

Zeitschrift: Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie = Revue philosophique et théologique de Fribourg = Rivista filosofica e teologica di Friburgo = Review of philosophy and theology of Fribourg

Band: 50 (2003)

Heft: 3

Artikel: Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen : die Transplantationsmedizin als Beispiel

Autor: Sitter-Liver, Beat

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-761025>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Die Transplantationsmedizin als Beispiel

I. Problem und Absicht

Rationierung im Gesundheitswesen ist seit längerem zum Thema sittlich-politischer Debatten geworden. In den späten 80er-Jahren gewann der sogenannte Oregon-Plan in den USA viel Aufmerksamkeit; in der Schweiz setzte 1999 das «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» einen Markstein.¹ Der Anlaß der Debatte ist mittlerweile geläufig: die rasante, scheinbar unaufhaltsame Kostensteigerung. Wo liegen die Gründe? Ein lehrreiches Beispiel liefert die Transplantationsmedizin: Der medizinisch-technische Fortschritt; die Ausdehnung des Leistungsangebots (u.a. Ärzte und Ärztinnen, Einrichtungen, Medikamente); persönliche Ambitionen; der Druck zur gewinnmaximierenden Kapitalverwertung; der Vorrang der Absicht, Leben als solches zu erhalten, vor dem Bestreben zu heilen und vorzusorgen; dies unter hohen Kostenfolgen, die aus Sicht der überkommenen ärztlichen Ethik und dann auch gesellschaftlich-politisch weithin noch als problemlos gerechtfertigt gelten², die – allerdings nicht nur spontan, sondern auch durch

¹ Vgl. HADORN, David C., «The Oregon Priority-Setting Exercise: Quality of Life and Public Policy», in: *Contemporary Issues in Bioethics (CIB)*, ed. by BEAUCHAMP, Tom L./WALTERS, LeRoy, Belmont CA 1994 (Forth Edition), 734–739 (zuerst erschienen Mai/Juni 1991); DANIELS, Norman, «Is the Oregon Rationing Plan Fair?», in: ebd., 739–745 (zuerst erschienen im Mai 1991); CALLAHAN, Daniel, «Ethics and Priority Setting in Oregon», in: ebd., 745–751 (zuerst erschienen Sommer 1991). – MANIFEST für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, Beilage zu Nummer 45/1999, 1–9 (verfaßt von einer «unabhängigen interdisziplinären Arbeitsgruppe»).

² Vgl. hierzu MATTEI, Jean-François/MOATTI, Jean-Paul/RAUCH, Carmen, «Zur Ethik in der Politik der gerechten Verteilung knapper Ressourcen in Frankreich», in: *Ethik und Medizin 1947–1997*, hrsg. von TRÖHLER, Ulrich/REITER-THEIL, Stella, Göttingen 1997. Die Autoren sprechen von der Gefahr, «daß die Ethik zu einem Mittel wird, dessen sich die Ärzteschaft bedient, um die soziale Auseinandersetzung hinsichtlich der Allokationsproblematik zu kontrollieren, oder das ihr dazu dient, von den wirk-

Marketing induzierten – steigenden Erwartungen und faktisch geltend gemachten Versorgungsansprüche in der Bevölkerung – all dies sind Faktoren, welche die bisherige Entwicklung gesteuert und auf unbegrenztes Wachstum getrimmt haben.³ Das hat zur Folge, daß sich «in keinem wie auch immer organisierten und finanzierten Gesundheitswesen der Frage nach dem wirtschaftlich noch Tragbaren» ausweichen läßt. Diese Betrachtungsweise steht «in klarem Widerspruch» zur ärztlichen Ethik, das ist dem Ökonomen geläufig.⁴ Daß politisch-ökonomische Überlegungen und Maßnahmen immer moralisch motiviert, also ethisch befragbar sind⁵, wäre zu ergänzen. Danach steht nicht einfach das hippokratische Gebot, nach Fähigkeit und Urteil ärztliche Verordnungen zum Nutzen der Kranken zu treffen⁶, kurz: Leben zu erhalten und zu fördern, gegen abstrakte Ökonomie; es entpuppt sich vielmehr eine Spannung, ja ein Konfliktfeld *innerhalb* der Moral, welches nach ethisch-reflektiver Bewältigung ruft.

In einem demokratischen, liberalen und der Solidarität verpflichteten politischen Gemeinwesen, dessen Grundstein die individuell interpretierte Menschenwürde bildet – *davon gehen wir im Folgenden aus* – kommt allen Mitgliedern ein *prima facie* gleiches Recht auf Leben, auf körperliche, seelische und geistige Unversehrtheit zu.⁷ Doch bekanntlich sind die Mittel, welche die öffentliche Hand einsetzen kann, um dieses Recht auch durchzusetzen, beschränkt. Die Mangelsituation hat zum Endeffekt, daß nicht jederzeit allen Bedürftigen sämtliche im Prinzip verfügbaren und angemessenen medizinischen Leistungen angeboten werden können. Zu entscheiden ist daher, a) welche Leistungen die Gemeinschaft überhaupt bereitstellen kann und will (Makroebene) und b) wem unter welchen Bedingungen welche verfügbaren Leistungen zugänglich

lich wichtigen Entscheidungen abzulenken, die zur Verbesserung unserer Gesundheitssysteme beitragen bzw. die Modalitäten der Verbreitung und des Zugangs zu medizinischen Innovationen optimieren könnten» (428).

³ Vgl. hierzu, wiederum nur exemplarisch, MATTEI u.a., Zur Ethik in der Politik, 428 (s. Anm. 2); SOMMER, Jürg H., «Allokation im Gesundheitswesen: Plan- oder Marktwirtschaft?», in: Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, hrsg. von BONDOLFI, Alberto/MÜLLER, Hansjakob, Basel/Bern 1999, 123–138; Manifest 1999 (s. Anm. 1), Abschnitte «I. Ausgangslage» und «II. Gründe der Knappheit notwendiger Leistungen und Mittel im Gesundheitswesen.»

⁴ SOMMER, Allokation, 125 (s. Anm. 3).

⁵ Vgl. BÜRGENMEIER, Beat, «The Social Construction of the Market», in: BERTHOUD, Gérald/SITTER-LIVER, Beat, The Responsible Scholar, Canton MA 1996, 151–166.

⁶ «Der Hippokratische Eid», in: WIESING, Urban, Ethik in der Medizin, Stuttgart 2000, 26.

⁷ Vgl. z.B. Art. 7, 8 und 10 der Schweizerischen Bundesverfassung.

gemacht werden sollen (Mikroebene). Darüber, daß in der skizzierten politischen Gemeinschaft die Zuteilung existenziell fundamentaler Güter dem Gerechtigkeitsgebot folgen soll, herrscht offiziell kein Streit. Differenzen, Konflikte brechen auf, wo es gilt, das generelle Prinzip praktisch zu konkretisieren.

In der Transplantationsmedizin als einem Teil des Gesundheitswesens spitzen sich die Zuteilungsprobleme zu. Zunächst will festgelegt sein, welcher Anteil an den für das Gesundheitswesen ausgeschiedenen Mitteln dem Transplantationssystem zugewiesen werden soll (Mesoebene). Zusätzlich macht sich ein für das Funktionieren dieses Systems erfolgskritischer Mangel breit: der Mangel an brauchbaren Organen.⁸ Ist aber so der Zwang zu individueller Rationierung⁹ dem Transplantationssystem jedenfalls auf nicht absehbare Zeit inhärent, vertiefen und komplizieren sich die Schwierigkeiten, bei der Organallokation das Gebot distributiver Gerechtigkeit zu erfüllen. Die damit angeschnittene Thematik ist insofern besonders aktuell, als die Schweiz im Begriffe ist, ihr Transplantationswesen erstmals auf Bundesebene einheitlich zu regeln.¹⁰

Wir erörtern einige Aspekte dieses Ausschnitts aus dem Gesundheitswesen um zu prüfen, ob sich aus der Betrachtung dieses Beispiels Einsichten gewinnen lassen, die sich für die Lösung der Aufgabe transparenter Rationierung¹¹ im Gesundheitswesen ganz allgemein fruchtbar machen lassen. Wir greifen zuerst ein Stück der Diskussion um den Oregon-Plan als Beispiel genereller Rationierung auf (II.), erörtern dann Billigkeit (*epieíkeia*) als «bessere Gerechtigkeit» (III.). Anthropologische Notizen zur Theorie des Selbst (IV.) und zur existentialen Endlichkeit (V.) folgen. Bemerkungen zur gebotenen Sorgfalt im Reden von Menschenwürde (VI.) leiten über zur Erörterung von drei in der Debatte um Gerechtigkeit in der Organallokation kontroversen Themen (biographisches Alter [VII.1] und Verantwortung für Dritte [VII.2] als Zuteilungskriterien; Entscheidung durch den Zufall [Los; VIII.]). Abschließend sichten wir den Ertrag für die allgemeine Rationierungsdebatte (IX.).

⁸ Die mit der Transplantation von Geweben und Zellen sowie mit der Xenotransplantation verbundenen Aspekte und Probleme lassen wir hier beiseite. Zu letzterer vgl. SITTER-LIVER, Beat, Xenotransplantation aus der Sicht der Tierethik, Genf 2000 (*Folia Bioethica* 27).

⁹ Vgl. Manifest 1999, 4 und 7f. (s. Anm. 1).

¹⁰ Der Ständerat hat als erste Kammer des Eidgenössischen Parlaments die Beratung der Botschaft des Bundesrats zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 12. September 2001 im Frühjahr 2003 aufgenommen.

¹¹ Ein zentrales Anliegen im Manifest 1999, vgl. 2, hier bes. die Kernaussagen 2–4, dann 3 (s. Anm. 1).

