Zweifel daran äußern, dass der Hirntod wirklich das unwiderrufliche Ende des Lebens markiert. In einem SZ-Artikel vom 9.7.2012 schreibt er, das Gehirn eines Hirntoten könne noch die Körpertemperatur beeinflussen, auf Infektionen reagieren – etwa mit Fieber – oder mit dem Hormon ADH die Urinausscheidung regulieren. Mit feinen Messinstrumenten aufgenommene Muster des „hirntoten“ Gehirns deuteten gar darauf hin, dass es auf Schmerz reagiere. Damit wird beim Laien – vermutlich ungewollt – der Eindruck vermittelt, es gebe aus diesem Zustand möglicherweise doch noch ein Zurück.

Des Weiteren entspricht die Aussicht, nach Eintritt des Hirntods noch bis zu 24 Stunden am Beatmungsgerät zu hängen, damit die Organe entnommen werden können, nicht unseren Vorstellungen von einem „würdigen Sterben“. Darüber hinaus gibt es bei vielen Menschen immer noch Bedenken, Krankenhäuser würden weniger intensiv um das Leben eines Unfallopfers kämpfen, wenn dieses mit einem Organspenderausweis in der Brieftasche eingeliefert würde. Auch wenn dieser Verdacht keinerlei empirische Basis hat, muss man ihn doch ernst nehmen, wenn man die Spenderzahl erhöhen will, und über Wege nachdenken, wie man den entsprechenden Ängsten den Boden entziehen kann.

Da nun so wenige Menschen zu Lebzeiten ihren Willen zur Organspende schriftlich bekunden, muss in allen anderen Fällen des Hirntods

das Krankenhaus, wenn es an einer Organentnahme interessiert ist⁴, das mühsame und belastende Gespräch mit den Angehörigen suchen, um von ihnen in dieser Situation der Trauer eine Zustimmung dazu zu erlangen. Es ist verständlich, dass viele Krankenhäuser vor dieser Hürde zurückschrecken, vor allem in Zeiten, in denen das Bild der Transplantationsmedizin von „Skandalen“ getrübt ist. Hinzu kommt die hohe Arbeitsbelastung der meisten Krankenhausärzte, die es wegen des Hippokratischen Eides als ihre vorrangige Verpflichtung ansehen, den Patienten zu helfen, bei denen sie eine Besserung herbeiführen können. Für ein längeres Gespräch mit den Angehörigen eines Patienten, bei dem der Sterbeprozess bereits unumkehrbar eingesetzt hat, bleibt da vielfach keine Zeit mehr.

⁴ Man muss sich an dieser Stelle klarmachen, dass es in Deutschland ca. 2.000 Krankenhäuser gibt, in denen prinzipiell der Hirntod eines Patienten eintreten kann, aber nur ca. 40 Transplantationszentren, in denen Spenderorgane benötigt werden. Selbst wenn zufällig ein Hirntoter in einem der letzteren Krankenhäuser liegt, bedeutet das nicht, dass das Zentrum seine Organe an eigene Patienten verpflanzen darf, denn die Verteilung regelt der Eurotransplant-Verband mit der Zentrale im niederländischen Leiden.

4 Wege zur Bekämpfung des Organmangels⁵

Angesichts der oben beschriebenen Misere bei den Zahlen von Organpenden ist es sinnvoll, sich eingehend mit der Frage zu beschäftigen, welche prinzipiellen, auch kreativen Möglichkeiten es gibt, mit denen das Organaufkommen gesteigert werden könnte. Diese lassen sich in drei Kategorien einteilen:

- 1) Maßnahmen, die den Mitwirkungszwang des Organspenders aufheben, indem sein Verfügungsrecht über die eigenen Organe entweder abgeschafft („Notstandslösung“) oder auf ein Vetorecht verkürzt wird („Widerspruchslösung“);
- 2) Maßnahmen, mit denen dem potenziellen Organspender zusätzliche Anreize zur Zustimmung geboten werden („Reziprozitätslösung“);
- 3) Maßnahmen, die die Bereitschaft der Krankenhäuser zur Mitwirkung erhöhen („Spenderregister“).

