

Kriterien der Organverteilung - Anspruch und Realität

Aus: vorgänge Nr. 138 (Heft 2/1997), S. 61-72

Wenn im Deutschen Bundestag demnächst über ein neues Transplantationsgesetz für die Bundesrepublik Deutschland entschieden wird, dann werden verschiedene Gesetzentwürfe miteinander konkurrierenden.[1] Uneinigkeit herrscht zwischen den Opponentinnen im Streit um das neue Transplantationsgesetz vor allem über die beiden Fragen, die auch die Öffentlichkeit am stärksten beschäftigen: Erstens die Frage nach dem Konzept des Hirntodes, also die Frage danach, ob es sich bei hirntoten Menschen tatsächlich um Tote handelt oder um lebende, wenn auch sterbende, Menschen. Umstritten ist zweitens die Frage nach dem Modell einer legitimen Organentnahme am Leichnam. Muß die (verstorbene) Organspenderin einer Organentnahme zu Lebzeiten ausdrücklich zugestimmt haben oder reicht es als Rechtfertigung aus, wenn sie keinen Widerspruch eingelegt hat und welche Rolle spielen die Angehörigen bei dieser Entscheidung? Während über diese Fragen ausgiebig - und zum Teil massiv - gestritten wird, wird ein anderes zentrales Problem der Transplantationsmedizin kaum thematisiert. Der Frage nämlich, wie bzw. nach welchen Kriterien knappe Spendeorgane auf die große Zahl möglicher Organempfängerinnen verteilt werden sollen. Hält man jedoch die Gesetzentwürfe von CDU/CSU, SPD und FDP auf der einen Seite und den Entwurf der Bündnisgrünen sowie Teilen der SPD auf der anderen Seite einander gegenüber, zeigt sich schnell, welcher Sprengkraft gerade in der Allokationsfrage steckt. Im Entwurf der CDU/CSU, SPD und FDP wird unter §11, Absatz 3 festgelegt, vermittlungspflichtige Organe seien von einer Vermittlungsstelle "nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln". Der von Bündnisgrünen und Teilen der SPD getragene Entwurf sieht in §15, Absatz 1 dagegen vor, daß die Vermittlung von Organen entsprechend den Bestimmungen einer Rechtsverordnung zu erfolgen habe, die das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage einer Sachverständigenkommission erläßt, und die das "Ziel einer möglichst gerechten Verteilung" haben solle.

Die Schere von Angebot und Nachfrage

1995 wurden in Deutschland 2128 Nieren, 498 Herzen und 595 Lebern übertragen.[2] Dazu kommen Übertragungen von Lungen und Bauchspeicheldrüsen, von Knochenmark, Augenhornhäuten und anderen Geweben. Die "Nachfrage" nach Organen übersteigt das "Angebot" an zur Transplantation freigegebenen und geeigneten Organen bei weitem. Transplantationsmediziner gehen davon aus, daß der Bedarf an Transplantationen in etwa doppelt so hoch ist, die erforderlichen Transplantationen jedoch vor allem aufgrund des Mangels an geeigneten Spendeorganen nicht durchgeführt werden können.[3] Das gilt zumal für ein Land wie Deutschland, das im *Eurotransplant*-Verbund den Status eines Organ-Importeurs besitzt. Regelmäßig werden in Deutschland mehr von der *Eurotransplant Foundation* in Leiden zugewiesene Organe transplantiert als spendetaugliche Leichenorgane nach Leiden gemeldet werden können.

An der Knappheit von Spendeorganen wird sich - darüber herrscht unter den Transplantationsmedizinern weitgehende Übereinstimmung - auch auf längerfristige Sicht wenig ändern. Weder ist zu erwarten, daß politische Initiativen wie die Erarbeitung und Verabschiedung eines Transplantationsgesetzes in der Bundesrepublik das Organaufkommen wesentlich erhöhen werden,[4] noch ist von medizinisch-technischer Seite eine Entspannung der Situation in naher oder weiterer Zukunft zu erwarten. Auch wenn die

Entwicklung eines künstlichen Organersatzes zum Beispiel beim Herzen oder auch bei der Leber - zum Teil ermutigende - Fortschritte macht, so erlauben diese technischen Optionen derzeit doch allenfalls einen Einsatz als Assist-Systeme oder ein Organbridging, also eine Überbrückung des Zeitraums, bis dem betroffenen Patienten bzw. der betroffenen Patientin ein Spendeorgan transplantiert werden kann, und verschärfen damit die aus der Organknappheit resultierenden moralischen Probleme eher noch, als daß sie sie verringern könnten.[5] Und auch die Zukunftsvision der Xenotransplantation, also der Übertragung tierischer Organe auf den Menschen, befindet sich derzeit noch so sehr im experimentellen Stadium, daß sie - von der grundsätzlichen ethischen Problematik einmal abgesehen[6] - kaum dazu geeignet scheint, berechnete Hoffnungen auf ein Ende des beklagten Organmangels zu nähren. Im Gegenteil muß man davon ausgehen, daß die zunehmenden Möglichkeiten der Immunsuppression und optimierte Operationstechniken zu einer Ausweitung der Spender- wie der Empfängergruppen und einer Ausweitung der Indikation zur Transplantation führen werden und damit zu einem zusätzlichen Organbedarf.[7] Die Schere von Angebot und Nachfrage wird, induziert durch den medizinisch-technischen Fortschritt, in Zukunft also eher noch weiter auseinanderklaffen als bereits jetzt.