II. Der Oregon-Plan zur Rationierung im Gesundheitswesen

Ein lehrreiches Dilemma, bei dessen Bewältigung die Berücksichtigung existentialer Endlichkeit (vgl. Abschn. 5) eine Lösung erleichtern könnte, diskutieren Daniel Callahan und andere Autoren¹². – In den frühen 90er-Jahren des vorigen Jahrhunderts suchte der Staat Oregon (USA) nach einem Weg, trotz Finanzknappheit eine angemessene medizinische Grundversorgung für alle Bedürftigen, also nicht nur für die Empfänger der staatlichen «Medicaid», zu sichern. Nicht die Zahl der Bedürftigsten, wohl jedoch jene der garantierten Leistungen sollte rationiert werden.¹³ Eine eigens hierfür geschaffene Kommission hatte alle Gesundheitsleistungen in einer nach Prioritäten geordneten Liste zu verzeichnen, «ranging from the most important to the least important for the *entire* [Herv. Verf.] population to be served»¹⁴. Je nach verfügbaren Mitteln sollten den Bedürftigen mehr oder weniger Leistungen zugesichert werden. Die «Oregon Priority-Setting Exercise» wurde zum Gegenstand ethischer Reflexion wie politischer Auseinandersetzungen.

Die öffentliche Hand, so Callahan, würde nie in der Lage sein, für alle Leidenden sämtliche verfügbaren und bedarfsgerechten Therapien zu gewährleisten. Einschränkungen erscheinen auch ihm unausweichlich. Zwei Wege zur Rationierung stehen dafür offen: 1) Man kann die Schwelle für die Bezugsberechtigung und damit für die kostenlose Versorgung so hoch ansetzen, daß die Zahl der Berechtigten (d. h. der Armen, «the poor») die durch Budgets gesetzten Limiten nicht übersteigt; oder man kann 2) diese Schwelle so tief halten, daß niemandem ein Bezugsrecht verweigert wird, um nun allerdings die Leistungsarten in einem Ausmaß zu limitieren, das die finanziellen Rahmenbedingungen des Staates respektiert. So wäre etwa zu erwägen, die kostenintensive Transplantationsmedizin aus dem Leistungskatalog zu streichen.¹⁵ Dies käme der Sperrung einer «rescue technology» (Albert Jonsen) gleich, also von lebensrettenden bzw. Lebensqualität entscheidend verbessernden Maßnahmen.

¹² S. Anm. 1.

¹³ Vgl. HADORN, The Oregon Priority-Setting Exercise, 734ff. (s. Anm. 1).

¹⁴ Ebd., 734 (s. Anm. 1).

¹⁵ Norman DANIELS diskutiert diese Option als Schlüsselbeispiel in «Is the Oregon Rationing Plan Fair?» (s. Anm. 1). Dabei handelt es sich um eine Lösung zwischen dem, was die Arbeitsgruppe «Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen» als «strukturelle Rationierung» bzw. «individuelle Leistungs- und Mittelallokation» bezeichnet (Manifest 1999, 1, 2 und 5–7 bzw. 1, 2 und 7f. [s. Anm. 1]). Ausgeschlossen wird auch hier eine Behandlungsmethode, jedoch nicht bloß für eine Gruppe, sondern für sämtliche Mitglieder der politischen Gemeinschaft.

Doch dagegen, so Callahan, sträuben wir uns aus moralischen wie aus politischen Gründen.

Die Situation ließe sich entschärfen, wollten entweder der Staat einen größeren Anteil seines Budgets dem Gesundheitswesen widmen (Entscheidung auf der Makroebene) oder Bürgerinnen und Bürger höhere Steuern bezahlen. Da mit keinem von beidem zu rechnen ist, bleibt das moralische Dilemma bestehen. Nur einen Ausweg sieht Callahan. Er schlägt vor, über einen breiten öffentlichen Diskurs, als Basis für politische Entscheidungen durch den Gesetzgeber, ein Paket von existenziell zentralen Grundleistungen zu schnüren, die den Bedürftigen ohne Rücksicht auf Kosten und Kostenträger garantiert werden. Diese für Lebens- und Gesundheitserhaltung fundamentalen Leistungen genossen Vorrang vor jeder weiteren Prioritätserwägung. Auch ein solches Paket müßte freilich, um finanziell tragbar zu bleiben, wichtige, jedoch sehr kostspielige Therapieformen, beispielsweise eben die Organtransplantation, ausschließen.

Rationierung läßt sich also nicht umgehen: «The right to a decent minimal level of health care need not entail coverage of each and every form of medical thechnology»¹⁶.

Staatliche Rationierungsmaßnahmen sind damit salviert, denn auch für den Staat gilt, daß niemand zu etwas, das seine Kräfte übersteigt, verpflichtet werden kann. Doch das Problem der distributiven Gerechtigkeit wird auf diese Weise bloß verschoben. Deutlich tritt dies hervor, weil der Oregon-Plan vorsieht, die Finanzierung der für alle Bedürftigen in gleicher Weise gesicherten Leistungen zu Lasten eben dieser Bedürftigen zu sichern.¹⁷ Wer hingegen selber über die erforderlichen Mittel verfügt, vermag sich uneingeschränkte medizinische Versorgung zu verschaffen. Solidarität, wenn nicht Fairness, werden strapaziert.

Geht man davon aus, daß das Prinzip der Menschenwürde sowie das aus diesem fließende gleiche Grundrecht auf Leben auch den liberalen Rechtsstaat dazu verpflichtet, für die so weit wie möglich autonome Lebensgestaltung seiner Bürgerinnen und Bürger zu sorgen, falls angemessene Selbstsorge deren Kräfte übersteigt, dann wird man die vorgeschlagene Lösung als ungerecht beurteilen.¹⁸ Daß die politische Gemeinschaft gerade auch im Gesundheitswesen nicht für alle ihre Mitglieder alles, was möglich, im Prinzip verfügbar und auch sinnvoll wäre, bereit zu halten

¹⁶ CALLAHAN, *Ethics and Priority Setting*, 748 (s. Anm. 1).

¹⁷ DANIELS, *Is the Oregon Rationing Plan Fair?*, 740–742 (s. Anm. 1).

¹⁸ Zur Unterscheidung von absolut unzulässiger primärer gegenüber politisch legitimierbarer sekundärer Diskriminierung vgl. TUGENDHAT, Ernst, *Gibt es eine moderne Moral?*, in: *Zeitschrift für philosophische Forschung* 5 (1996) Heft 1/2, 323–338.

vermag, bleibt dennoch richtig. Doch noch bevor darüber verhandelt wird, wie viel sich diese Gemeinschaft «ein statistisch zu gewinnendes Lebensjahr mit guter Lebensqualität in Franken kosten lassen will»¹⁹, vermag die Beachtung der existentialen Endlichkeit menschlichen Daseins, aber auch anderer anthropologischer Aspekte, soziale Ungerechtigkeit zu entschärfen und moralische Dilemmata zu lindern, wenn nicht zu lösen. Wird eine angemessene Anthropologie zur Grundlage medizinischer Interventionen gewählt, dann ist ethisch gerechtfertigt und insbesondere gerechtigkeits-theoretisch gefordert, was die Arbeitsgruppe «Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen» als unumgängliche individuelle Rationierung wie folgt vorschlägt: Im Einzelfall ist «die Anwendung von sehr teuren Behandlungs- und/oder Betreuungsmethoden geboten, wenn mit ihnen mehrere Lebensjahre mit guter Lebensqualität gewonnen werden. Hingegen ist die Anwendung» solcher Maßnahmen «aus der Grundversicherung auszuschließen, wenn sie die Lebenszeit nur wenig verlängern und die Lebensqualität kaum verbessern.»²⁰ – Zu fragen ist freilich, wie weit nicht auch dieser Vorschlag, ähnlich jenem von Callahan, unfair bleibt. Werden allein die grundversicherten Leistungen individuell rationiert, bleibt jenen, die es vermögen, der Ausweg über Eigenfinanzierung offen. Sie stützen sich dabei aber, jedenfalls nach der aktuellen Lage, auf Leistungen der Allgemeinheit (Verwendung von Steuern für das Gesundheitswesen, z. B. für Infrastrukturen, Ausbildung des Personals usw.), welche auch die bloß Grundversicherten mitfinanzieren. Hier besteht dringender Bedarf nach vertiefter Analyse und ethischer Reflexion, sollen nicht die am schlechtesten Gestellten noch zusätzlich zu Gunsten der besser Gestellten benachteiligt werden.

Der Verzicht auf einen *absoluten* Charakter der überkommenen, *prima facie* gewiß zu verteidigenden Regel, wann immer möglich ein Menschenleben zu retten und seine Bedingungen zu verbessern, könnte dazu führen, auch andere und fundamentalere als ökonomische Gesichtspunkte in Anschlag zu bringen, um Einschränkungen von Gesundheitsleistungen ethisch akzeptabel zu machen. Rationierung im Gesundheitswesen ließe sich ethisch rechtfertigen, freilich nur eine Rationierung, die sämtliche Mitglieder einer auf den Ideen von Humanität und Solidarität basierenden sittlich-politischen Gemeinschaft einbezieht.²¹

¹⁹ Manifest 1999, 2 u.ö. (s. Anm. 1).

²⁰ Ebd.

²¹ Zum Begriff der Humanität als «intervenierende Solidarität mit den Rechtlosen und Hilflosen» vgl. TEUTSCH, Gotthard M., Lexikon der Tierschutzethik, Göttingen 1987, 91–94; HÖFFE, Otfried, Lexikon der Ethik, München 2002, 120f., 6., neubearb. Aufl.