4.1 Die Notstandslösung

Wenn es darum geht festzulegen, wer nach seinem Tod als Organspender in Frage kommt, ist es nicht abwegig, „alle Bürger“ als potenzielle Spender einzubeziehen, da auch alle Bürger potenzielle Organempfänger sind. Die generelle Zulässigkeit der postmortalen Entnahme wird daher häufig auch mit der Idee einer Solidargemeinschaft gerechtfertigt. Da man davon ausgehen könne, dass jedes Gesellschaftsmitglied im Ernstfall gerne ein Organ erhalten würde, um weiterleben zu können, müsse ein denkbares Anliegen, dass der eigene Leichnam „unversehrt“ bleiben solle, hinter das zuerst genannte Anliegen zurücktreten (Hoerster 1997). Dies rechtfertige ein kollektives Zugriffsrecht auf die Organe eines Verstorbenen. Bedenkt man, dass Eingriffe in den Leichnam auch zu anderen Zwecken

⁵ Ähnliche Überlegungen wie die im Folgenden angestellten finden sich bereits in früheren Publikationen des Verfassers wie Breyer et al. (2006) und Breyer/Kliemt (2008).

zugelassen werden (z.B. bei der Anordnung einer Obduktion zur Wahrung des staatlichen Strafanspruches), erscheint eine vergleichbare Höherbewertung der öffentlichen Interessen bei der postmortalen Organentnahme nicht unplausibel.

Im Übrigen wäre die Notstandslösung auch mit anderen deutschen Rechtsnormen kompatibel, vor allem mit dem strafbewehrten Verbot der „unterlassenen Hilfeleistung“ nach § 323 c StGB.⁶ Wenn es strafbar ist, einer in Lebensgefahr befindlichen Person nicht zu helfen, auch dann wenn man selbst sich dadurch in zumutbarem Maße in Gefahr begeben würde, dann sollte es erst recht zwingend geboten sein, die gleiche Hilfe nach dem eigenen Tod zur Verfügung zu stellen, wenn jede Gefahr für das eigene Leben ausgeschlossen ist.

Das stärkste Argument gegen eine derartig einschneidende Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts ist, dass diese nicht erforderlich ist, um das Ziel der Rettung der durch Organversagen bedrohten Menschenleben zu erreichen, weil es einen milderen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht gibt, der dazu ebenfalls geeignet ist, nämlich die Widerspruchslösung. In der Tat ist in allen Ländern, die die Erklärungslast umkehrten und die Widerspruchslösung eingeführt haben, der Anteil der Widersprüche extrem klein, so dass es für eine schärfere Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts keine Notwendigkeit gibt.

4.2 Die Widerspruchslösung

Während die Notstandslösung den öffentlichen Interessen an der Organer Gewinnung absoluten Vorrang einräumt, verwirklicht die Widerspruchslösung eine Kompromissvariante. Im Spannungsverhältnis zwischen den öffentlichen Interessen an der Gewinnung ausreichend vieler Spenderorgane und den Interessen des Verstorbenen bzw. der Angehörigen an der Wahrung der Integrität des Leichnams strebt sie einen Ausgleich an: Sie verpflichtet den Spender nicht zur Duldung der Organentnahme, bürdet

⁶ „Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

ihm aber die Erklärungslast auf, indem sie die Organentnahme erlaubt, solange kein Widerspruch abgegeben worden ist. Auf diese Weise hat jeder die rechtlich geschützte Möglichkeit, durch eine nicht weiter begründungspflichtige Erklärung eine postmortale Organentnahme zu verhindern. Unterlässt der Bürger es hingegen, Widerspruch zu erheben, so wirkt sich dies im Sinne der Zulässigkeit der Entnahme aus.

Dass diese Regel geeignet ist, das Organaufkommen wesentlich zu steigern, zeigt sich in den Ländern, die sie gewählt haben, wie Österreich, Belgien oder Spanien, und die im Vergleich mit Deutschland zwei- bis dreimal so viele Organe pro Million Einwohner entnehmen.⁷ Dies kann nicht allein an einer höheren Zustimmungsrates liegen, die ja in Deutschland bereits über 70 Prozent beträgt, sondern muss auch damit zu tun haben, dass die Entscheidungslast von den Angehörigen eines hirntoten Patienten in ihrer Trauer genommen ist und daher die Bereitschaft der Ärzte höher ist, sich am Organerwerbungsprozess zu beteiligen.

