

Gerechtigkeit bei der Allokation von Organen

Die Allokation knapper Ressourcen ist ein grundlegendes Problem jeder Gesellschaft. Bei der Organallokation sind vitale Belange der Patienten betroffen. Jede Allokation erfolgt nach utilitaristischen Aspekten und nach dem deontologischen Prinzip der Gerechtigkeit. Im Allgemeinen wird das Gerechtigkeitsprinzip stärker gewichtet. Chance und Nutzen für den einzelnen Patienten sind dabei nur partiell identisch mit dem kollektiven Nutzen. Unterschiedliche weitere Aspekte – Alter, Abhängigkeiten – finden dagegen kaum Berücksichtigung. Der Organallokation liegen damit vor allem ethische Prinzipien zugrunde. Medizinische Aspekte treten in den Hintergrund. Wie diese realisiert werden, ist eine normative Frage, die durch die Politik gelöst wird. Letztendlich wird daher die Organallokation zu einem politischen Problem.

Schlüsselwörter:

Allokation, Organtransplantation, Gerechtigkeit, Nutzen

Justice in Organ Allocation

The allocation of scarce resources is a basic problem in any society. As vital issues are concerned, organ transplantation is of particular importance. Aspects of utility and the deontological aspect of justice influence decisions in allocation. Usually more weight is given to justice than to utility. Chances and benefit for the individual patient are only in part congruent with the collective utility. Other issues – such as age and addiction – are usually not taken into consideration. Altogether, ethical principles are crucial for organ allocation whereas medical issues are of minor importance. The realisation of these principles is a normative task, which has to be solved by politicians. Therefore, organ allocation is finally a political issue.

Key words:

allocation, organ transplantation, justice, utility

Abteilung für Transplantationschirurgie, Johannes Gutenberg-Universitätsklinikum Mainz

Otto G (2003) Gerechtigkeit bei der Allokation von Organen. Tx Med 15: 121-124

Einleitung

Allokation ist immer dort erforderlich, wo der Bedarf die verfügbaren Mittel übersteigt. Das gilt in vielen Bereichen der Medizin, so auch – und ganz besonders – in der Transplantationsmedizin. Die Zahl der Patienten auf den Wartelisten übersteigt bei weitem die verfügbaren Spenderorgane. In vielen Ländern

ist besonders bei der Nierentransplantation eine Zunahme der Lebendspende zu beobachten. Aber selbst bei Mobilisierung aller denkbaren Möglichkeiten der Organspende muss davon ausgegangen werden, dass Wartelisten unvermeidbar sind.

Wir haben es bei der Allokation von Transplantaten also mit einem typischen Verteilungsproblem, einem

grundlegenden Problem jeder Gesellschaft, zu tun. Hier führt jedoch die Verteilungsproblematik zu dramatischen Konsequenzen: Es müssen Menschen selektioniert werden, denen geholfen werden soll, anderen kann nicht geholfen werden. Diese Selektionskriterien festzulegen, ist außerordentlich problematisch. Medizinische Belange der zu Grunde liegenden Erkrankungen treten dabei in den Hintergrund. Verteilungsprobleme werden durch politischen Willen unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien gelöst.

Ethische Grundlagen

Der Utilitarismus ist eine prägende Theorie unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens. Sein grundlegendes Prinzip lautet: Entscheidend für eine Handlung, ein System etc. sind die Konsequenzen für alle beteiligten Personen. Die positiven Konsequenzen, der Nutzen, müssen immer gegen die negativen Konsequenzen aufgerechnet werden. Weite Teile unserer sozialen Verhältnisse funktionieren, weil der kollektive Nutzen hoch ist. Die Durchsetzung des größtmöglichen kollektiven Nutzens bedeutet, einen Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung von der Transplantation auszuschließen. Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen sind damit doppelt benachteiligt: Sie haben durch die Schwere ihrer Erkrankung einen dramatischen Verlust an Lebensqualität und werden dazu noch ihrer Chancengleichheit beraubt.