III. Billigkeit (*epieikeia*) als die «bessere Gerechtigkeit»

In der mittlerweile kaum noch übersehbaren Literatur zur Gerechtigkeit im Transplantationswesen stehen formale wie materiale Prinzipien und Kriterien im Vordergrund, zusammen mit Überlegungen zu deren Gewichtung und relativen Priorisierung. Der Prozeßcharakter der Gerechtigkeit wird reflektiert, ebenso die zahlreichen, oft miteinander konkurrierenden Aspekte von Zuteilungssituationen. Für Offenheit und adäquate Ermessensspielräume wird votiert, und in diesem Zusammenhang kommt das Konzept der Billigkeit zur Sprache. Unfair wäre die Behauptung, es werde nur nebenbei erwähnt; hingegen findet es gewiß nicht die Aufmerksamkeit und Vertiefung, die ihm in komplexen Entscheidungssituationen generell gebührt.²² Das mag mit der – verständlichen – Sorge um Rechtssicherheit, Justiziabilität und Praktikabilität zusammenhängen; aus ethischer Warte bleiben indessen Bedenken, auch darum, weil die eben genannten Perspektiven dem sittlichen Gebot, die eigenen moralischen Fähigkeiten auszuschöpfen, nachzuordnen sind.²³

1. Aristotelische Reminiszenz

«... und doch sind nicht die Gesetzesbestimmungen identisch mit «gerecht», es sei denn akzidentell –; aber wie die einzelnen Akte vollzogen werden müssen, um «gerecht» zu sein: dies zu wissen ist eine größere Leistung, als die Kenntnis von Heilmitteln zu besitzen.»²⁴

²² Vgl. hierzu Martha C. NUSSBAUMs schlüssige Überlegungen zum Wechselspiel von Theorie, Regeln und gelebter Praxis. Die Theorie liefert die Grundlagen dafür, den *Sinn und Zweck von Regeln* erst einmal zu verstehen. Aus der Kenntnis von Sinn und Zweck läßt sich «ersehen, wann diesem Sinn durch Abweichen von der Regel besser Genüge getan wird.» Was nicht heißt, «daß Regeln im Namen von Moraltheorien als nichtig verworfen werden sollten.» Ihre Orientierung- und Entlastungsfunktionen sind für gelebte Moral von unverzichtbarem Wert. Vgl. DIES., *Vom Nutzen der Moraltheorie für das Leben*, Wien 1997, 37 und 42.

²³ Auf die Spannung, die in diesem Zusammenhang in der Debatte zwischen Juristinnen und Juristen einerseits, praktischen Philosophinnen und Philosophen andererseits immer wieder aufbricht, kann hier nur gerade hingewiesen werden. Sie wartet noch auf die erforderliche eingehende Auseinandersetzung. Die Unruhe, ja Ungeduld, die sich mit der Einsicht in diese Aufgabe verbinden, verdanke ich Gesprächen mit Rainer J. Schweizer, St. Gallen. Vgl. zur Problematik SITTER-LIVER, Beat, *Macht Klugheit Prinzipien entbehrlich? Zur Auflösung einer falschen Entgegensetzung*, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* 40 (1992) Heft 11, 1313–1332. Wieder abgedruckt in: DERS., *Der Einspruch der Geisteswissenschaften. Ausgewählte Schriften*, hrsg. von Rainer J. SCHWEIZER im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, Freiburg i.Ue., 2002, 192–199.

²⁴ ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik*, übersetzt und kommentiert von Franz DIRLMEIER, Darmstadt 1979, 7. Aufl., 1137a 11–14.

Diesen Satz des Aristoteles würde falsch auslegen, wer ihn nicht mit einem zweiten, wenig später im gleichen Abschnitt der Nikomachischen Ethik formulierten, zusammen läse:

«Und trotzdem ist dieses Verfahren richtig, denn der Fehler liegt nicht im Gesetz und im Gesetzgeber, sondern in der Natur der Sache, denn so ist nun einmal die Fülle dessen, was das Leben bringt.»²⁵

Dieser klassische Topos scheint zwei Arten der Gerechtigkeit auseinander zu halten: jene des Gesetzes und jene der Fallentscheidung. Das Dilemma, das sich damit auftut – von einem Widerspruch zu reden wäre verfehlt²⁶ –, beschäftigt Rechtsphilosophie, Rechtssetzung und -sprechung bis heute. Sein epistemologischer und sein ontologischer Grund sind durchsichtig: Das Gesetz äußert sich in allgemeiner und abstrakter Form über das Richtige. Seine Sprache vermag den Einzelfall, dem es zgedacht ist, nicht zu erfassen. An Rechtsanwendern und -sprechenden ist es, dafür zu sorgen, daß der Einzelfall nicht verfehlt oder gar vergewaltigt wird. Wir brauchen das bekannte und viel erörterte Problem hier nicht zu diskutieren. Hingegen wollen wir aus den errungenen Einsichten zwei Konsequenzen für die Frage nach der Gerechtigkeit in der Zuteilung von Organen ziehen. Zum einen: Der Auftrag der Verfassung an den *Gesetzgeber*, für gerechte Organallokation zu sorgen²⁷, kann von diesem selber nicht *direkt* erfüllt werden. Für die *Rahmenbedingungen* ist er zuständig und dafür, daß *nachgeordnete* Regelung und Instanzen auf möglichst identischen Wegen konkrete Gerechtigkeit schaffen. – Zum andern stützen wir uns auf einen klassischen Satz aus den Digesten: *In omnibus quidam maxime tamen in iure aequitas spectanda est*. – In allen Angelegenheiten, vorzüglich aber im Recht, ist auf Billigkeit zu achten.²⁸ Billigkeit, so lesen wir, geht der Gerechtigkeit vor.

Mit *aequitas* wird das Aristotelische *epieikeia* übersetzt. Das damit angesprochene Konzept dient Aristoteles zur Verdeutlichung, worauf es im Streben nach konkreter Gerechtigkeit ankommt – für uns in der Bemühung um situative Gerechtigkeit bei der Zuteilung von Organen: Nicht die einfache Subsumtion eines zu diesem Zwecke rekonstruierten Einzelfalls unter eine allgemeine Regel ist das vordringliche Ziel, sondern die

²⁵ Ebd., 1137b 17–19.

²⁶ Ebd., 1137b 7.

²⁷ Art. 119a Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung.

²⁸ Vgl. in diesem Zusammenhang, statt vieler, HOLLERBACH, Alexander, «Billigkeit», in: Staatslexikon Recht – Wirtschaft – Gesellschaft, hrsg. von der Görres-Gesellschaft, Freiburg/Basel/Wien 1985, 7. Aufl., Bd. 1, Sp. 809–813; hier auch das Zitat aus den *Digesta Iustiniani*, Dig. 50,17,19. – SEELMANN, Kurt, Rechtsphilosophie, München 2001, 2. Aufl., 137–141 und, speziell auf die Organtransplantation bezogen, 115–117.

dem Sinn von geltendem Recht und herrschender Sitte entsprechende kluge Entscheidung, die dem vielfach verästelten, besonderen Fall gerecht wird. Dieses Ziel gilt unverwandt, sollte es dabei auch nötig werden, «nichtpositive Richtigkeitskriterien»²⁹ heranzuziehen, etwa um Gesetzeslücken zu füllen oder um einer Ungerechtigkeit in der strikten Anwendung der für den Einzelfall gleichsam blinden Gesetzesgerechtigkeit zu steuern.³⁰

2. Epieíkeia als die «bessere Gerechtigkeit»

Billigkeit dient weniger der Korrektur als der Anpassung des gesetzten Rechts an die Bedingungen der konkreten Situation, zumindest wo diese dies zulässt. Was Billigkeit verwirklicht, ist nicht etwas von der Gerechtigkeit Getrenntes, sondern die «bessere Gerechtigkeit»³¹. Sie ist «selber ein Gerechtes; wenn es aber besser ist als das Gerechte, so bedeutet dies nicht, daß es einer anderen Gattung angehört. Das Gerechte und das Billige «ist also identisch: Beides sind wirkliche Werte, nur steht das Billige «im Range höher.»³² Denn, so können wir kommentieren, es ist das den unmittelbar gegebenen Lebensumständen Angemessene.

Angemessenes wird innerhalb eines Spielraums des Ermessens gewonnen. Als gerecht können deshalb Gesetzesnormen, hier insbesondere distributive Dispositionen, erst gelten, wenn sie, wo immer das angezeigt ist, solche Spielräume eröffnen. Dies trifft dort zu, wo vorgreifend abschließende Regelungen nicht tunlich sind. Auf dem Felde der Allokation unzureichend vorhandener existenzieller Grundgüter dürfte dies an verschiedenen Stellen des Distributionsprozesses der Fall sein.

3. Billigkeit und Organallokation

Billigkeit auch bei der Organallokation zur Wirkung zu bringen, wird in der Literatur erwogen und selbst in der Gesetzgebung vorgesehen. Einen Beleg für Letzteres liefert der Entwurf des Transplantationsgesetzes (TPG-Entwurf). Im Kommentar zu Art. 22 TPG, welcher in Absatz 2 den Grundsatz festhält, «Organe aus dem Ausland dürfen nur von der Nationalen Zuteilungsstelle angenommen werden», wird gleich eine Abweichung vorgestellt: Das Basler Transplantationszentrum beteiligt sich an einem europäischen Programm mit dem Ziel, für hochimmunisierte Leidende rasch geeignete Nieren verfügbar zu halten. Ein aus dem Aus-

²⁹ SEELMANN, Rechtsphilosophie, 110, 115 u.ö. (s. Anm. 28).

³⁰ Vgl. NUSSBAUM, Vom Nutzen, Kap. III (s. Anm. 22).

³¹ ARISTOTELES, Nikomachische Ethik, 1137b 8 (s. Anm. 24).

³² Ebd., 1137b 5–9.

land angebotenes entsprechendes Organ geht nicht zuerst an die Nationale Zuteilungsstelle, sondern direkt ans Transplantationszentrum. Umgekehrt liefert dieses passende Nieren auch dann ins Ausland, wenn im eigenen Land Bedarf bestünde – vorausgesetzt, «für Schweizer Patientinnen und Patienten» besteht keine höhere Dringlichkeit.³³ Die bessere Gerechtigkeit soll sich im Interesse von speziell veranlagten Leidenden gegen die allgemeine Regel durchsetzen, ohne daß sie allerdings zur formellen Gesetzesregel würde.