Natürlich fordert die Widerspruchslösung ein höheres Maß an Solidarität vom Bürger als die Zustimmungslösung, da jedem Individuum zunächst der Status des Organspenders zugeschrieben wird. In der politischen Debatte in Deutschland trifft diese Umkehr der Erklärungslast auf nahezu einhellige Ablehnung. Als der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme vom 24.4.2007 ein sogenanntes „Stufenmodell“ vorschlug, das mit einer breiten Informationskampagne beginnen und mit der Einführung der Widerspruchslösung enden sollte, schallte ihm ein donnerndes Nein aus allen fünf Fraktionen des Bundestags entgegen, das mit der angeblich zu weit gehenden Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Bürger begründet wurde. Dies überrascht, da unter der Widerspruchslösung nicht nur eine einfache und begründungslose Erklärung des Betroffenen die Organentnahme verhindern würde, sondern der Ethikrat zudem sogar noch den Angehörigen ein Vetorecht einräumen wollte.

Gegen die Widerspruchslösung kann man jedoch einen weiteren Einwand erheben, der in der politischen Debatte bisher noch keine Rolle spielte: Sie führt zu einer gravierenden Ungerechtigkeit bei der Organverteilung, solange Personen, die einen Spenderausweis besitzen, und solche, die einer Organentnahme bei sich selbst explizit widersprochen ha-

⁷ Detaillierte empirische Analysen finden sich in Abadie/Gay (2006) sowie Johnson/Goldstein (2003).

ben, das gleiche Anrecht auf ein Spenderorgan erhalten, sollte eines ihrer Organe versagen.

4.3 Die Reziprozitätslösung

4.3.1 Vorteile der Reziprozität

Oben wurde dargestellt, dass es die meisten Menschen große Überwindung kostet, sich mit dem eigenen Tod zu beschäftigen, es sei denn, sie haben dazu einen starken Anreiz. Die Sorge um die engsten Familienangehörigen stellt einen solchen Anreiz dar, weshalb viele Menschen eine Lebensversicherung abschließen. Einen ähnlich starken Anreiz zur Organspende könnte der Gesetzgeber schaffen, indem er die Regeln der Organallokation ändert, also der Kriterien, nach denen die Plätze der Kranken auf der Warteliste für Organe verteilt werden. Dafür spielen derzeit lediglich die Dringlichkeit, die Erfolgsaussicht und die Wartezeit eine Rolle. Als zusätzlicher Gesichtspunkt könnte berücksichtigt werden, ob der Patient, als seine Organe noch nicht versagt hatten, selber zur Organspende bereit war und dies auch mit einer schriftlichen Erklärung dokumentiert hatte. Damit würde die derzeit bestehende enge Verbindung der Begriffe „Organspende“ und „eigener Tod“ aufgelöst und stattdessen eine neue Verbindung hergestellt werden, nämlich zu der Möglichkeit, dass man selbst ja auch ein Spenderorgan benötigen könnte. Ein solcher „Bonus für Spendenbereite“ könnte einfach in einer Verkürzung der Wartezeit liegen.⁸

Der Bonus gibt jedem Menschen den Anreiz, sich zum Organspender zu erklären und dies nicht im Ernstfall (eines Hirntods) seinen Angehörigen zu überlassen. Denn nur so kann er sich so weit wie irgend möglich dagegen versichern, dass er selbst ein Organversagen erleidet und auf der Warteliste so weit hinten steht, dass er daran stirbt. Statt Vorkehrungen für den eigenen (Hirn-)Tod zu treffen, kann er jetzt etwas für das eigene Überleben tun. Dieser Anreiz wird ungleich wirksamer sein als noch so viele moralische Appelle. Diese Hypothese wurde von einem von Kess-

⁸ Die Berücksichtigung der eigenen Spendenbereitschaft im Rahmen eines Punktesystems bei der Organallokation wird derzeit in Singapur und Israel praktiziert.

ler und Roth (2012) durchgeführten Laborexperiment eindrucksvoll bestätigt.

Die Bonus-Regelung entspricht aber auch landläufigen Vorstellungen von Fairness und dem von der Politik so oft betonten Prinzip der Solidarität, dass derjenige, der zu geben bereit war, auch einen höheren Anspruch auf Hilfe hat, wenn er selbst in Not gerät. Auch die großen Weltreligionen vertreten die „Goldene Regel“ (Matthäus 7 Vers 12), die besagt, dass man von anderen nicht verlangen kann, was man selber nicht zu geben bereit ist. Schließlich wäre sie geeignet, die oben aufgezählten Bedenken gegen eine Organspende („unwürdiger Sterbeprozess“) zu überwinden, da man, wenn man selbst ein Organ benötigt, ja auch darauf angewiesen ist, dass eine andere Person, der Organspender, diese Bedenken für sich überwunden hat.