Dem Utilitarismus stehen deontologische Verhaltensprinzipien gegenüber: Handlungsgrundsätze, nicht Konsequenzen, sind relevant! Gerechtigkeit ist ein solches Prinzip. Was ist Gerechtigkeit? Keine der zahlreichen Definitionen kann für sich universelle Gültigkeit beanspruchen. Gerechtigkeit ist ein Mysterium. Ist eine Lotterie gerecht? Ist es gerecht, nach der Warteschlange zu verteilen? Ist es gerecht, jedem zu geben, was er braucht oder was er verdient oder was er möchte?

Gerechtigkeit und Gleichheit liegen in ethischer Hinsicht nahe beieinander. Wenn es um grundlegende, existentielle Belange geht – Gesundheit oder Überleben sind grundlegende Werte –, wird eine Gleichbehandlung aller Menschen als gerecht empfunden. Egalitaristische

Prinzipien sind ebenfalls deontologisch. Gleichheit ist also ein Prinzip, das sich im Wesentlichen aus einer moralischen Verpflichtung ergibt. (Weil bei dessen Berücksichtigung – zumindest in dem hier relevanten Kontext – die negativen kollektiven Konsequenzen gering sind, ergeben letztendlich auch utilitaristische Erwägungen, dass Gerechtigkeit ein anzustrebendes Prinzip ist.) Was jedoch unter Gleichbehandlung zu verstehen ist und was somit als gerecht empfunden wird, kann erheblich variieren. Gerechtigkeit (Gleichheit) kann bedeuten:

- Alle haben die Chance auf Gleichheit,
- Gerechtigkeit ist Tauschgerechtigkeit (Aristoteles),
- alle werden bei der Verteilung von Ressourcen gleich berücksichtigt,
- gleichen Zugang zu Ressourcen schaffen; jeder entscheidet dann selbst, was er mit seiner Zuteilung macht,
- so zuteilen, dass das Endstadium für alle gleich ist.

In der Medizin werden im Allgemeinen Verteilungsformen dann als gerecht angesehen, wenn jedem die gleiche Chance gegeben wird, gesund zu sein wie andere.

Das Ziel einer gerechten Verteilung und das utilitaristische Ziel des größtmöglichen kollektiven Nutzens stehen sich zumindest zum Teil konkurrierend gegenüber: Nutzenmaximierung bedeutet, ein lebenswichtiges Organ dem weniger Kranken zu geben. Aber diese Zuteilung ist nicht gerecht, weil der Schwerkranken seiner Chance beraubt wird. Alle praktischen Allokationsregeln drehen sich um diese beiden konkurrierenden Prinzipien einer Allokation, also Nutzen und Gerechtigkeit. Die Frage ist, welches Gewicht teilen wir den beiden Prinzipien zu?

- Wollen wir Nutzen und Gerechtigkeit so gewichten, dass proportional zur Notwendigkeit oder
- proportional zum erwartenden Nutzen die Chancen einer Allokation steigen?

Bei der ersten Variante überwiegt das deontologische Prinzip der Gerechtigkeit. Es wäre ungerecht, einem Patienten, der ein Organ weniger dringend braucht, das Transplantat zuzuteilen und damit den Schwerkranken seiner Chance, das Ziel der Genesung zu er-

reichen, zu berauben. Auch wenn auf den ersten Blick dieses Vorgehen gerecht erscheint, ist es nicht frei von einer gewissen Problematik: Für den kränkeren Patienten ergibt sich im Augenblick die Chance zu überleben. Ob eine vergleichbare Chance für den gesünderen einmal bestehen wird, wenn sich sein Zustand verschlechtert hat, ist ungewiss.

Noch problematischer wird die Allokation, wenn wir den Nutzen in den Vordergrund stellen. Abgesehen davon, dass der kollektive Nutzen bei der Allokation auch immer der Nutzen für einen Einzelnen ist, kann die Höhe des Nutzens niemals endgültig quantifiziert werden. Jeder Patient, dem ein Organ zugeteilt wird, profitiert davon. Was bedeutet „profitieren“? Wer profitiert am meisten? Das sind nur partiell medizinische Fragen, denn Nutzen kann definiert werden als „Überstehen der Krankheit“ oder auch im Sinne des sozialen Utilitarismus: Hat der Empfänger für eine Familie zu sorgen oder ist er gar in beruflich verantwortlicher Position?

Beide, deontologisches Prinzip und Utilitarismus, sind in Allokationssystemen zu berücksichtigen; der Gerechtigkeit wird allgemein ein gewisser Vorrang eingeräumt.