Spender- und systembezogene Gründe für die Organknappheit

Daß eine "optimale" Nutzung grundsätzlich zur Transplantation geeigneter Organe nicht erreicht wird, ist im wesentlichen auf zwei Faktoren bzw. Faktorenkomplexe zurückzuführen. Man kann *spenderbezogene* von *systembezogenen* Faktoren unterscheiden, wobei es eine Asymmetrie hinsichtlich der öffentlichen Wahrnehmung der beiden Faktorenbündel gibt. Während die spenderbezogenen Gründe in der Öffentlichkeit in den Vordergrund gerückt werden, spielen die systembezogenen Gründe bislang allenfalls in professionsinternen Diskussionen eine Rolle.

Die *spenderbezogenen* Gründe für die suboptimale Nutzung der Organressourcen lassen sich anhand der Ergebnisse einer Gallup-Untersuchung aus den USA verdeutlichen. Der im Auftrag des *American Council on Transplantation* durchgeführten Umfrage zufolge kannten 93% der Befragten den Vorgang der Organtransplantation. 75% bejahten die Organspende grundsätzlich, aber nur 27% erklärten ihre Bereitschaft zur Spende der eigenen Organe. Nur 17% der Befragten waren der Gallup-Untersuchung zufolge im Besitz eines Spendeausweises.[8] Auch wenn die genannten Zahlen bereits über zehn Jahre alt sind und zudem nur ein Schlaglicht auf die Situation in den USA werfen können, zeigen sie immerhin eine Tendenz an, die auch auf die Situation in der Bundesrepublik zutrifft.[9] Daß nur ein sehr geringer Teil derjenigen Personen, die als Organspender bzw. Organspenderinnen in Frage kommen, einen Spendeausweis besitzen und damit die Bereitschaft zur Spende der eigenen Organe im Falle ihres Todes dokumentieren, hat vielfältige Gründe. Diese konzentrieren sich, auch das hat die zitierte Gallup-Untersuchung gezeigt, vor allem auf die Probleme der Feststellung des Todes und betreffen weniger eine grundsätzliche Ablehnung der Transplantation selbst. "Man mag mir etwas zufügen, bevor ich wirklich tot bin" und "Die Ärzte könnten meinen Tod beschleunigen" waren die in der zitierten Gallup-Befragung am häufigsten genannten Gründe für das Versagen der Erlaubnis zur Organentnahme. [10] In diesen Äußerungen kommt zum einen die tiefe Verunsicherung zum Ausdruck, die die Einführung des Hirntod-Kriteriums in der Öffentlichkeit (aber auch bei den Angehörigen des medizinischen und pflegerischen Personals) hervorgerufen hat, zum anderen aber auch der - zumindest partielle - Vertrauensverlust, den das medizinische System infolge vor allem einer zunehmenden Ökonomisierung erfahren hat. Neben der Problematik der Todesfeststellung ist für die Zurückhaltung auf Seiten der möglichen Spender und Spenderinnen auch die Befürchtung von Bedeutung, die gespendeten Organe könnten ungerecht verteilt werden. Wenn man den Eindruck hat, daß reiche bzw. berühmte Patientinnen und Patienten im Zweifel schneller ein Organ zugeteilt bekommen als der Durchschnittspatient bzw. die Durchschnittspatientin, dann ist eine solche Einschätzung - ob berechtigt oder nicht - einer altruistisch motivierten Bereitschaft zur Organspende nicht gerade förderlich. Nachvollziehbar ist darüber hinaus, daß eine altruistische Einstellung um so schwerer fällt, je anonym und bürokratischer das "Transplantationssystem"[11] organisiert ist. Wie sensibel dieser Bereich tatsächlich ist, zeigt die - von

Transplantationsmedizinerinnen und Transplantationsmedizinern oft beklagte - Tatsache, daß negative Darstellungen der Transplantationsmedizin in den Medien regelmäßig gravierende Folgen für die Spendebereitschaft haben.

Die spenderbezogenen Gründe für den Verlust grundsätzlich transplantabler Organe sind weitgehend bekannt und seit langem Gegenstand öffentlicher Diskussionen. Sie haben zu vielfältigen Interventionsversuchen geführt, die das Ziel verfolgen, Informationsdefizite hinsichtlich der Organspende zu beheben, bestehende Vorurteile zu korrigieren und vorhandene Befürchtungen zu zerstreuen. Vor allem aber haben sie das Ziel, die vorhandenen *moralischen* Ressourcen der Gesellschaft zu aktivieren.