Gegner einer Reziprozitätslösung vor allem aus der medizinischen Profession verweisen darauf, dass die Allokation knapper medizinischer Ressourcen sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien zu richten habe, weil man sich ansonsten auf die schiefe Ebene ethischer Dispute begeben würde. Diese Argumentation ist jedoch gerade für die Organallokation im Eurotransplant-Verbund nicht triftig, weil in diese längst auch andere als medizinische Kriterien einfließen, die man durchaus als Gerechtigkeitskriterien interpretieren kann. Insbesondere erhöht sich bei der Nierenallokation die Chance auf Zuteilung mit der Zeit seit Beginn der Dialysepflichtigkeit. Dies steht in erkennbarem Widerspruch zu dem anerkannten (und hinsichtlich der Gewebeübereinstimmung angewendeten) medizinischen Kriterium „erwartete Funktionsdauer des Transplantats“. Denn, wie Meier-Kriesche und Kaplan (2002) gezeigt haben, verringert sich mit zunehmender Dialyседauer der erwartete medizinische Erfolg der Transplantation. Wenn Patienten mit längerer Wartedauer eine höhere Priorität eingeräumt wird, so ist das offensichtlich eine nicht-medizinische Entscheidung, die durch eine Fairnessnorm motiviert ist.⁹

Der Reziprozitätsgedanke scheint noch aus einem weiteren Grund wichtig und zielführend: Wie oben gezeigt, gibt es auch heute noch einige Kritiker der Transplantationsmedizin, die daran zweifeln, ob der Hirntod wirklich das Ende des Lebens bedeute. Diese Zweifler wird es immer ge-

⁹ Auch die nationale Austauschbilanz, die das höhere Organaufkommen der Länder mit Widerspruchslösung berücksichtigen soll, ist kein medizinisches Kriterium.

ben, aber es ist gar nicht nötig, dass die Frage, wie tot ein Hirntoter ist, abschließend und allgemeingültig beantwortet wird. Niemand sollte gezwungen werden, für sich selbst den Hirntod als das Ende zu akzeptieren, und daher sollte niemand zur Organspende gezwungen werden. Aber es sollte jedem einleuchten, dass man nicht von anderen verlangen kann, was man selber nicht zu geben bereit ist. Ein friedliches Zusammenleben der beiden Bevölkerungsgruppen (Hirntod-Bejaher und Hirntod-Ablehner) ist möglich, ein Streit in der Sache völlig überflüssig, wenn man lediglich die Reziprozität einführt und die Hirntod-Ablehner bei der Organverteilung hintanstellt.

4.3.2 Sind Widerspruchs- und Reziprozitätslösung vereinbar?

Theoretisch könnte die Reziprozitätslösung auch mit der Widerspruchslösung kombiniert werden: Eine Kombination der Widerspruchs- mit der Reziprozitätslösung würde darin bestehen, dass bei der Organgewinnung die Widerspruchslösung gilt, bei der Organallokation jedoch Personen, die ihren Widerspruch gegen eine Organentnahme erklärt haben, eine geringere Priorität erhalten als Personen, die keinen Widerspruch erklärt haben. Dies könnte ohne Schwierigkeiten durch einen Malus in dem entsprechenden Verteilungsalgorithmus bewirkt werden.

Eine solche Verbindung wäre aus zwei Gründen wünschenswert: Zum einen würde sie die Fairness der Organallokation erhöhen, indem sie Trittbrettfahrer-Verhalten bestraft, und zum anderen diente sie als Vorkehrung gegen einen möglichen massenhaften Widerspruch im Falle der Einführung der Widerspruchslösung in Deutschland. Die Erfahrung in Österreich lässt diese Gefahr zwar nicht als besonders groß erscheinen. Andererseits schadete in einer solchen günstigen Situation eine Malus-Regelung nicht viel, denn bei einem stark erhöhten Organaufkommen wäre der Mangel beseitigt und somit die geringere Priorität bei der Organzuteilung kein gravierender Nachteil. Mit anderen Worten: Die Malus-Regel greift nur in einer Mangelsituation; in dieser ist sie aber aus Anreizgründen besonders wichtig.