Praktisches Vorgehen bei Transplantatallokation

Die American Medical Association (1) hat für die Allokation von Transplantaten und anderer knapper medizinischer Ressourcen folgende Prinzipien verabschiedet. Ethisch angemessen ist es, zu verteilen nach

1. der Wahrscheinlichkeit zu profitieren,
2. der Dringlichkeit,
3. der Änderung der Lebensqualität,
4. der Dauer des Benefits,
5. der Menge der Ressourcen, die erforderlich sind.

Diese Zusammenstellung bedeutet nicht, dass alle Aspekte in einer Allokationsregelung enthalten sein müssen. Es zeigt sich, dass die einzelnen Aspekte gleichzeitig utilitaristisch und egalitaristisch belegt sein können. Und sie verfolgen erwartungsgemäß widersprüchliche Ziele. Es wird keine Wertung vorgenommen, weil ein Aspekt

etwa betont utilitaristische Merkmale aufweist. Es wird nur darauf hingewiesen, dass diese Aspekte ethisch vertretbar sind.

Unangemessen ist es zu berücksichtigen:

1. die Fähigkeit des Patienten zu zahlen,
2. den Beitrag des Patienten zum gesellschaftlichen Gesamtwohl,
3. Hindernisse für die Therapie (Sprache, Suchtverhalten, eigene Einstellung),
4. Selbstverschulden,
5. vorausgegangenen Ressourcenverbrauch.

Neben diesen von der American Medical Association aufgestellten Kriterien gibt es noch andere sehr wichtige Aspekte, die mit Gerechtigkeit und Nutzen etwas zu tun haben (2). Das Alter und Abhängigkeiten (Alkohol, Rauchen, Drogen) sind die wichtigsten.

Das Alter wird im Allgemeinen in Allokationsregeln nicht berücksichtigt. Letztendlich kann das jedoch als erheblicher Verstoß gegen das Gerechtigkeitsgebot betrachtet werden. Die Chance zu leben ist gleichzusetzen mit Chance auf eine gewisse Überlebensdauer. Der Zwanzigjährige wird ungerecht behandelt, wenn man einem Sechzigjährigen Priorität bei der Verteilung eines Transplantats einräumt. Er hat dann noch nicht einmal die Chance, so lange zu leben, wie der bei der Allokation präferierte Patient bereits gelebt hat. Aus diesem Grund gibt es durchaus wohlüberlegte Vorschläge, wie das Alter bei der Organallokation berücksichtigt werden könnte (3).

Gesundheitsschädigende Gewohnheiten und Abhängigkeiten sind in vielen Fällen wesentliche Ursache für die Notwendigkeit einer Transplantation. "Jeder muss gleichen Zugang zu Ressourcen haben; er entscheidet dann selbst, was er mit seiner Zuteilung macht", lautete eine Möglichkeit der gerechten Verteilung. Alkoholiker, Raucher, Drogenabhängige hatten einmal gleiche Startbedingungen wie andere, haben aber durch Selbstverschulden ihre Chance verspielt. Sollte man ihnen Ressourcen zuteilen? Es geht dabei nicht nur um die Transplantation: Wenn die Mittel knapper werden, müsste man das Spektrum zu verweigernder Behandlungen ausweiten!

Für die Zuteilung von Transplantaten an solche Patienten sprechen:

- Es gibt keinen Konsensus über die Etiologie einer Abhängigkeit,
- es ist völlig unklar, welche Rolle die freie persönliche Entscheidung spielt,
- andere selbstverschuldete Erkrankungen werden auch behandelt.

Wenn Verantwortlichkeit quantifiziert werden könnte, dann sollte sie in die Verteilungsregeln Eingang finden. Selbst wenn Verantwortlichkeit nach Kant mehr erworben als zugeteilt wird: Warum können manche Verantwortung erwerben, andere nicht. Die Umgebung spielt für die Formung des Menschen eine große Rolle. Selbstverschulden wäre somit eine problematische Begründung, Patienten eine Zuteilung von Ressourcen vorenthalten zu wollen. Hierüber divergieren die Ansichten ganz erheblich (4). Auch in den Augen der Öffentlichkeit werden diese Zusammenhänge durchaus anders gesehen. Dabei spielt es eine große Rolle, ob die Befragten sich selbst gesundheitsschädlich verhalten. Während Raucher Abhängigkeiten bei der Organallokation kaum berücksichtigen, also solchen Patienten gleich viele Organe zuteilen würden wie anderen Patienten, werden bei Befragungen von Nichtrauchern abhängige Patienten benachteiligt (5).