Über die *systembezogenen* Gründe gibt es bislang keine vergleichbare öffentliche Diskussion. Das könnte sich mit zunehmender Knappheit der Organe, einem Fortschreiten der "Ermüdungserscheinungen des systemischen Engagements"[12] und einer kritischeren Beobachtung der Transplantationsmedizin durch die gesellschaftliche Öffentlichkeit allerdings bald ändern. Einstweilen bleibt die Debatte jedoch weitgehend auf die fachinterne Auseinandersetzung beschränkt.

Mit systembezogenen Gründen sind hier ganz unterschiedliche Faktoren angesprochen, die eine suboptimale Transplantationsfrequenz und einen Verlust an Organressourcen bedingen. Dazu gehören unter anderem die folgenden:

- die Tatsache, daß insbesondere an kleineren Krankenhäusern die Angehörigen von möglichen Organspender/innen gar nicht erst um ihre Zustimmung zur Entnahme eines oder mehrerer Organe gebeten werden, weil die Organentnahme für die Beteiligten mit einem finanziellen, psychischen und emotionalen Mehraufwand ebenso verbunden ist wie mit einer größeren Arbeitsbelastung, die aber allenfalls durch den "guten Ruf" kompensiert werden, den solche Einrichtungen bei den Transplantationsmedizinern möglicherweise besitzen, die sich als kooperativ erwiesen haben. (Was das öffentliche Image angeht, kann es allerdings auch genau umgekehrt sein.) So beklagt zum Beispiel Schoeppe, daß es "ein Kommunikationsproblem zwischen den Transplantationszentren und den Krankenhäusern im Lande" gebe, "das wahrscheinlich die Ursache dafür ist, daß keine ausreichende Nennung von Organspendern erfolgt"[13];
- die von Feuerstein beobachtete "Systemermüdung", die dazu führt, daß die Entnahme und Konservierung von Spendeorganen nachlässig oder gar unsachgemäß durchgeführt und auf diese Weise eine schlechte oder zumindest geminderte Organqualität verursacht wird. Feuerstein verweist zum Beleg dafür unter anderem auf eine von Kirste durchgeführte Untersuchung über die Qualität der im Eurotransplant-Verbund ausgetauschten Spendenieren, derzufolge 16% der importierten Nieren schwere und 15% leichte Komplikationen aufwiesen[14] und zitiert Eigler, der in einem Report of the Eurotransplant User Meeting 1991 beklagte, daß es zu fehlerhaften Angaben bei der HLA-Typisierung und bei der Bestimmung der Blutgruppe und damit zu ernsthaften Problemen bei der Transplantation bzw. zum Organverlust gekommen sei[15];
- die Konkurrenz zwischen verschiedenen Transplantationszentren, ausgelöst etwa durch ein Organverteilungsverfahren, das es Transplantationszentren erlaubt, einen Teil der im eigenen Zentrum oder in kooperierenden auswärtigen Krankenhäusern entnommenen Organe zentrumsintern zu übertragen.[16] Solche Regelungen führen, wie Pichlmayr feststellt, "letztlich zwangsläufig zur Konkurrenz zwischen Zentren um Organspendebereiche, und zwar besonders bei Programmausweitung oder Neugründung von Transplantationszentren. Die Konkurrenz zwischen Zentren wird in den "umworbene" Krankenhäusern die Motivation zur Kooperation kaum erhöhen, sondern das Gefühl verstärken, "für die Interessen einer bestimmten Gruppe oder eines bestimmten Transplantationschirurgen arbeiten zu sollen."[17] Daß die Konkurrenzsituation sich darüber hinaus auch prestige- und karrierestrategischen Gesichtspunkten der betroffenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verdankt, ist angesichts des Umstandes, daß es sich bei der Transplantationsmedizin um eine "Spitzentechnologie" handelt und organspezifisch teilweise noch immer um eine

(hoch)experimentelle Therapievariante bzw. angesichts der Tatsache, daß größere Transplantationszentren oftmals über eigene Forschungsschwerpunkte verfügen, nicht weiter verwunderlich;

- der Mangel an Intensiv- und Pflegekapazitäten, der - vor allem in größeren Zentren - "häufig, zunehmend regelmäßig" gravierend ist[18] und ebenfalls zu einer suboptimalen Nutzung der Organressourcen führt, sowie der Mangel an qualifiziertem Personal, das die aufwendige und schwierige logistische Vor- und Zuarbeit (Labor, Koordination, Transport etc.), die für Organübertragungen notwendig sind, leisten kann.

Von zahlreichen anderen Verteilungsproblemen in der Medizin unterscheidet sich die Allokation von Spendeorganen v.a. darin, daß die Knappheit an Organen nicht durch eine Erhöhung der bereitgestellten finanziellen Mittel allein behoben werden kann. Finanzielle Beschränkungen mögen zwar auch - und vielleicht zunehmend mehr - eine Rolle spielen; einstweilen aber scheint es so zu sein, daß, wie Transplantationsmediziner, Krankenhaus- und Versicherungsträger versichern, die Kosten der Organübertragung in der Bundesrepublik keine direkte Begrenzung der Transplantationsfrequenz darstellen. Eine Erhöhung der Zahl der transplantablen Spendeorgane und der Transplantationsfrequenz läßt sich, wenn überhaupt, also nur durch eine Optimierung der Systemkooperation und vor allem durch eine Aktivierung und Nutzung der moralischen Ressourcen der Gesellschaftsmitglieder erreichen. Mit anderen Worten: vor allem durch eine Verbesserung der "Spendemoral" der Bevölkerung. Spendeorgane sind allerdings, wie Fuchs treffend festgestellt hat, "von Natur aus knapp"[19], "Angebot" an und "Nachfrage" nach Spendeorganen werden daher auch unter sonst optimalen Bedingungen nicht ausgeglichen sein.