Dieses Vorgehen entspricht genau der Empfehlung, zu der sich Roy Lachmann und Norbert Meuter verstehen.³⁴ In Kapitel 15 ihrer Studie erwägen sie die Möglichkeit, bei Allokationsentscheiden besondere moralische Eigenschaften von Personen oder Gruppen in Anschlag zu bringen. Das Beispiel der sozialen Verantwortung, expliziert am Falle der alleinerziehenden Mutter junger Kinder, stehe für viele. Der Mutter kann aus Gründen der Billigkeit, *ceteris paribus*, der Vorrang vor einem unbundenen Junggesellen eingeräumt werden. Die Lösung, so die Autoren, «hat eine hohe Plausibilität, ist allerdings ... nicht oder nur schwer zu begründen.» Dem Nachsatz ist nicht zuzustimmen, setzt man in der Beschreibung des Dilemmas nicht ein Menschenbild voraus, in welchem der Einzelne im Prinzip als *solus ipse* vorgestellt wird (s. Abschn. IV.). Sonst allerdings sind die Erwägungen der Autoren trefflich, insbesondere dort, wo sie darauf insistieren, daß nur ein wirklich signifikanter Unterschied zwischen Patienten die Zuhilfenahme eines Instruments formaler Gerechtigkeit zu begründen vermag. Was als signifikant gelten darf, bleibt allerdings fallweise noch auszumachen. Aber es trifft zu, daß aufgrund «der abstrakten Unauflösbarkeit solcher Abwägungen ... keine generelle Regel formuliert werden kann.» Die – nun allerdings ihrerseits formelle – «Eröffnung von Ermessensentscheidungen», des Spielraums für Billigkeit liefert den gesetzgeberisch angemessenen Ausweg, damit die ethisch richtige Lösung.

IV. Anthropologische Vergewisserung

In der Literatur zur Organallokation, nicht anders in der bundesrätlichen Botschaft, wird der Gerechtigkeitsadressat als isoliertes Selbst vorgestellt. Gerechtigkeit bezieht sich auf die *sola ipsa*, den *solus ipse*, so sehr, daß zum Beispiel die Berücksichtigung von «sozialem Status» zwar the-

³³ Botschaft des Bundesrates, 155 (s. Anm. 10).

³⁴ LACHMANN, Roy/MEUTER, Norbert, Medizinische Gerechtigkeit: Patientenauswahl in der Transplantationsmedizin, München 1997.

matisiert, als Gesichtspunkt für gerechte Zuteilung in der Regel jedoch abgewiesen wird. Diesem Konzept entspricht ein neuzeitliches, kartesisches Menschenbild, welches theoretisch in Grenzen fruchtbar sein mag, anthropologisch wie lebenspraktisch hingegen defizitär bleibt. Was also sind Gerechtigkeitsadressatin und -adressat in einem weniger eingengten, nicht allein naturwissenschaftlich kultivierten Blick?

In der zeitgenössischen Theorie personaler Identität wird das Selbst nicht als Phänomen eines bewußten, in sich abgeschlossenen Ich, sondern immer auch als Erzeugnis der Gemeinschaft, in welcher Personen leben, verstanden. Die Zuschreibung von Kontinuität und Identität durch jene, mit denen wir in dieser Welt da sind, ist «konstitutiver Bestandteil des Begriffs der Identität selbst»³⁵. Identität ist nicht gegeben, sondern Aufgabe fortgesetzter Konstitution, wesentlich durch die Beziehungen zu anderen, für die wir verantwortlich sind. Nicht einseitig gestalten sich solche Beziehungen, sondern wechselseitig; was für jede und jeden von uns gilt, trifft analog auf jene zu, mit denen wir verbunden sind. Es gibt, von pathologischen Zuständen abgesehen, kein ungebundenes Selbst.³⁶ Unser Leben ist nicht das Leben eines fingiert autarken Ich, vielmehr immer auch das Leben aller anderen, aus denen wir werden, die wir sind, ihnen unsererseits zu ihrem eigenen Selbst verhelfend. Unser Leben ist so immer auch ihr Leben. Die wichtige Norm, wonach wir alle kraft unserer unverhandelbaren Würde als Menschen ein gleiches Recht auf Leben besitzen, bleibt so lange zu grob und unbestimmt, als Leben stillschweigend mit isoliertem individuellem Dasein gleichgesetzt wird.

Selbstverständlich zerspringt das «intrinsische Beziehungsgeflecht», als das *wir* mit anderen – nicht allein menschlichen – Wesen in dieser Welt da sind³⁷, wenn wir sterben. Insofern steht Rettung des individuellen Lebens bei Allokationsentscheiden zunächst im Vordergrund. Aber eben nicht nur: Der Tod der einzelnen Person beeinträchtigt immer zugleich das Dasein, das Leben all jener, mit denen sie in aufbauender und sie ihrer Identität vergewissernder Weise verbunden war. Der Allokationsentscheid bliebe verschuldet unzureichend und also gerechtigkeits-

³⁵ HAKER, Hille, «Identität», in: Handbuch Ethik, Stuttgart/Weimar 2002, 394f.

³⁶ Vgl. STURMA, Dieter, «Person», in: ebd., 2002, 445.

³⁷ NAESS, Arne, «The Shallow and the Deep – Begründung der Tiefenökologie», in: Jahrbuch Ökologie 1997, hrsg. von ALTNER, Günter u.a., München 1996, 131 (erstmalig veröffentlicht 1973); DERS., Self-Realization. An Ecological Approach to Being in the World, in: *The Trumpeter* 4 (1987) Heft 3, 35–42. Abgedruckt in DRENGSON A./INOUE, Y. (eds), *The Deep Ecology Movement. An Introductory Anthology*, Berkeley CA 1995, hier 14; SITTER-LIVER, Der Einspruch, 73f. (s. Anm. 23).

theoretisch zu tadeln, wollte er diese Existenzbedingungen übergehen – übergehen dann, wenn aufgrund einer Konkurrenz um ein lebensrettendes Organ, *ceteris paribus*, existenziell konstitutive, unmittelbare und nicht substituierbare Funktionen für Dritte ohne Einfluß blieben.

Wenn Thomas Gutmann und Walter Land fragen, ob Auswirkungen von Verteilungsentscheidungen auf Dritte gerechtigkeits-theoretisch relevant seien³⁸, so kann man diese Frage nur aufgrund eines lebenspraktisch reduktiven und darum gerechtigkeits-theoretisch unangemessenen Menschenbildes verneinen. Es trifft gerade nicht zu, daß «(jedenfalls im Bereich der Verteilung lebensrettender Organe) die mittelbaren Interessen Dritten gegenüber den Lebenswünschen der unmittelbar Betroffenen ... kategoriell nachrangig und damit irrelevant sind.»³⁹ Die verschiedenen Leben lassen sich nur künstlich trennen. Dagegen vermögen in sonst nicht auflösbaren Konfliktfällen Statusfragen, die nicht in primärer Diskriminierung wurzeln, hilfreiche Vorrangregeln zur konstruktiven und «besser gerechten» Bewältigung des Konflikts an die Hand zu geben.⁴⁰ Nicht nutzenrelevante, sondern an Humanität orientierte Überlegungen sind dabei führend.⁴¹

V. Existenziale Endlichkeit

1. Endlichkeit

In der biomedizinischen Ethik taucht das Konzept der Endlichkeit noch selten auf.⁴² Das ist erstaunlich, denn in unseren Anstrengungen, Be-

³⁸ GUTMANN, Thomas/LAND, Walter, «Ethische und rechtliche Fragen der Organverteilung: Der Stand der Debatte», in: Organtransplantation, hrsg. von BRUDERMÜLLER, Gerd/SEELMANN, Kurt, Würzburg 2000, 100.

³⁹ Ebd., 101.

⁴⁰ Vgl. LAY, Rupert, Ethik für Wirtschaft und Politik, Berlin 1991, 236f.

⁴¹ Dies als Einwand gegen GUTMANN/LAND, die eben dies bezweifeln, vgl. Ethische und rechtliche Fragen, 100, 101 (s. Anm. 38).

⁴² Als Indikatoren dienen das Lexikon Medizin, Ethik, Recht (MER), hrsg. von ESER, Albin u.a., Freiburg/Basel/Wien 1989; das Handbuch der christlichen Ethik (HCE), hrsg. von HERTZ, Anselm u.a. (Bde 1–3), Freiburg/Basel/Wien und Gütersloh 1978–1982: Das Stichwort «Endlichkeit» sucht man in den Indices vergeblich. Im Text stoßen wir aber auf «Sterben in der technischen Welt» (HCE 396) und «Bestimmung zum Tod» (HCE 488 u.ö.) sowie «Einstellung zum Tod», «Tod», «Sterben» (MER 175ff.). Das Lexikon der Bioethik, hrsg. von KORFF, Wilhelm u.a. (Bde 1–3), Gütersloh 1998, greift hingegen den Terminus auf, referiert auch M. Heidegger, all dies jedoch unter den Stichwörtern «Sterbebeistand/Sterbebegleitung» und «Sterbehilfe». Das Fazit: Die Reflexion auf praktische Konsequenzen existenzialer Endlichkeit für biomedizinische Ethik und Praxis ist auch hier kein Thema. Für weitere Nachweise vgl. SITTER-LIVER, Beat, «Endlichkeit – eine vernachlässigte Perspektive in der Bioethik»,

grenzungen menschlichen Daseins, also auch Sterben, ja Sterblichkeit schlechthin zu überwinden, bilden existentielle und faktische Endlichkeit die Voraussetzung.⁴³ – Vielleicht ist dieses Faktum zu evident, vielleicht hat der privilegierte Glaube an Fortschritt und Machbarkeit den Sinn für Endlichkeit schwinden lassen.⁴⁴

a) Zum Begriff der existentialen Endlichkeit

Wird der Begriff der Endlichkeit noch selten verwendet, so favorisiert man dagegen verschiedene Formen des wohl ebenfalls existential angelegten Unsterblichkeitsstrebens.⁴⁵ Umso mehr bedarf er darum einer kurzen Klärung. – «Existentielle Endlichkeit» verweist auf die persönliche Endlichkeit menschlicher Existenz. Der Tod ist nicht einfach etwas, was den Menschen unglücklicherweise einmal zustößt. Deren Sein ist vielmehr Sein hin zum eigenen Ende.⁴⁶ Die verschiedenen Wege im Streben nach Unsterblichkeit, die länger schon, doch insbesondere heute propagiert werden, vermögen die ontologische Verfassung menschlicher Existenz zwar zu verschleiern, nicht jedoch zu umgehen.