4.3.3 Einwände gegen die Reziprozität

Interessanterweise hat der Nationale Ethikrat (2007) in seiner oben genannten Stellungnahme für die Widerspruchslösung eine Verknüpfung mit dem Reziprozitätsmodell ausdrücklich verworfen und dies wie folgt begründet:

„Reziprozitätslösungen [...] brechen mit einer in Deutschland und anderen Ländern lange geübten Tradition, nämlich dem Prinzip des gleichen Zugangs zu Gesundheitsressourcen, unabhängig vom eigenen Vorverhalten. Zudem machen sie die Organverteilung noch komplizierter, als sie ohnehin schon ist. Schließlich ist das Gerechtigkeitsproblem, das aus einem kurzfristigen Widerruf resultiert (der dem Betroffenen aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht verwehrt werden kann), kaum zu lösen: Wer z.B. zeitlebens spendenbereit war und dennoch kurz vor seinem Tod von der Möglichkeit des Widerspruchs Gebrauch macht, der hätte zeitlebens die Option gehabt, bei eigener Bedürftigkeit bevorzugt ein Organ zu erhalten. Durch seine aktuelle Ablehnung scheidet er gleichwohl als Organspender aus.“

Die Argumentation, die Möglichkeit eines kurzfristigen Widerrufs schaffe ein unlösbares Gerechtigkeitsproblem, kann aus zwei Gründen nicht überzeugen:

- a) Zum einen tritt der Hirntod in den meisten Fällen überraschend auf, so dass der Patient gar keine Gelegenheit mehr hat, einen Widerspruch zu erklären,
- b) zum anderen besteht die Gefahr eines kurzfristigen Widerrufs bei jeder Form der Widerspruchslösung, gleichgültig ob mit einem früheren Widerspruch Nachteile verbunden gewesen wären. In jedem Falle ist es unangenehm, an Stelle eines „würdigen Todes“ noch tagelang beatmet zu werden. Rechnet man damit, dass Menschen noch kurz vor dem (sicheren) Tod widersprechen könnten, so müsste jede Form der Widerspruchslösung scheitern.

Noch weniger überzeugend ist aber das Argument des Traditionsbruchs, denn man muss ja immer die Frage stellen, ob die Tradition („unabhän-

gig vom eigenen Vorverhalten“) gut begründet ist. Klar scheint, dass das allgemeine Prinzip, dass der Einzelne bei Selbstschädigung keinen Anspruch auf kollektiv bereitgestellte Gesundheitsressourcen hat, ethisch gut begründet ist und von vielen geteilt werden dürfte. Der Grund, warum es selten konkret umgesetzt wurde, ist dagegen in der Schwierigkeit zu sehen, das Selbstverschulden im Einzelfall konkret nachzuweisen. Selbst wenn ein Raucher an Lungenkrebs erkrankt, ist es nicht klar, dass das Rauchen ursächlich war.

Die fehlende Beweisbarkeit ist aber gerade nicht das Problem, wenn

1. das „Vorverhalten“ in einer bewusst und freiwillig abgegebenen Erklärung besteht und
2. ein Kausalzusammenhang zwischen diesem Vorverhalten und der Verfügbarkeit der fraglichen Gesundheitsressource besteht.

Überdies ist es keineswegs eine allgemeingültige Regel, dass das eigene Vorverhalten den Anspruch auf Zugang zu Gesundheitsressourcen nicht schmälert. Insbesondere ist es das Prinzip der deutschen Sozialversicherung seit ihrer Gründung, dass der Leistungsanspruch immer eine vorherige Beitragszahlung voraussetzt. Nach § 16 Abs. 3a SGB V erhalten Personen, die mit ihren Beitragszahlungen zwei Monate im Verzug sind, Leistungen nur zur Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände. Überdies verliert nach § 52 SGB V auch derjenige seinen Leistungsanspruch an die Solidargemeinschaft, der sich eine Krankheit vorsätzlich zugezogen hat. Das Erklären eines Widerspruchs liegt durchaus auf der gleichen Ebene wie die Weigerung, sich an den finanziellen Kosten der Gesundheitsversorgung zu beteiligen, so dass es nur konsequent wäre, Widersprechenden zumindest eine geringere Priorität bei der Verteilung der knappen Ressource „Spenderorgane“ zuzuerkennen.