Allokationspraxis in Deutschland

Fragen wir uns einmal bei den beiden deutschen Allokationsregeln für Niere und Leber, ob die Kriterien Gerechtigkeit und Nutzen ausgewogen berücksichtigt sind:

Die Nierenallokation basiert im Wesentlichen auf Wartezeit und HLA-Kompatibilität.

Es gibt bei der Niere besondere Dringlichkeiten, ansonsten erhält das Transplantat derjenige, der am längsten wartet. First come - first served, lässt sich bei der Niere vertreten. Dieses Prinzip ist aber nur bei Patienten einsetzbar, die relativ ähnliche Dringlichkeit aufweisen. Das ist bei der Niere im Großen und Ganzen gegeben. Neben diesem egalitaristischen Aspekt müssen zwei medizinische Aspekte in den Hintergrund treten, deren Berücksichtigung durchaus von Bedeutung für die Ergebnisse wäre: Das HLA-Match erhöht den

Benefit, den ein Patient von einer Nierentransplantation zu erwarten hat, die Wartezeit übt einen eindeutig negativen Einfluss auf die Ergebnisse aus. Da man weder langwartenden Patienten ohne Rücksicht auf das HLA-Match noch umgekehrt dem HLA-Match vor der Wartezeit absolute Priorität geben kann, ohne gegen das Grundprinzip der Gleichbehandlung zu verstoßen, muss letztendlich das Gerechtigkeitsmerkmal "first come - first served" in den Vordergrund treten. Dieser gordische Knoten wäre allenfalls und sicher auch nur partiell lösbar, wenn die verfügbaren Transplantate die Zahl wartender Patienten übersteigen würden.

Die Leberallokation, wie sie bis zum 18. September 2003 galt, war eindeutig utilitaristisch geprägt. Wartezeit zur Vergabe von Punkten ist zwar das first come - first served Prinzip. Aber dieses Prinzip kann nur angewandt werden, wenn es um Differenzierung ähnlicher Patienten geht. Das ist bei der Leber nun genau nicht der Fall. First come - first served wird damit ein inakzeptabler utilitaristischer Filter, weil das eigentliche Problem, die Schwere der Erkrankung, nachgerade durch die lange Wartezeit eliminiert wird und damit als Kriterium vollkommen in den Hintergrund tritt. Damit tritt auch das Grundprinzip einer gerechten Verteilung, die Gleichheit der Möglichkeiten, in den Hintergrund.

Es verwundert daher nicht, dass unsere Leberallokationsregeln immer wieder im Blickpunkt der Kritik stehen. Wenn das System nicht vor einigen Jahren aus den USA übernommen worden wäre, müsste man sich fragen, wie es überhaupt zustande gekommen ist. Auch die seit 19. September 2003 gültige Regelung der absoluten Priorisierung von T2-Patienten ist ein Verstoß gegen das Gerechtigkeitsgebot. Mit einigen wenigen Ausnahmen sind alle T3-Patienten gravierend benachteiligt, da sie kaum noch Chancen auf eine Organzuteilung haben. Der MELD-Score ist die gerechtere Lösung (6).

Politische Aspekte der Allokation

Wir haben jetzt bei der Erörterung möglicher Aspekte der Organallokation kaum von einem Punkt gesprochen, der nach Auffassung der American Medical