Diese – nur grob umrissene – Bedeutung bleibt maßgebend, wenn im Folgenden der Terminus «Endlichkeit» verwendet wird. Grenzen intellektueller Kraft und moralischer Kompetenz, limitierte Willensstärke, Empathie und Sympathie und anderes mehr gründen in dieser existentialen Verfassung menschlichen Daseins, lassen sich darum nicht ein für allemal überwinden. Das heißt nicht, daß man sich mit diesen Grenzen nicht auseinander setzen sollte, auch im Bestreben, sie auszuweiten, insbesondere im Bemühen um moralische Verständigung und diskursive

in: HOLDERGGER, Adrian/MÜLLER, Denis/SITTER-LIVER, Beat/ZIMMERMANN-ACKLIN, Markus (Hgg.), *Theologie und biomedizinische Ethik. Grundlagen und Konkretionen*, Freiburg i.Ue./Freiburg i.Br. 2002, 208–226 (Studien zur theologischen Ethik, Bd. 97).

⁴³ Der Ausdruck «existential» spricht unsere ontologische Verfassung an, bezeichnet, anders ausgedrückt, eine anthropologische Konstante. Er wird hier in Anlehnung an Martin HEIDEGGERS Existentialanalyse in: *Sein und Zeit*, Tübingen 1963, 10. Aufl., verwendet. Im Unterschied zu «existential» bezeichnet «existenziell» die konkrete Verfaßtheit eines Individuums in einer geschichtlich-einmaligen Situation.

⁴⁴ MIETH, Dietmar: *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*. Freiburg/Basel/Wien 2002, 438f.

⁴⁵ Für viele: RAPP, Friedrich, *Analytische Technikphilosophie*, Freiburg/München 1978, 189f. (Säkularisierung – Fortschrittsglaube – Erlösungswunsch); MUTSCHLER, Hans-Dieter, *Technik als Religionsersatz*, in: *Scheidewege. Jahresschrift für skeptisches Denken* 28 (1998/99) 54–79. Siehe auch die zur Zeit (19.09.–30.11.2003) laufende Ausstellung im Landesmuseum Zürich zum Thema «Wege zur Unsterblichkeit? Dialog mit Religion, Naturwissenschaft, Spiritualität» sowie die sie begleitenden Veranstaltungen.

⁴⁶ HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, §§ 49–53 (s. Anm. 43).

ethische Reflexion. Dann erst schöpfen wir mögliche Authentizität und wahre Autonomie aus, wenn wir, von wichtigen Gründen getrieben, darum ringen, Kontroversen und Spannungen zu überwinden, ohne dabei zu vergessen, daß unsere Lösungen vorläufig, darum immer offen für Veränderung bleiben. Endlichkeit fungiert hier als Quelle von Freiheit, die nicht geschenkt wird, sondern ergriffen werden muß.

Analysieren wir die praktischen Konsequenzen existentialer wie existentieller Endlichkeit, lassen sich Kriterien gewinnen, die uns in die Lage versetzen, uns über moralische Dilemmata zu verständigen, denen wir in der biomedizinischen Praxis und darum auch in der Transplantationsmedizin begegnen.

b) Grenzen der Pflicht, zu helfen und zu heilen

Die Pflicht, Menschen in Notlagen zu helfen, Krankheit zu heilen und Leiden zu tilgen, ist von Beginn weg Herzstück der medizinischen Ethik. Diese Verpflichtung ist kostbar, kann aber auch mißbraucht werden. Wird sie absolut gesetzt, läuft sie Gefahr, zur Absurdität zu verkommen. Besinnung auf existentielle Endlichkeit kann ihren verfehlten Einsatz korrigieren und erkenntlich machen, daß auch das ärztliche Gelübde zu heilen seine Grenzen hat. In der Auseinandersetzung mit kritischen Situationen wird erfahrbar, wie weit das Prinzip des Helfens und Heilens sich sinnvollerweise erstreckt. Das gilt zwar nicht erst, doch in besonderer Weise heute; denn ärztliches Wissen und Können hat längst das Gebot, für die Hilfesuchenden alles zu unternehmen, was *möglich* ist, zur Maxime gewandelt, alles zu tun, was nach sorgfältiger Abwägung noch als *sinnvoll* erscheint.⁴⁷ Der Arzt muß hier das Recht auf Leben gegen ein Recht zu sterben abwägen.⁴⁸

Diese gängigen Überlegungen wirken sich auf die undifferenzierte Berufung auf den Hippokratischen Eid aus. Zuweilen muß dieser dazu herhalten, beliebige Maßnahmen in Forschung und Klinik ethisch zu legitimieren. Wenn existentielle Endlichkeit ernst genommen wird, verpflichtet dies die verschiedenen Akteure, die Ziele und Intentionen, welche ihre Handlungen leiten, genau zu analysieren und zu bewerten. Nur wenn sich diese Ziele auch unter der Perspektive der Endlichkeit als vernünftig erweisen, können sie ethisch befriedigen. Endlichkeit, wird sie zu einem praktischen Prinzip gemacht, reicht uns ein Gegenmittel gegen die

⁴⁷ Vgl. für viele: Lexikon Medizin, Ethik, Recht, Band V (s. Anm. 42); einprägsam HOLDEREGGER, Adrian, Grundlagen der Moral und der Anspruch des Lebens: Themen der Lebensethik, Freiburg i.Ue./Freiburg i.Br. 1995, 286–290.

⁴⁸ Vgl. SCHARA, Joachim, «Lebensverlängerung», in: Lexikon der Bioethik, Band 2, 571 (s. Anm. 42).

normative Kraft der Routine und der Ambition sowie gegen fehlgeleiteten medizinischen Paternalismus. Wir dürfen erwarten, daß sie es vermag, als dilemmatisch wahrgenommene Situationen in faktischen oder reflexiv entworfenen Prozessen zu entschärfen und plausible Auswege zu weisen. Dies gerade auch auf dem Felde der Transplantationsmedizin mit seinen zahlreichen normativ aufgeladenen Stolpersteinen.⁴⁹

c) Brauchen wir mehr Organe?

Was sucht die Frage, ob wir mehr Organe benötigen, ob wir darum die Spendebereitschaft in unserer Gesellschaft fördern müssen, in Überlegungen zur Gerechtigkeit in der Organallokation? – Eine erste Antwort ist rasch zur Hand: Das Problem der Gerechtigkeit bei der Verteilung knapper existenzieller Güter entschärft sich, geht die Nachfrage nach solchen Gütern zurück. Reduziert sie sich in erheblichem Ausmaß oder wird sie still, verschwindet das Problem.

Die Nachfrage ist von wissenschaftlich-technischem Fortschritt abhängig, mitbestimmt von Erfolgen und Ambitionen praktizierender Ärztinnen und Ärzte, von ihrer Pflicht zu helfen und zu heilen; sie ist abhängig auch von wirtschaftlich motivierten Maßnahmen. Zahlreiche Aspekte unserer Kulturgeschichte, darunter Säkularisierung und schwindender Transzendenzbezug, begleitet von der Tendenz, den Tod als absolute – d. h. wörtlich: von allen möglichen Gesichtspunkten losgelöste – Katastrophe aufzufassen, zählen zu den Faktoren. Das komplexe Feld, das sie bilden, auszumessen und zu untersuchen, ihre Wechselbeziehungen zu bestimmen sowie historisch und systematisch zu analysieren, ist hier nicht Thema. Es genügt festzustellen, daß die Entwicklung sich zur Selbstverständlichkeit ausgewachsen hat, Leben sei praktisch um jeden Preis zu retten und zu erhalten. Im Transplantationswesen spiegelt sich diese Selbstverständlichkeit in der Wahl, der Rettung möglichst vieler Leben Vorrang vor jener möglichst vieler Lebensjahre einzuräumen⁵⁰, von der Beachtung von Lebensqualität und der Funktion individuellen Lebens für abhängige Dritte ganz zu schweigen. In der praktisch-philosophischen Reflexion darf als Spiegel die Konstruktion einer moralischen Pflicht zur Bereitschaft, seine Organe zu spenden, gelten. Das Ar-

⁴⁹ Vgl. zur Problematik auch HENNE-BRUNS, Doris, «Klinische und ethische Probleme der Organtransplantation», in: MÜNK, Hans J. (Hg.), Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext, Freiburg i.Ue. 2000, 44f. (Theologische Berichte XXV). – Eindrücklich: DEMMER, Klaus, Angewandte Theologie des Ethischen, Freiburg i.Ue. 2003, 230f. (Studien zur theologischen Ethik, Bd. 100).