Völlig verkannt wird auch, dass es ja nicht darum geht, jemandem eine an sich für alle hinreichend vorhandene Ressource gleichsam aus „pädagogischen Gründen“ vorzuenthalten. Die vorgeschlagene Regelung bezieht sich vielmehr auf Situationen, in denen notwendiger Weise ein Individuum leer ausgeht. Warum das ausgerechnet dasjenige Individuum sein soll, das zur Überwindung des Problems seinen Beitrag leisten wollte, und nicht das Individuum, das sich dem verweigerte, ist schwer nachzuvollziehen. Dass der Nationale Ethikrat vor dieser Absurdität nicht zu-

rückschreckt, ist ein ernstes Zeichen. Es zeigt, dass selbst Fachleute im ethischen Diskurs immer noch kein angemessenes Verständnis für den Grundsachverhalt der unausweichlichen Knappheit entwickelt haben.

4.4 Ein bundesweites Spenderregister

Neben der Spendenbereitschaft der Bevölkerung ist, wie oben argumentiert, auch die Bereitschaft der Krankenhäuser zur Mitwirkung für die Transplantationsmedizin erforderlich. Insbesondere ist zu fragen, ob es möglich ist, das Angehörigengespräch zu entlasten. Ein erster Schritt hierzu wäre schon getan, wenn die Spendenbereitschaft nicht mehr auf einem gesonderten Ausweis dokumentiert würde, den sein Besitzer ständig mit sich führen sollte, sondern in einem bundesweiten Spenderregister. Krankenhäuser dürften die Eintragung einer bestimmten Person in diesem Register ausschließlich dann abfragen, wenn bereits der Hirntod dieser Person festgestellt wurde. Der Zeitpunkt der Hirntod-Diagnose und der Zeitpunkt der Anfrage müssen dabei festgehalten werden, so dass jederzeit überprüft werden kann, ob sich die Krankenhäuser an die Regel gehalten haben.

Diese Regelung hätte zwei markante Vorteile: Zum einen wird das Angehörigengespräch entlastet, weil das Krankenhauspersonal in diesem Gespräch nicht mehr die Spendenbereitschaft abfragen, sondern die Angehörigen lediglich darüber informieren muss, welchen Willen der Hirntote im Register gespeichert hatte. Zum anderen dient eine Abfrage erst nach der Feststellung des Hirntods im Vergleich zu einem mitgeführten Spenderausweis dem Abbau des oben dargestellten Misstrauens, das Krankenhaus würde „Organspender“ weniger intensiv behandeln als andere Patienten.

Diese Idee ist keineswegs neu, sondern schon in § 2 Abs. 3 TPG vorgesehen. Darin wird der Bundesgesundheitsminister ermächtigt, ein bundesweites Spenderregister per Rechtsverordnung einzurichten. Doch geschehen ist bis heute, 16 Jahre später: nichts.

Ein zentrales Register erlaubte es auch, gewisse Umsetzungsprobleme bei der Reziprozitätslösung aus der Welt zu schaffen. So muss geregelt werden, wie mit Personen verfahren werden soll, die zunächst ihren Widerspruch gegen eine Organentnahme bekundet haben, sich später aber vielleicht sogar angesichts einer eigenen schweren Organerkrankung

als Spender eintragen lassen, um in den Genuss eines Bonus zu kommen. Diesem Missbrauch der Reziprozitätslösung könnte etwa durch eine Wartezeit begegnet werden, bevor ein solcher Bonus wirksam wird, und das Register würde dazu verwendet, die Zeitpunkte etwaiger Übertritte vom Status „Widersprechender“ zum Status „Organspender“ festzuhalten.

5 Das Versagen der deutschen Politik

Das Transplantationsgesetz von 1997 hat nicht nur das Ziel verfehlt, die extreme Knappheit der Spenderorgane zu lindern, seine strikte Anwendung widerspricht zuweilen auch dem gesunden Menschenverstand und den moralischen Intuitionen der Bevölkerung. Dies wird spätestens dann deutlich, wenn die mit ihm befassten Entscheidungsträger mit ungewöhnlichen Konstellationen konfrontiert werden, wie das im Januar 2006 in Berlin der Fall war. Die Süddeutsche Zeitung berichtete darüber am 9.2.2006 unter der Überschrift „Eine Niere auf dem kleinen Dienstweg“.