Association durchaus als legitim erachtet wird: der Aufwand an materiellen, einschließlich finanzieller Ressourcen. Es spielt natürlich eine Rolle - es ist eine Frage des Nutzens -, ob das Organ einem Patienten zugeteilt wird, dessen Transplantation billig oder teuer zu werden verspricht. Bei der Erörterung dieses Problems gelangen wir ganz offenkundig in einen Bereich, den wir bislang ausgeklammert haben: den politischen. Wir haben nicht erörtert - oder wir brauchten nicht zu erörtern -, wo das medizinische Problem bei der Verteilung von Organen liegt. Die Allokation erfolgt entscheidend unter Berücksichtigung ethischer Normen. Wie aber ethische Normen berücksichtigt werden, ist in aller erster Linie eine politische Frage. Grundsätzlich ist es eine politische Entscheidung, wie in einer Gesellschaft verteilt wird. Die Gründe hierfür lassen sich nicht unbedingt in ethische Prinzipien umsetzen, sondern die Entscheidung trägt normativen Charakter (7). Wenn eine Regierung die Mittel fürs Gesundheitswesen kürzt, beeinflusst die Regierung, was noch machbar ist, also nimmt sie Einfluss auf Allokationsfragen. Wenn die Fallpauschalen für die Transplantation empfindlich gekürzt werden, ist das eine Verletzung der Chancengleichheit, also der Gerechtigkeit, für einen Teil der Patienten, nämlich jene Patienten, die schwer krank sind und damit wahrscheinlich teuer werden.

Autorisierung zur Organallokation

Wer autorisiert die Mediziner, Organe zu verteilen? Robert Veatch antwortet kurz und eindeutig: niemand (3)!

Diese Entscheidung den Medizinern zu überlassen, wäre bedenklich. Ein erster Grund ist, dass ein Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patient erwartet werden muss, wenn eine Selektion unter den Patienten bei der Verteilung vorgenommen werden muss. Fraglos stellt der zutiefst paternalistische hippokratische Eid für eine solche Selektion keine Handlungsbasis dar.

Medizinische Argumente spielen eine wichtige, aber bei weitem nicht die entscheidende Rolle bei der Allokationsfrage. Es gibt keine medizinischen Kriterien, die für sich allein hinreichen, um Organe zu verteilen. Die medizinischen Kriterien werden meist geradezu durch ethische Aspekte verdeckt, denn die Bewertung medizinischer Daten erfolgt immer aus irgendeinem ethischen Blickwinkel. Wir Mediziner können zwar sagen, dieser Patient hat gute Chancen, dieser schlechte. In welchem Maße aber die Chance auf Heilung in eine Allokationsregel Eingang findet, liegt jenseits des medizinisch Begründbaren. Prinzipiell gibt es keinen medizinischen Grund, eine Heilung oder eine Lebensverlängerung nicht zu versuchen, wenn nur die geringste Chance auf Erfolg besteht. Alle Gründe, die man gegen einen solchen Versuch anführen kann, sind nicht medizinischer Art. Es sind ethische Begründungen, die von Ethikern zu erarbeiten sind, und normative Entscheidungen, die im öffentlichen Interesse liegen und letztendlich von Politikern getroffen werden müssen (8). Das sollten wir Mediziner berücksichtigen und uns bei der Lösung von Allokationsfragen allenfalls beratend beteiligen. Aber auch Ethiker und Politiker sollten das zur Kenntnis nehmen, denn sie müssen hier aktiv werden.

Literatur

1. American Medical Association (1955) *Ethical Consideration in the Allocation of Organs and Other Scarce Medical Resources Among Patients*. Arch Intern Med 155: 29-40
2. Michaelis AP (2002) *Priority-setting ethics in public health* J Public Health Policy 23: 399-412
3. Veatch RM (2000) *Transplantation Ethics*. Washington: Georgetown University Press
4. Skitka LJ, Tetlock PE (1992) *Allocating scarce resources: A contingency model of distributive justice*. J Exp Soc Psychol 28: 491-522
5. Ubel PA, Jepson C, Baron J, Mohr T, McMorrow S, Asch DA (2001) *Allocation of transplantable organs: do people want to punish patients for causing their illness?* Liver Transpl 7: 600-607
6. Freeman RB, Rohrer RJ, Katz E et al. (2001) *Preliminary results of a liver allocation plan using a continuous medical severity score that de-emphasizes waiting time*. Liver Transpl 7: 173-178
7. Payne WD (2001) *Proposing change in organ allocation*. Liver Transpl 7: 179-180
8. Gutmann T, Land W (1997) *The ethics of organ allocation: the state of debate*. Transplant Rev 11: 191-207

Prof. Dr. Gerd Otto
Abteilung für Transplantations-
chirurgie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Langenbeckstr. 1
D-55101 Mainz
E-mail:
otto@transplantation.klinik-uni-
mainz.de