⁵⁰ Botschaft des Bundesrats, 109 (s. Anm. 10); GUTMANN/LAND, Ethische und rechtliche Fragen, 95f. (s. Anm. 38).

gument, das die Forderung stützt, lautet, zusammengefaßt, so: Erheblich Leidenden kann durch die Organspende geholfen werden, ihr Leben läßt sich retten oder merklich verbessern. Ein «universal akzeptierter Wert» wird damit angesprochen. Wer die Spende verweigert, nimmt den Tod anderer in Kauf, wird, wiewohl (noch) nicht explizit, moralisch disqualifiziert.⁵¹

Das Menschenbild und die Haltung, welche alle diese Überlegungen tragen, dürfen auf ihre Stichhaltigkeit und vor allem auf den mit ihnen einhergehenden Universalisierungsanspruch befragt werden. Die Schwierigkeit solchen Fragens liegt darin, daß man ihm schnell mit dem Vorwurf begegnet, es untergrabe die hohe Pflicht, Hilfe zu leisten und Schaden zu vermeiden. Doch nicht darum ist es zu tun; wohl jedoch darum, das Prinzip der Verhältnismäßigkeit auch dann zu beachten, wenn es um die Bewältigung von extremen existenziellen Situationen geht. Es vermag zu Lösungen im Sinne der besseren Gerechtigkeit zu führen. Erinnern wir also daran, daß es nicht nur aussichtslos, sondern unmenschlich ist, dem Tod um jeden Preis zuvorzukommen zu versuchen. Der Tod ist, «wie chiffriert auch immer, der stille Herrscher über die Zeit.» An der «Grundspannung», daß wir uns im Leben auch leidend ständig genommen werden, muß sittliches Handeln sein Maß nehmen. Nicht unabänderliche Katastrophe, die es zu fliehen gilt, koste es, was es wolle, ist der Tod. Vor ihm gibt es auch keine Flucht «in Restbestände des Lebens hinein»; sie wäre sinnlos. «Der Tod ist die letzte Bestimmung, er fließt in jede Bestimmung des Vorletzten ein. Er wird angenommen in aller Gelassenheit, aber nicht angeeignet.»⁵²

Unser Selbstverständnis als Menschen und die Einstellung zu Leiden und Tod sind, *sit venia verbo*, höchstpersönliche Angelegenheiten. Das Prinzip der Menschenwürde, daraus fließend die Grundsätze von Autonomie und Persönlichkeitsschutz, stehen jedem Versuch einer rechtlichen Regelung dieser Angelegenheiten entgegen. In einer der Gerechtigkeit verpflichteten politischen Gemeinschaft ist diese darum verboten. So ist denn dem Schweizerischen Bundesrat entgegen der erfolgsorientierten Meinung von Swiss Transplant beizupflichten, wenn er jenen Passus aus dem ersten Entwurf zu einem Transplantationsgesetz (vom Dezember 1999) gestrichen hat, der für das Gesetz auch den Zweck stipulierte «dazu beizutragen, daß mehr menschliche Organe, Gewebe und Zellen für Transplantationszwecke zur Verfügung stehen» (Art. 1 Bst. c.).

⁵¹ BIRNBACHER, Dieter, «Einige Gründe, das Hirntodkriterium zu akzeptieren», in: WIESING, Urban (Hg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart 2000, 293f.

⁵² DEMMER, *Angewandte Theologie des Ethischen*, 230f., 232f. (s. Anm. 49).

Die Information der Öffentlichkeit hingegen, wie Art. 59 Abs. 2 des Entwurfs für ein TPG vom 12. September 2001 sie vorschreibt, ist zweckmäßig und gerecht.

VI. Von der nötigen Sorgfalt beim Rekurs auf Menschenwürde

Darauf, daß das Konzept der Menschenwürde auch das Transplantationswesen überformt, wurde schon mehrfach hingewiesen. Man macht an der herausragenden normativen Position dieses höchsten Wertes keinerlei Abstriche, wenn man zum umsichtigen Umgang mit ihm anhält. In konfliktreichen Situationen liegt es nahe, diesen «nicht verrechenbaren Wert» unmittelbar für die Legitimierung von Lösungswegen heranzuziehen. Das birgt die Gefahr in sich, daß man eine Option verfißt, zu der es bessere, weil adäquatere Alternativen gibt.

Menschenwürde begründet die «Inkommensurabilität des menschlichen Lebens»⁵³. In dilemmatischen Situationen, auch auf dem Gebiete der Organallokation, hilft diese Vergewisserung nicht weiter – es sei denn, sie diene eben, wiewohl ungewollt, dazu, eine voreilige Lösung im Sinne bloß formaler Gerechtigkeit zu untermauern. Wenn, *ceteris paribus*, für zwei gleich dringlich zu versorgende Patienten ein einziges lebensrettendes Organ greifbar ist, dann stehen nicht Wahrung oder Mißachtung von Menschenwürde zur Wahl. Beider Patienten Menschenwürde wird respektiert, gesetzt in einer Abwägung wird die persönliche Situation eines jeden gleichermaßen eingehend erhoben, analysiert und gewürdigt. Das schließt die vergleichende Beurteilung von Lebenschancen und beispielsweise der Bedeutung von deren Verwirklichung für Dritte nicht aus; von einem Lebenswert-Vergleich zu sprechen wäre unbillig, weil sich mit diesem Konzept, jedenfalls für viele, die moralische Disqualifizierung dieses Aktes automatisch verbindet. Gerade in extremen Situationen ist es auch aus ethischen Gründen geboten, möglichst keine sprachlichen Formen zu verwenden, welche zu raschen und fälschlicherweise für evident genommenen Urteilen verleiten. Es mag gute Gründe geben, auch bei Entscheidungen von fundamentaler existenzieller Bedeutung Gesichtspunkte zu beachten, die sonst nachrangig erscheinen mögen. Der «moralische Punkt» bzw. die moralische Intuition, die von ihrem Gewicht her akzeptable von nicht länger relevanten Faktoren der Entscheidung trennt, läßt sich nicht berechnen, vielmehr nur

⁵³ SCHOTT, Markus, Patientenauswahl und Organallokation, Basel/Genf/München 2001.

diskursiv festlegen.⁵⁴ So formuliert Markus Schott denn einerseits zu absolut, andererseits mit Hilfe eben jenes suggestiven Bildes, wenn er unterstreicht, es verstoße «gegen die Würde des Menschen, wenn bei einem Verteilungsentscheid die Leben verschiedener Menschen gegeneinander abgewogen und Lebensrechte bemessen werden»⁵⁵. Gerade darum braucht es nicht zu gehen. Die Respektierung von Rechten steht nicht auf dem Spiel, sie ist von vornherein konzidiert. Um eine letztlich vor dem eigenen Gewissen vertretbare, also möglichst rationale, das heißt immer auch für das menschliche Umfeld hilfreiche und überzeugende Bewältigung eines Dilemmas ist es zu tun.

VII. Lebenszeit und soziale Pflichten

Zwei Beispiele – in der Literatur kontrovers abgehandelt und vom Entwurf für ein Transplantationsgesetz sowie von der den Entwurf begleitenden Botschaft negativ beschieden – sollen die abstrakten Überlegungen veranschaulichen.

1. Chronologisches Alter als Allokationskriterium

Die Norm, der gemäß Zugehörige der menschlichen Gattung kraft Eigenwert und Würde das gleiche Recht auf Leben genießen, wird zumeist nur absolut betrachtet, ohne die zeitliche Dimension der Verwirklichung dieses als solchen unbestrittenen Rechts zu bedenken. Menschliches Leben vollzieht sich nicht als abstrakte Größe, sondern als leibliche, als körperlich-seelisch-geistige, als dialogische und kommunikative Entfaltung in Geschichte und Zeit. Leben wächst als Akkumulation erfüllter und frustrierter Präferenzen einer Existenz, der es, um mit Martin Heidegger zu reden, in ihrem Sein um dieses selbst geht, die aber unausweichlich als Sein zum Tode in dieser Welt da ist. Ohne besondere Modi der Existenz auszeichnen zu wollen, darf man festhalten, daß, jedenfalls im Prinzip, auch die zeitliche Erstreckung des Daseins Auskunft über dessen Chancen der Sinnerfüllung erteilt. Oder einfach gesagt: Wer länger gelebt hat, genießt im allgemeinen größeren existenziellen Reichtum.

Diese Sätze sind das Resultat einer Reduktion, die sich Einwänden zuhauf ausgesetzt sieht. Sie liefern dennoch den Grund für das folgende Postulat: In dilemmatischen Situationen der Organallokation, wenn scheinbar keine berücksichtigungswerten materialen Differenzen zwischen konkurrierenden Leidenden mehr vorliegen, nun aber ein lebenserhal-

⁵⁴ LACHMANN/MEUTER, Medizinische Gerechtigkeit, 172–174 (s. Anm. 34).

⁵⁵ SCHOTT, Patientenauswahl, 79 (s. Anm. 53).

tender bzw. -verweigernder Entschluß zu fassen ist, soll das chronologische Alter als sekundäres Kriterium dienen. Ein erheblicher Altersunterschied zwischen den Konkurrenten muß gegeben sein, dessen erforderliche Länge situativ bestimmt wird. Das Postulat ruht auf dem Prinzip der Solidarität, folgt aber auch dem Ziel ausgleichender Billigkeit: Wem relevant weniger Gelegenheiten, Präferenzen zu erfüllen, offen standen, soll Vorrang genießen. Der Ausweg, welchen Tom Regan vorgeschlagen hat, nämlich in analogen Fällen danach zu fragen, welchem der konkurrierenden Betroffenen, würde er bzw. sie übergangen, das größere Unheil oder Unglück zugemutet würde, und diese Person dann zu bevorzugen (nach dem «worse off-principle» also zu verfahren), wirkt plausibel.⁵⁶

Über die Operationalisierung des Kriteriums des chronologischen Alters läßt sich kaum Konkreteres sagen; sie muß der Umsicht und dem Gewissen der für die finale Zuteilung Zuständigen anvertraut werden. Als in der Regel nicht selber unmittelbar Betroffenen darf man ihnen die zusätzliche Last, welche die Berücksichtigung dieses Kriteriums mit sich bringt, aufbürden. Die Beeinträchtigung der Rechtssicherheit, die das Kriterium impliziert, wird gemildert dadurch, daß immer dieselbe, nämlich die final entscheidende Instanz mit der Abwägung befaßt wird; und sie wird wett gemacht durch den Gewinn an Humanität.