Die Angehörigen eines hirntoten Patienten in Berlin erklärten sich nur unter der Bedingung zu einer Einwilligung in die Organentnahme bereit, dass eine seiner Nieren seiner an terminalem Nierenversagen leidenden Ehefrau eingepflanzt werde. Dieses Tauschgeschäft wurde von höchster Stelle in DSO und Eurotransplant – nach Rücksprache mit dem Bundesgesundheitsministerium – genehmigt. Die einleuchtende Begründung lautete, nur auf diese Weise könne man mit den restlichen Organen anderen Patienten auf der Warteliste helfen.

Die Entscheidung stellte jedoch einen klaren Rechtsbruch dar, denn ein Spender bzw. seine Angehörigen haben kein Recht, den Empfänger seiner Organe zu benennen oder den Empfängerkreis irgendwie einzuschränken. Die Vergabe der Organe darf ausschließlich durch Eurotransplant nach den dort gültigen Kriterien vorgenommen werden; eine Privilegierung der Ehefrau des Spenders ist keinesfalls zulässig. Zudem ist es nach Auffassung von Medizinrechtlern mit dem Organhandelsverbot (§ 17 TPG) unvereinbar, wenn für die Organspende Gegenleistungen offeriert werden, wie es durch die Vergabe einer Niere an die Ehefrau zweifellos geschehen ist.

Der Widerspruch zwischen dem, was die Beteiligten – und wohl nicht nur sie – in diesem Fall als moralisch richtig ansahen, und dem, was nach dem Gesetz zulässig war, lässt nur eine Schlussfolgerung zu: dass das Gesetz dringend reformbedürftig ist. Doch genau diese Konsequenz wurde weder von den beteiligten DSO-Vertretern gezogen noch von den politisch Verantwortlichen.

Stattdessen wurde nach langen Debatten im März 2012 die sogenannten „Entscheidungslösung“ in Gesetzesform gegossen, nach der sich jeder

Bundesbürger mindestens einmal im Leben für oder gegen die Organspende entscheiden soll. Konkret sollen die Krankenkassen ihre Versicherten regelmäßig zur Abgabe einer solchen Erklärung auffordern. Blickt man allerdings ins bis dahin gültige TPG von 1997, so stellt man fest, dass diese Mitwirkungspflicht bereits bestand, denn dort heißt es in § 2 Abs. 1:

„die Krankenkassen sollen auf der Grundlage dieses Gesetzes die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende, die Voraussetzungen der Organentnahme und die Bedeutung der Organübertragung aufklären. Sie sollen auch Ausweise für die Erklärung zur Organspende (Organspendeausweise) zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen bereithalten. Die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen stellen diese Unterlagen in regelmäßigen Abständen ihren Versicherten, die das sechzehnte Lebensjahr vollendet haben, zur Verfügung mit der Bitte, eine Erklärung zur Organspende abzugeben.“

Die Änderung des Gesetzes besteht nun lediglich in einer Präzisierung, in welchen zeitlichen Abständen und in welcher Form die Kassen ihre Versicherten zur Abgabe einer Erklärung aufzufordern haben. Weiter heißt es in § 2 Abs. 2a TPG 1997:

„Niemand kann verpflichtet werden, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben.“

Damit ist klar und deutlich gesagt, dass der Begriff „Entscheidungslösung“ nicht ernst gemeint ist, sondern dass es sich um eine reine Symbolpolitik handelt, mit der den Bürgern vorgegaukelt wird, man habe das Problem erkannt und etwas zu seiner Lösung unternommen. In Wirklichkeit bleibt aber alles beim Alten, denn jeder wirksame Lösungsansatz könnte jemandem wehtun.

Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie hat am 6.11.2011 in einem Brief an Dr. Frank-Walter Steinmeier, den Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion, vorgeschlagen, die „Entscheidungslösung“ durch ein Element der Reziprozität sowie die Einrichtung eines Spenderregisters zu ergänzen. Im Antwortschreiben vom 16.11.2011 heißt es u.a.:

„Eindeutig ablehnend steht Herr Steinmeier dem von Ihnen vorgeschlagenen Reziprozitätsmodell gegenüber – und zwar im Wesentlichen aus den Gründen, die auch den Nationalen Ethikrat zu einer Verwerfung dieser Idee bewogen haben, und die Sie nach Ansicht von Herrn Steinmeier auch in Ihrer Argumentation nicht entkräften können.“

Die zitierte Argumentation entsprach im Wesentlichen der oben in Abschnitt 4.4 dargestellten.