Die Eurotransplant-Regeln

Seit März letzten Jahres folgt man bei Eurotransplant in Leiden einem neuen Verteilungsmodus[20] Gründe für die Änderung waren der hohe Prozentsatz an Nierenpatientinnen und -patienten mit Wartezeiten von

über 5 Jahren, die geringen Chancen für Patientinnen und Patienten mit einem seltenen HLA-Phänotyp, ein Organ zu erhalten, und die immer größer werdende Diskrepanz zwischen den "Organbilanzen" sowohl hinsichtlich verschiedener Transplantationszentren als auch verschiedener Länder im Eurotransplantbereich.[21] Der neue Verteilungsmodus versucht diesen Problemen dadurch Rechnung zu tragen, daß das alte Modell, das mögliche Empfängerinnen und Empfänger nach den Kriterien der Gewebeverträglichkeit, der medizinischen Dringlichkeit und der Wartezeit einstuft, durch ein Punktesystem ersetzt wird, demzufolge alle Organe aus einem gemeinsamen Organpool verteilt werden sollen. Liegt keine große HLA-Übereinstimmung zwischen einer Patientin auf der Warteliste und einem Spendeorgan vor und befindet sich keine (geeignete) *high urgency*-Patientin auf der Warteliste, dann werden Organe nach fünf Allokationsparametern zugeteilt. Dabei handelt es sich um die HLA-Kompatibilität (4), die Entfernung zwischen dem Transplantationszentrum, das ein Spendeorgan anmeldet, und dem Transplantationszentrum, bei dem eine mögliche Transplantatempfängerin bzw. ein möglicher Transplantatempfänger angemeldet ist (2,6) die nationale Organbilanz (2), die Wartezeit (2), und die Wahrscheinlichkeit eines HLA-*mismatch* aufgrund der Häufigkeit des HLA-Phänotyps einer möglichen Transplantatempfängerin bzw. eines möglichen Transplantatempfängers. (1)[22] Das neue *Eurotransplant*-Regelwerk beinhaltet ausführliche Regelungen, anhand derer den fünf genannten Allokationsparametern jeweils scores zugeordnet und diese gewichtet werden können. Mögliche Empfängerinnen und Empfänger werden dann hinsichtlich der erreichten aufsummierten Punktzahl eingestuft.

Die neuen Regeln, die hier nur grob und nur für die Verteilung von Nieren skizziert wurden, sind noch deutlicher als die alten Regeln von *Wertentscheidungen* abhängig[23] Für die Anwendung einiger der herangezogenen Allokationsparameter ist medizinisches Sachwissen zwar offenkundig erforderlich - die Entscheidung für die gewählten Kriterien selbst ist aber ebenso offenkundig keine medizinische Frage mehr.

So folgt das Eurotransplant-Allokationsschema offenbar dem Prinzip der *individuellen Nutzenmaximierung*, wenn nach wie vor die Bedeutung der Histokompatibilität als Allokationsparameter als zentral hervorgehoben wird. Hinter dem Allokationsfaktor Entfernung zwischen Spenderin und Transplantationsprogramm kann man eine Berücksichtigung des Prinzips der *kollektiven Nutzenmaximierung* im Sinne einer möglichst effektiven Ressourcenverwendung vermuten. Die Aufnahme eines Allokationsparameters, der die Wahrscheinlichkeit eines HLA-*mismatch* aufgrund der Häufigkeit des HLA-Phänotyps einer möglichen Transplantatempfängerin bzw. eines möglichen Transplantatempfängers berücksichtigt, trägt dem Prinzip der *Chancengleichheit* Rechnung. Daß auch im neuen System soziale und personenbezogene Kriterien keine Rolle spielen, spricht wiederum für eine Berücksichtigung des *Gleichheitsprinzips* usw. Auch das neue Regelwerk, das sich, wie man insbesondere am Allokationsparameter Nationale Organbilanz ablesen kann, letztlich einem pragmatischen Kompromiß der am Transplantationssystem Beteiligten verdankt,[24] ist also Ergebnis einer moralischen "Mischlegitimation" (Wiesing).