2. Verantwortung für Dritte

Für das zweite Beispiel knüpfen wir an die «anthropologische Vergewisserung» in Abschnitt 4 an. Die Beschreibung des menschlichen Individuums als eines Teils eines «intrinsischen Beziehungsgeflechts», in dem es in wechselseitiger Auseinandersetzung mit anderen erst sein Selbst gewinnt, so zwar, daß auch diese mit aus der Beziehung zu ihm zu dem werden, was sie sind – diese Beschreibung bejaht die Frage, «ob es auf dem Gebiet der Verteilungsgerechtigkeit überhaupt ein Jenseits des Individualitätsprinzips geben kann»⁵⁷. Wenn das Individuum in seiner Integrität und Personalität angemessen nicht anders denn durch Beziehungen zu anderen, deren Integrität sich mit aus ihm konstituiert, vorgestellt werden kann, dann ist sein Leben immer auch das Leben anderer, ist

⁵⁶ REGAN, Tom, *The Case for Animal Rights*, Berkeley/Los Angeles 1985 (Paperback Edition), 324; vgl. 309: «To show equal respect for the equal rights of the two, one must count their equal harms equally, not their unequal harms equally ... Precisely because M and N are equal in inherent worth, because the two have an equal prima facie right not to be harmed, and because the harm M faces is greater than the harm N faces, equal respect for the two requires that we not choose to override M's right but choose to override N's instead.»

⁵⁷ GUTMANN/LAND, *Ethische und rechtliche Fragen*, 100 (s. Anm. 38).

Rettung seines Lebens ein Stück weit Rettung anderer Leben. Diese Dritten erweisen sich dadurch als gerechtigkeits-theoretisch relevant.

Die Beschreibung hilft, für die Gerechtigkeitsfrage einschlägige von nicht bedeutsamen Dritten zu unterscheiden. Auf existenziell zentralen, nicht auf instrumentellen Beziehungen liegt das Augenmerk, und es muß sich gleichzeitig um essentielle wechselseitige Beziehungen handeln. Sie lassen sich nicht sinnvoll unter dem Begriff des «social worth» subsumieren. Um nochmals bei einer Gegenüberstellung zu bleiben, die man so oder ähnlich in der Literatur verschiedentlich trifft: Die junge Mutter von drei Kindern ist mit dem «besonders qualifizierten Arzt»⁵⁸ nicht gleichzustellen. Ist dieser vertretbar, mit einer großen und sich verändernden Gruppe von Patienten befaßt, diesen insofern nur lose verbunden, qualifiziert sich die Mutter durch ihren unmittelbaren und nicht ersetzbaren, wohl auch nicht adäquat vertretbaren Bezug zu ihren Kindern. Bezogen auf den Arzt, der innerhalb einer Gerechtigkeitsgemeinschaft wichtige Funktionen trägt, trifft denn zu, daß er als Arzt, bei sonst gleichen Gegebenheiten, einem alleinstehenden Junggesellen gegenüber keinen Vorrang beanspruchen kann: Ein «Mensch [hier der Junggeselle] darf» nicht «zur Erreichung kollektiver Ziele instrumentalisiert werden.»⁵⁹ Die junge Mutter hingegen ist dem Arzt, *ceteris paribus*, vorzuziehen, und zwar ihrer existenziellen Beziehungen und familiären Funktionen wegen.

VIII. Auslosen – letzter Ausweg?

Das Los als Substitution einer Entscheidung in dilemmatischen Situationen wird in der Literatur regelmäßig diskutiert. Wir selber stehen der Zuhilfenahme des Zufalls bei Allokationen skeptisch, ja eher ablehnend gegenüber. Dafür ist etwas einläßlicher zu argumentieren. – In der Zurückhaltung treffen wir uns mit zahlreichen Autoren.⁶⁰ Das Los wird als *ultima ratio* akzeptiert; erst dann läßt sich sein Einsatz ethisch rechtfertigen, wenn in der Konkurrenz zweier oder mehrerer gleich dringlich transplantationsbedürftiger Personen keine materialen Differenzen auszumachen sind, deren Berücksichtigung moralisch zulässig ist und zwingende, eindeutige Ergebnisse zeitigt. Der Rückgriff auf Zufallsentscheide, darin besteht Einigkeit, muß «einer sachorientierten Klärung der Situation

⁵⁸ Ebd.

⁵⁹ SCHOTT, Patientenauswahl, 170 (s. Anm. 53).

⁶⁰ Für viele: LACHMANN/MEUTER, Medizinische Gerechtigkeit, 203 (s. Anm. 34); GUTMANN/LAND, Ethische und rechtliche Fragen, 104 (s. Anm. 38); SCHOTT, Patientenauswahl, 178f. (s. Anm. 53).

nachgeordnet werden.» Ethisch zureichend lassen sich Zufallsentscheide nur dann rechtfertigen, wenn keine «akzeptablen Gründe» mehr vorliegen, die eine Verteilungssituation zu klären und zu bewältigen gestatten.⁶¹ Nicht evident ist, was als akzeptabler Grund gelten soll. Die Mehrheitlich vertretene Meinung mögen folgende Sätze illustrieren:

a) «Keine menschliche Eigenschaft rechtfertigt die Verweigerung elementarer Gesundheitschancen.» Ist «zwischen zwei oder mehr Patienten keine Differenzierung nach dem Bedarf mehr möglich», bleibt «nur die Zuteilung nach dem Los.»⁶²

b) Es gibt einen «moralischen Punkt», ab dem «erfolgshunktionale» Differenzen zwischen konkurrierenden Bedürftigen so gering ausfallen, daß «für die Verteilung von elementaren medizinischen Gütern, wie sie Organe darstellen, nur ein egalitaristisches Verteilungsprinzip in Frage [kommt], durch welches der moralischen Grundanschauung der Gleichheit aller Menschen und zugleich der existenziellen Bedeutung der Situation ein angemessener Ausdruck verschafft wird.»⁶³

Die unter a) aufgeführten Überlegungen lassen erkennen, daß erneut das isolierte kartesiansche Individuum im Blick steht. Daß persönliche Integrität sich nur im Netz der Wechselwirkungen zwischen Personen konstituiert, spielt keine Rolle, ebenso wenig der Umstand, daß mit dem Leben eines Patienten die Leben unmittelbar und existenziell Abhängiger betroffen sein könnten. Die Fokussierung auf den Bedarf, der, wird von der Zuteilung von Lebens- und Gesundheitschancen gesprochen, als medizinischer Bedarf des Individuums ausgelegt werden muß, verstärkt diesen Mangel und verengt den Blick. Damit erfolgt der Griff zum Los zu schnell. Die Vielfalt der Aspekte menschlichen Daseins zu berücksichtigen und zu würdigen, ist auch im Zusammenhang der Allokationsproblematik geboten, soll sachgerecht entschieden werden.

In den Überlegungen unter b) werden erfolgshunktionale Kriterien bzw. Differenzen angesprochen. Auch hier obsiegt der verengte Blick: Erfolg meint individuellen Transplantationserfolg, wie er sich als Dauer des Transplantatüberlebens und verbesserte Lebensqualität der Behandelten messen läßt. Soziale Verpflichtungen fallen ebenso außer Betracht wie die individuellen Funktionen in der wechselweisen Konstituierung persönlicher Integrität – ein Aspekt, der zweifellos zum Bedeutungshof von «Menschenwürde» gehört. Er ist m. E. wesentlicher als die dem Losentscheid als «egalitaristisches Verteilungsprinzip» zugedachte Funktion,

⁶¹ LACHMANN/MEUTER, Medizinische Gerechtigkeit, 203 (s. Anm. 34).

⁶² SCHOTT, Patientenauswahl, 381 (s. Anm. 53).

⁶³ LACHMANN/MEUTER, Medizinische Gerechtigkeit, 203f. (s. Anm. 34).

Gleichheit der Menschen und existenzielle Bedeutung der Situation auszudrücken. Warum wesentlicher? Ganz einfach, weil eine auf die Allgemeinheit ausgerichtete (in anderem Zusammenhang kaum zu überschätzende) symbolische Funktion hier weniger wiegt als unmittelbar lebensweltliche, der Humanität verpflichtete Auswirkungen.

Das Spiel mit dem Zufall, kommt es zu früh, wird zur Verweigerung eines moralisch möglichen Entscheids. Zutrifft, daß «nur wenn mit guten Gründen ein materiales Kriterium ausgewählt werden kann, welches zwangsläufig eine eindeutige und gerechte Ordnung der Ansprüche ergibt, ... ganz auf einen Zufallsentscheid verzichtet werden» kann.⁶⁴ Ungeklärt bleibt hier allerdings, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit von Zwangsläufigkeit, Eindeutigkeit und Gerechtigkeit die Rede sein kann. Stimmt man dem Konzept der Billigkeit als der besseren Gerechtigkeit zu; versteht man Billigkeit im Sinne von Ilmar Tammelo⁶⁵ auch als Barmherzigkeit und Mitleid, als offen für Bestimmung durch besondere Zuwendung und Gefühl, dann sind auch moralisch legitime Differenzierungen tunlich, die sich, wie üblich in ähnlichen dilemmatischen Situationen, nicht mehr in universeller Weise rationalisieren lassen – auch wenn sie in der Überzeugung getroffen werden, daß jede und jeder in der gleichen Situation ebenso mitfühlen, urteilen und entscheiden würde. Sie sind darum sittlich nicht minder relevant. Erst wo die entscheidende Instanz – ein einzelner oder eine Gruppe – durch eine derartig persönliche Inanspruchnahme überfordert wird oder wo die Situation keinen existenziell eindeutigen Entscheid mehr zuläßt, hat das Los seinen sittlich legitimen Ort. Der Gewissensentscheid entspricht praktischer Menschenwürde; der Griff zum Los anerkennt dagegen einfach menschliche Endlichkeit. Mit der Bereitschaft, die moralische Fähigkeit nicht eher enden zu lassen, als bis sie an die ihr inhärenten Grenzen stößt, werden Entscheidende herausgefordert, ihre Menschenwürde praktisch zu bewähren. Die Menschenwürde der Betroffenen wird durch diesen Akt nicht mißachtet, es steht nicht Menschenwürde gegen Menschenwürde. Die gleiche Würde zeichnet Akteure und Patienten aus, nur tritt sie in jenen als erfüllte (und damit Würde bewahrende) Pflicht, in diesen als Anspruch auf die Bühne.