Die Ablehnung jedweden Reziprozitätsgedankens, die übrigens auch von Philipp Rösler geteilt wurde, als er noch Bundesgesundheitsminister war, ist Ausdruck eines gefährlichen Maßes an Populismus, den ich mit dem Motto „Selbstbestimmung ohne Selbstverantwortung“ kennzeichnen würde. Politiker erwecken gerne den Eindruck, als könne der Bürger unbegrenzte Freiheit verlangen, ohne jedoch die Konsequenzen seines Handelns tragen zu müssen: Die Folgen des Organmangels betreffen in erster Linie die anderen, Budgetrestriktionen existieren nicht. Wer dem Bürger auf diese Weise Sand in die Augen streut, erzieht ihn dazu, immer nur alles von anderen zu verlangen und keine Gegenleistung erbringen zu wollen. Dem Gemeinwesen wird damit ein nicht wieder gut zu machender Schaden zugefügt.

In ähnlicher Weise versagen Politiker angesichts des sogenannten Organspende-Skandals der Jahre 2011 und 2012: Sie empören sich über Ärzte, die versucht haben, ihre eigenen Patienten zu retten, sie selbst haben aber jahrzehntelang nichts gegen den Mangel an Spenderorganen unternommen, der die Ärzte erst in die tragische Entscheidungssituation gebracht hat. Wenn sie nun von einem Skandal sprechen, so ist das pure Heuchelei, denn den wahren Skandal haben sie selbst verursacht.

6 Schlusswort

Am 14. Januar 2014 wurden die vorläufigen Zahlen der DSO über die Zahl der Organspender des Jahres 2013 bekannt gegeben; sie belegen einen weiteren Rückgang um 16 Prozent (vgl. Tabelle 3, letzte Spalte). Sofort wurden in DSO, Bundesärztekammer und Politik wieder die Gebetsmühlen angeworfen: Es sei wichtig, das Vertrauen in die Organspende wiederherzustellen, und dazu bedürfe es der Transparenz und der Aufklärung der Bevölkerung über die Transplantationsmedizin. Mit keinem Wort wurde erwähnt, dass Bürger – jenseits von Misstrauen und fehlendem Verständnis für die Vorgänge in Göttingen und anderswo – einen positiven Grund brauchen, um sich als Organspender zu erklären. Eine Änderung der Allokationsregeln im Sinne der Reziprozität und die Einrichtung eines Spenderregisters wären geeignet, den Trend umzukehren. Solange sich die Verantwortlichen mit diesen Ideen nicht ernsthaft befassen, wirken die Klagen über den Rückgang der Organspende in Deutschland wie Krokodilstränen, die niemand ernst nehmen sollte.

Literatur

- Abadie A; Gay S (2006) The Impact of Presumed Consent Legislation on Cadaveric Organ Donation: A Cross Country Study. *Journal of Health Economics*, 25: 599–620.
- Breyer F; v.d. Daele W; Engelhard M; Gubernatis G; Kliemt H; Kopetzki C; Schlitt H-J; Taupitz J (2006) *Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?* Berlin: Springer.
- Breyer F; Kliemt H (2008) Der Mangel an Spenderorganen – Ursachen und Lösungsmöglichkeiten aus ökonomischer Sicht. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 227: 466–484.
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (div. Jahre) *Organspende und Transplantation in Deutschland*, Jahresbericht, Frankfurt/Main.
- Eurotransplant International Foundation (2003 ff.) *Annual Reports*. www.eurotransplant.org.
- Frei U; Schober-Halstenberg H-J (2008) *Nierenersatztherapie in Deutschland, Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 2006/2007*, (http://www.bundesverband-niere.de/files/Quasi-Niere-Bericht_2006-2007.pdf)
- Hoerster N (1997) Definition des Todes und Organtransplantation. *Universitas*, 52: 42–52.
- Johnson EJ; Goldstein D (2003) Do Defaults Save Lives? *Science*, 302: 1338–1339.
- Kessler JB; Roth AE (2012) Organ Allocation Policy and the Decision to Donate, *American Economic Review* 102: 2018–2047.
- Meier-Kriesche H-U; Kaplan B (2002) Waiting Time on Dialysis as the Strongest Modifiable Risk Factor for Renal Transplant Outcomes: A Paired Donor Kidney Analysis. *Transplantation*, 74: 1377–1381.
- Nationaler Ethikrat (2007) *Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland*. Stellungnahme, Berlin.