Moral und Markt

Daß in marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaften in einer Situation der Knappheit an und Konkurrenz um Spendeorgane auch über den kommerziellen Handel mit Körperorganen von lebenden ebenso wie von toten Spenderinnen und Spendern nachgedacht wird und ein solcher Handel in verschiedenen Teilen der Welt bereits - offen oder versteckt, legal, illegal oder halblegal - praktiziert wird, ist kaum erstaunlich. Für die Einzelne bietet er (vermeintlich oder tatsächlich) die Chance, durch Kauf schnell an ein dringend benötigtes Organ zu gelangen, das sie, als auf der Warteliste eines Transplantationszentrums angemeldete potentielle Organempfängerin, sonst möglicherweise nicht rechtzeitig oder nur nach langer, qualvoller Wartezeit erhalten würde. Für die Gesellschaft eröffnete die Möglichkeit des Organhandels, wie manche vermuten bzw. erhoffen, die Chance einer Erhöhung des Organaufkommens, resultierend aus der Tatsache, daß angeblich finanzielle Anreize statt bloßer Appelle an altruistische Einstellungen potentielle

Organspenderinnen eher zur Organspende motivieren könnten.

Hierzulande löst die Vorstellung, menschliche Körperteile könnten zu einer auf dem Markt handelbaren Ware werden, meist Abscheu und Empörung aus. Gefühlsmäßige Reaktionen allein, wie verständlich sie auch immer sein mögen, reichen als Antwort auf die Forderung nach einer Freigabe des Handels mit Körperorganen allerdings nicht aus. "To make the case against market transactions in transplantable organs, advocates must", wie Blumstein zu Recht feststellt, "establish the unique features of organs and organ transplantation. Since, in a market economy, market-based transactions are the norm, those seeking to curtail the operation of a market must Show that there are special reasons justifying the restriction." [25] Übersehen wird, daß auch die Forderung nach einer Freigabe des Organhandels *moralisch* begründet werden kann und sich nicht notwendig einfach nur der kapitalistischen Profitgier von Einzelnen oder von Unternehmen verdankt. Übersehen wird darüber hinaus, daß schon jetzt die "Vermarktung des Körpers" [26] sehr weit fortgeschritten ist und daß diese offenbar weitgehend akzeptiert wird. So werden Körperteile und -substanzen zum Beispiel zur Herstellung von Therapeutika, Diagnostika oder Impfstoffen oder in der kosmetischen Industrie verwendet. Wer gegen den Handel mit Körperorganen argumentieren will, muß daher erklären, warum der Handel mit Blut oder mit Samenzellen, warum die Vermarktung von fetalem Gewebe oder von Operationsabfällen usw. entweder ebenfalls moralisch unakzeptabel sind bzw. worin sie sich vom Handel mit Körperorganen unterscheiden.

Die Diskussion über die Chancen und Risiken bzw. Gefahren des Handels mit menschlichen Organen muß schließlich auch den unterschiedlichen gesellschaftlichen Voraussetzungen Rechnung tragen, in denen Verkauf und Kauf von Organen stattfinden. In Ländern, in denen soziale Sicherungssysteme weitgehend fehlen und den Menschen oftmals noch nicht einmal das zum bloßen Überleben Nötigste zur Verfügung steht, ist eine Entscheidung für den Verkauf zum Beispiel einer Niere offenbar anders zu bewerten als sie dies in den westlichen Industrieländern wäre. Die Berücksichtigung unterschiedlicher gesellschaftlicher Voraussetzungen in verschiedenen Teilen der Welt muß jedoch nicht notwendig und darf möglicherweise auch nicht zu moralischen Doppelstandards führen, wie von Transplantationsmedizinerinnen aus Indien und anderen Ländern, in denen der Handel mit Organen teilweise zumindest de facto etabliert ist, zunehmend kritisiert wird. So sieht zum Beispiel Abouna einen Grund für die Notwendigkeit einer international einheitlichen Regelung hinsichtlich der Kommerzialisierungsproblematik darin, "that the people and the medical profession in India, the Far East and elsewhere will consider it an insult if they are relegated a second rate standard of ethics by condoning organ sales in their country while the West prides itself of having a different and higher standard of conduct." [27]

Im Gegensatz zum offenen Handel mit Organen, der weltweit überwiegend abgelehnt wird und auch in Deutschland nach Zustandekommen eines Transplantationsgesetzes verboten sein wird, [28] gibt es seit einiger Zeit eine kontrovers geführte Debatte darüber, ob die Hergabe eines Organes nicht durch monetäre oder nicht-monetäre "Kompensationsleistungen" begleitet sein sollte. Entsprechende Vorschläge werden zum Beispiel unter dem Titel "*rewarded gifting*" diskutiert und sollen für mögliche Organspenderinnen eine Art von Aufwandsentschädigung darstellen, diese gegen Operations- und andere Risiken versichern oder sie zur Hergabe eines Organes allererst motivieren. Kritikerinnen befürchten hier allerdings eine schleichende Kommerzialisierung der Transplantationsmedizin.

Medizin, Gerechtigkeit, Politik

Was in der Forderung nach einer kommerzialisierten Transplantationsmedizin, aber auch in manchem in der aktuellen gesundheitsökonomischen Diskussion gemachten Vorschläge, die eine stärkere Eigenverantwortung durch Risikozuschläge etc. fordern, zum Ausdruck kommt, ist die Preisgabe der Idee eines Gesundheitssystems, in dem wechselseitige Hilfe, Uneigennützigkeit, Großzügigkeit und Sorge für den Mitmenschen wichtiger sind als bloße Reziprozitätsbeziehungen. [29] Die Preisgabe der Medizin als einer

dezidiert auch *moralischen Institution* also. Genau hier müßte die Kritik ansetzen, in einer, wenn man so will, neuerlichen gesellschaftlichen Verständigung über die moralischen Grundlagen des Medizin- bzw. Gesundheitssystems.

Das zeigt sich an der Frage der Verteilung knapper Spendeorgane in der Transplantationsmedizin besonders eindringlich: Wenn die Allokationskriterien, nach denen Spendeorgane derzeit verteilt werden, keine medizinischen Kriterien sind, sondern diesen vielmehr Wertentscheidungen unausgesprochen zugrundeliegen, dann folgt daraus, daß Medizinerinnen und Mediziner wie auch die übrigen am Transplantationssystem beteiligten Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftler keine Spezialkompetenz für die Festlegung von Allokationskriterien besitzen. Es wäre daher auch unangemessen, wollte man, wie es der Gesetzentwurf von CDU/CSU, SPD und FDP vorsieht, den Angehörigen der medizinischen Profession die Entscheidung überlassen bzw. zumuten indem man die Verteilung von Spendeorganen an den "Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen" ausrichtet.

Das macht die Frage um so dringlicher, wie die im Entwurf von Bündnisgrünen und Teilen der SPD geforderten Kriterien, die das "Ziel einer möglichst gerechten Verteilung" haben sollen, inhaltlich aussehen und begründet werden sollen. Im genannten Gesetzentwurf findet man hier, wenig verwunderlich, nicht mehr als den Verweis auf ein Sachverständigengremium, das entsprechende Kriterien erarbeiten soll. Die Suche nach solchen Kriterien aber führt, wie Günter Feuerstein treffend festgestellt hat "zielsicher in ein unentwirrbares Dickicht von medizinischen Begründungen, versorgungsstrategischen Konzepten, ethischen Prinzipien und sozialphilosophischen Gerechtigkeitstheorien." [30] Erwartet wird nicht weniger, als daß Spendeorgane nach "objektiven, rationalen, transparenten, sozial nicht diskriminierenden und allgemein anerkannten Kriterien" [31] ver- und zugeteilt werden.

Einstweilen gibt es in dieser Frage kaum Ansätze für eine öffentliche, über Expertinnen-Runden hinausgehende, Diskussion und kaum Vorschläge dafür, wie ein Allokationsschema aussehen könnte, das den genannten Anforderungen standhalten könnte. [32] Erst recht gibt es kaum eine Diskussion darüber, welche Instanz politisch dazu legitimiert wäre, entsprechende Regeln festzulegen. Das ist insofern besonders mißlich, weil gerade in der Frage der Allokation von knappen Spendeorganen der Legitimationsdruck, unter dem solche Entscheidungen stehen, besonders hoch ist. Geht es doch in dieser Frage für viele Patientinnen und Patienten im Wortsinne um Leben und Tod.

Unbefriedigend ist dieser Umstand aber auch noch aus einem anderen Grund. Allokationsentscheidungen werden in der Medizin ja längst nicht nur in der Transplantationsmedizin getroffen, sondern prägen zunehmend auch alle anderen Bereiche des Gesundheitswesens. Immer deutlicher stellt sich heraus, daß die Vorstellung einer *optimalen* medizinischen Versorgung *für alle* illusorisch ist. Zwar ist die Krise des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems zweifellos erheblich durch die anhaltende hohe Zahl an von Arbeitslosen und entsprechend fehlenden Beiträgen mitverursacht. Ein ebenso entscheidender Faktor aber ist, auch wenn dies paradox klingen mag, die Tatsache, daß die moderne Medizin unerhört *erfolgreich* ist. "Das Hauptproblem des modernen Gesundheitswesens - so offen zutage liegend und doch so intensiv verdrängt - ist", wie Walter Krämer zu Recht festgestellt hat, "ein *embarras de richesse*", ein Übermaß der guten Dinge. "Nicht Korruption und Mißwirtschaft ..., sondern die prinzipielle Unmöglichkeit, allen Menschen die Wunderdinge der modernen Medizin in gleichem Maße mitzuteilen, sind das eigentliche Hauptproblem. Ob wir 10, 20 oder 30 Prozent unseres Sozialproduktes nur der Gesundheit widmen, es werden trotzdem Wünsche offenbleiben, der Graben zwischen dem, was medizinisch sinnvoll machbar wäre und dem, was praktisch finanzierbar ist, wird weiterhin bestehen. Vielleicht wäre dieser Graben bei mehr Wettbewerb in der Pharmaindustrie, bei bescheideneren Ärzten und effizienteren Krankenhäusern etwas kleiner, aber vorhanden wäre er auch dann, und deshalb hilft es wenig, durch bequemes Ausweichen auf Nebenthemen dieser unangenehmen Wahrheit auszuweichen". [33]

Wenn dem so ist, dann wird die Diskussion über eine *Rationalisierung* des Gesundheitswesens auch in Deutschland über kurz oder lang einer Diskussion über die Notwendigkeit der *Rationierung* weichen. Spätestens dann stellt sich die Frage der Verteilungsgerechtigkeit auch in der Medizin mit aller Dringlichkeit. Erforderlich wäre daher eine organisierte gesellschaftliche Diskussion darüber, wie die

Ressourcen und wie der Zugang zu den Ressourcen, die wir für den Bereich des Gesundheitswesens aufwenden wollen, verteilt werden sollen. Oder, was auf das selbe hinauskommt, eine Diskussion darüber, welche Art von Medizin und Gesundheitswesen wir wollen.

Für die Beantwortung dieser moralischen bzw. politischen Frage sind medizinische und andere Expertinnen und Experten weder mehr noch weniger kompetent als jede andere Bürgerin und jeder andere Bürger. Will man am Modell einer treuhänderisch ausgerichteten Arzt-Patient-Beziehung festhalten, dann *müssen* Allokationsentscheidungen grundsätzlich und *muß* auch die Entscheidung über die Frage der Verteilung begrenzt verfügbarer Organe für die Transplantation sogar "unmißverständlich oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung" getroffen werden. Aufgrund seiner Rollenverpflichtung muß der einzelne Arzt "stets das Bestmögliche für seinen Patienten tun. Wenn er zu entscheiden hat, welcher seiner Patienten in den Genuß der besten, wiewohl knappen Therapie kommt, so steht dies in diametralem Gegensatz zu seiner sonstigen Verpflichtung als Arzt - ganz abgesehen davon, daß der Arzt mit dieser Aufgabe aufgrund seiner Ausbildung und moralischen Kompetenzen überfordert wäre. Als Verteiler begrenzter Dienstleistungen, gar als Gesundheitspolitiker wäre die Rolle des Arztes in ihren Fundamenten erschüttert und die Vertrauensbasis der Arzt-Patient-Beziehung würde zerstört".[34]

Mit der Problematik der Allokation von Spendeorganen stellen sich diese Fragen besonders drastisch. Und sie stehen, im Zusammenhang des zu schaffenden Transplantationsgesetzes, auf der politischen Tagesordnung. Das Problem der Allokation knapper Spendeorgane in der Transplantationsmedizin böte daher, wie kaum eine andere Frage, die Chance, mit dieser Diskussion endlich zu beginnen.

1 Vgl. die im Anhang bei Ach/Quante 1997 abgedruckten Gesetzentwürfe

2 Smit/Schoeppe o.J.

3 a.a.O. Vgl. dazu auch Pichlmayr/Nagel/Gubernatis 1994, S. 54.

4 Es sollte allerdings klar sein, daß eine Erhöhung der Transplantationsfrequenz, wenn überhaupt, allenfalls ein nachrangiges Ziel des Transplantationsgesetzes sein kann, das vor allem Rechtssicherheit für alle Beteiligten garantieren und insbesondere die Rechte und Interessen möglicher Organspender/innen schützen soll.

5 Annas 1985, 16

6 Ach 1997b

7 Es gibt freilich auch gegenläufige Tendenzen. Die Einführung von Assistsystemen zum Beispiel hat auch dazu geführt, daß die Organfunktion bei manchen Patientinnen und Patienten auch ohne anschließende Transplantation auf Dauer in befriedigender Weise wieder hergestellt werden kann.

8 Zitiert nach: Viefhues 1989, S. 73

9 Auch eine am Transplantationszentrum Kiel durchgeführte Untersuchung ergab "a huge discrepancy in the general population between the support of organ donation, as declared in an anonymous survey, and the actual support of organ donation, when approached in the real situation." (Schütt et al. 1995)

10 Viefhues 1989, 74

11 Feuerstein 1995

12 a.a.O., 261

13 Schoeppe 1993, 148

14 Feuerstein 1995, 260f

15 Eigler, zitiert nach a.a.O., 261

16 Nach den neuen, im Eurotransplant-Bereich geltenden Regeln fällt diese Zentrumsautonomie allerdings weitgehend weg (s.u.). Dies mag mit ein Grund dafür sein, daß diese Regeln offenbar nur zurückhaltend umgesetzt werden.

17 Pichlmayr/Nagel/Gubernatis 1994, 58

18 Pichlmayr 1993, 90

19 Fuchs 1993, 14

20 Vgl. zum folgenden noch einmal Meester 1996. Ursprünglich geht das neue Verfahren offenbar auf einen Vorschlag von Wujciak/Opelz 1993 zurück; vgl. Schmidt 1996, 17Off.

21 Meester 1996, 153

22 Die Zahlen in Klammern geben jeweils den Gewichtungsfaktor an, mit dem die Allokationsparameter in die Entscheidung eingehen.

23 Wiesing 1997

24 Meester 1996, 151

25 Blumstein 199?, 129

26 Kimbrell 1994

27 Abouna 1992, 551

28 Vgl. dazu noch einmal die im Anhang bei Ach/Quante abgedruckten Gesetzesvorlagen. Zur gegenwärtige geltenden rechtlichen Situation: Sasse 1996

29 So auch Singer 1981; vgl. auch Kühn 1996

30 Feuerstein 1995, 234

31 a.a.O.

32 Vgl. aber die Beiträge in Lachmann/Meuter 1996. Ich selbst habe vorgeschlagen, den aus einer Transplantation resultierenden prognostischen Lebensqualitäts-Surplus als Allokationskriterium heranzuziehen: Ach 1997a

33 Krämer 1993, 46f

Literatur

Abouna, G. M. (1992): Moral, ethical and medical values sacrificed by commercialization in human organs, In: Abouna, G. M. et al. (Hg.): Organ Transplantation 1990, Dordrecht, S. 554-553

Ach, Johann S. (1997a): "Von Natur aus knapp" Gerechtigkeitstheoretische Überlegungen zur Verteilung knapper Spendeorgane in der Transplantationsmedizin; in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43, S. 31-52

Ach, Johann S. (1997b): Ersatzteillager Tier? Moralische Probleme der Xenotransplantation; in: Ach/Quante (Hg.), S. 291-312

Ach, Johann S./Michael Quante (Hg.) (1997): Hirntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin, Stuttgart-Bad Cannstatt Annas, George J. (1985): The Phoenix Heart: What We Have to Lose, In: The Hastings Center Report, June 1985, S. 15-16.

Bumstein, James F. (199?): Legalizing payment for transplantable cadaveric organs; in: Thomasma, David C., und Thomasine Kushner (Hg.): Birth to Death. Science and Bioethics, Cambridge, S. 119-132

Feuerstein, Günter (1995): Das Transplantationssystem, Weinheim und München

Fuchs, Christoph (1993): Allokationsprobleme bei knappen Ressourcen; in: Nagel, Eckhard, und Christoph Fuchs (Hg.) 1993: Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, Berlin u.a., S. 6-15

Kimbrell, Andrew (1994): Ersatzteillager Mensch. Die Vermarktung des Körpers, Frankfurt/M.

Krämer, Walter (1993): Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin, Frankfurt/M.

Kühn, Hagen (1996): Zur Moral einer ökonomisch rationalisierten Medizin; in: Kolb, Stephan (Hg.): Fürsorge oder Vorsorge. Medizin zwischen Patientenwohl und Volksgesundheit, Frankfurt/M., S. 117-139

Meester, Johann de (1996): Eurotransplant Allocation Procedures: The Basics, March 1996; in: Lachmann, Ralf/Norbert Meuter (Hg.): Zur Gerechtigkeit der Organverteilung. Ein Problem der Transplantationsmedizin als interdisziplinärer Sicht, Stuttgart/ New York

Pichlmayr, R. (1993): Möglichkeiten in der Nieren- und Lebertransplantation, In: Nagel/Fuchs (Hg.), S. 82-94

Pichlmayr, Rudolf/Eckhard Nagel/G. Gubernatis 1994: Verteilungsgerechtigkeit in der Transplantationschirurgie. Ärztliches Handeln bei begrenzten Ressourcen; in: Herfarth, Christian/Heinz J. Buhr (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen der Medizin, Berlin u.a., S. 53-61

Raspe, H. (1993): Indikation und Bedarf; in: Nagel/Fuchs (Hg.), S. 111-123

Sasse, Ralf (1996): Zivil- und strafrechtliche Aspekte der Veräußerung von Organen Verstorbener und Lebender, Frankfurt/M. u.a.

Schmidt, Volker H. (1996): Politik der Organverteilung. Eine Untersuchung über Empfängerenauswahl in der

Transplantationsmedizin, Baden-Baden

Schoeppe, W. (1993): Indikation und Bedarf bei der Nierentransplantation. Diskussion. In: Nagel/Fuchs (Hg.), S. 142-150

Schütt, G. R. et al. (1995): Huge Discrepancy Between Declared Support of Organ Donation and Actual Rate of Consent for Organ Retrieval; in: Transplantation Proceedings, vol. 27, no. 1, S. 1450f

Smit, H./W. Schoeppe (o.J.): Organspende und Transplantation in Deutschland. Deutsche Stiftung Organtransplantation Neu-Isenburg, o.O.

Viefhues, Herbert (1989): Ethische Probleme der Transplantation. Die ethische Bewertung des Körpers und seiner Teile; in: Ethik und Organtransplantation, Hg. v. d. Gesellschaft Gesundheit und Forschung e.V., Frankfurt/M. 1989, S. 63-81

Wiesing, Urban (1997): Werden Spendeorgane nach medizinischen oder ethischen Kriterien verteilt?; in: Ach/Quante (Hg.), S. 227-245

Wujciak, T./G. Opelz (1993): A Proposal for Improved Cadaver Kidney Allocation; in: Transplantation 56, S. 1513-1517

<https://www.humanistische-union.de/publikationen/vorgaenge/138/publikation/kriterien-der-organverteilung-anspruch-und-realitaet/>

Abgerufen am: 16.09.2024