Wer die Verantwortung, entscheidungsrelevante materiale Differenzen so weit wie sinnvoll (die Bestimmung von «sinnvoll» bleibt noch zu liefern) aufzufinden und zur Geltung zu bringen, auf sich nimmt, den bzw. die bindet eine weitere Pflicht: die Aufgabe, sich und anderen ge-

⁶⁴ SCHOTT, Patientenauswahl, 359 (s. Anm. 53).

⁶⁵ TAMMELO, Ilmar, Theorie der Gerechtigkeit, Freiburg/München 1977, 81f.

genüber Rechenschaft abzulegen darüber, wie man im Einzelfall den Kreis der Kriterien gezogen hat – im Falle des dilemmatischen Allokationsentscheides verbunden mit dem Eingeständnis, daß man dem Zufall das letzte Wort überlassen mußte.⁶⁶

Von diesen Gedanken führt eine nur kurze Strecke zur These, im Hinblick auf Menschenwürde, die nicht bloß Ansprüche, sondern eben immer auch die Pflicht der praktischen Bewährung begründet, sei ein Stichentscheid als Gewissensentscheid der Distribution anhand des Loses vorzuziehen. Die besondere Leistung des Auslosens liegt nicht darin, daß dieses einen Entscheid herbeiführt – um einen Entscheid im eigentlichen Sinne handelt es sich gerade nicht –, sondern daß es scheinbar Unparteilichkeit verbürgt und vor allem die sonst mit Entscheidungen Belasteten entlastet. Und vielleicht ist es in dieser Funktion tatsächlich unersetzbar; Menschen als endliche Wesen kann man auch moralisch überfordern. Doch die «bessere Gerechtigkeit» ist auf fremdem Wege nicht zu haben. Sie überwiegt die Chancengleichheit als sonst wichtiges Element der Gerechtigkeit. Pragmatisch überdacht, wird man den Zufall aus dem Prozeß der Organallokation nicht wegstreichen. Man wird sich allerdings vor Augen halten müssen, daß Auslosen und die über dieses anvisierte Chancengleichheit allem Anschein entgegen nicht rein formal und jedenfalls ethisch nicht neutral sind: Der Entscheid für das Losverfahren ist immer auch ein Entscheid zum Verzicht auf weiteres Abwägen, auf mögliche Billigkeit; auf die Leidenden bezogen, entspricht er dem Willen, sie einem anonymen Schicksal preiszugeben. Dieser Wille bedarf ethischer Rechtfertigung, denn *prima facie* verletzt er das Gebot, Notleidenden zu helfen. Ob und wie er sich mit dem Prinzip der Menschenwürde vereinbaren läßt, muß hier dahingestellt bleiben.

IX. Einsichten

Fragen wir abschließend, welche Einsichten wir bei der Erörterung ausgewählter Aspekte der Organallokation für die Rationierung im Gesundheitswesen insgesamt gewinnen. – Vorweg muß ein Unterschied zwischen Gesamtsystem und dem Teilsystem der Transplantationsmedizin besprochen werden. Anders als im Falle des Transplantationswesens, liegt der Kerngrund der *generellen* Rationierung in externen Bedingungen: im Mangel an *Finanzmitteln*, nicht beim *Gegenstand* der Rationierung. Dieser Mangel entspringt dem Unvermögen bzw. dem fehlenden Willen der politischen Gemeinschaft, für alle Mitglieder das, was im Prinzip verfügbar

⁶⁶ Vgl. NUSSBAUM, Vom Nutzen, 40 (s. Anm. 22).

ist, jederzeit bereitzustellen. In der Transplantationsmedizin fehlt dagegen, allem Zahlungswillen zum Trotz, das, wonach primär und direkt Bedarf besteht: Organe.

Natürlich limitieren die gesellschaftlich-politischen Rahmenbedingungen auch die Tätigkeit im Transplantationswesen. So ist zu fragen und zu entscheiden, ob die für die Gewährleistung und die – auch forschende – Entwicklung der Transplantationsmedizin benötigten Finanzmittel bereitgestellt werden sollen. Die Antwort findet sich nicht auf der Makro-, sondern auf der mittleren Ebene: dort, wo darüber befunden wird, welche Therapieformen, ganz generell, ohne Ausnahme allen angeboten werden sollen. Die allgemeinen Überlegungen zur Notwendigkeit und Durchführung der Rationierung, wie wir sie exemplarisch im Manifest 1999 antreffen, berühren auch die Therapie durch Transplantation. Zu untersuchen ist etwa, ob und wie weit über Eingriffe nach den Kriterien eines Überprüfungssystems, z. B. QUALYs (Quality Adjusted Life Years)⁶⁷ entschieden werden soll, wem von den Mitgliedern der politischen Gemeinschaft diese Therapieform angeboten bzw. vorenthalten wird. Diese Bemerkung formuliert Triviales, nämlich daß trotz des aufgewiesenen Unterschieds die Aufgabe bzw. das Problem der individuellen Rationierung Gesamt- und Teilsysteme, darunter das Transplantationswesen, im Wesentlichen in gleicher Weise charakterisiert.

Die Überlegungen zur Allokationsproblematik lassen hingegen erkennen, daß eine bloß medizinische Berechnung der Versorgungswürdigkeit von Leidenden weder einem adäquaten Menschenbild noch den Forderungen der Gerechtigkeit, Billigkeit eingeschlossen, genügt, jedenfalls nicht in einem liberalen, demokratischen und vor allem humanen Rechtsstaat. Im Rahmen der auf den Makro- und Mesoebenen getroffenen Regelungen sind einzelne Allokationsentscheide nach Billigkeit zu treffen, das heißt so, daß Solidaritäts-, Fairness- und Mitleidsethik, insbesondere auch existenziell fundamental betroffene Dritte einbeziehende Analysen generelle Rationierungsregeln *situativ* auszusetzen vermögen. Ein Rationierungswesen, das sich mit formaler Gerechtigkeit begnügte, diene zwar der Rechtssicherheit, arbeitete jedoch mit einem zu engen Zweckmäßigkeitsbegriff und verfehlte die «bessere Gerechtigkeit»; es widerspräche der Idee der Humanität. Dies bedeutet, daß, ganz im Sinne von Martha C. Nussbaums aristotelisch-liberalen Analysen zum Wechselverhältnis von Theorien, Regeln und konkreter ethischer Praxis, die strikte

⁶⁷ Der Name QUALYs steht für ein Verfahren zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Therapie, wobei die Abschätzung des individuellen Gewinns an Lebensjahren und Lebensqualität einbezogen wird. Für eine ausführlichere Erläuterung vgl. Manifest 1999, 2 (s. Anm. 1).

Anwendung eines Überprüfungssystems wie QUALYs bei Entscheiden über individuelle Rationierung dem Anspruch von Gerechtigkeit und Billigkeit nicht zu genügen vermag.

Mit einer *Zusammenfassung* in acht Punkten runden wir unsere Überlegungen ab. Sie möchten nicht mehr sein als zetetische Anregung zur Vertiefung der Debatte:

1. Die *Situation des Mangels* wird das Gesundheitswesen immer charakterisieren. Im einzelnen ist zu vermuten, daß Organe kaum je in genügender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen werden. Der Bedarf, das scheint systemimmanent zu sein, ist, wie im Märchen, der Igel, der dem atemlosen Hasen im Wettrennen zuruft «Ich bin schon da!» Mag es auch politisch deklariert sein, das Ziel, die Angebote des Gesundheitswesens zu maximieren, ist unredlich. Angezeigt hingegen – und von der sittlich-politischen Vernunft und Verantwortung aller Bürgerinnen und Bürger gefordert – ist die öffentliche, vornehmlich aber aufrichtige, d. h. nicht strategisch und ohne «vested interests» geführte Debatte um das Maß und die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung in allen ihren Bereichen. – Das grenzt den Sinn von Forderungen zur Produktion von Organen ein und macht es nötig, sich über akzeptable Forschungswege politisch zu verständigen.

2. *Billigkeit* als die bessere Gerechtigkeit macht individuelle Rationierung nicht nur sittlich erlaubt, sie kann diese in entsprechenden Situationen sogar fordern.

3. Die Besinnung auf *existentielle Endlichkeit* und die praktische Umsetzung der mit ihr gewonnenen Einsichten entsprechen einer adäquaten Anthropologie. Es scheint empfehlenswert, sie in der biomedizinischen Ethik und in durch solche gestützten Analysen und Entscheidungen explizit und systematisch zu berücksichtigen. Denn sie vermag dilemmatische Situationen zu strukturieren und aufzulösen.⁶⁸

4. Für individuelle Rationierung müssen *Ermessensspielräume* offen gehalten werden. Formelle Regeln allein zeitigen in konkreten Situationen nicht die beste, weil angemessenste Lösung. Ort und Ausdehnung dieser

⁶⁸ Diesem Thema wäre eine eigene, vor allem auch empirisch gestützte Untersuchung zu widmen. Daß in der medizinischen Praxis, insbesondere im Krankenhaus, auch Überlegungen zum Sinn oder Unsinn weiterer, auf Heilung gerichteter Therapien angestellt werden, ist bekannt. Wichtig ist die humane Ausformung der Motive, der Verzicht auf die nutzenorientierte Perspektive. Ebenso wichtig ist freilich, daß auch Patienten und Patientinnen – wir alle, bevor wir dazu werden – die eigene Endlichkeit internalisieren und zu einem kritischen Maß für unsere Ansprüche werden lassen. Das verweist auf einen ausstehenden pädagogischen Prozeß, für welchen ethische Reflexion nicht mehr als die Grundlagen, aber eben doch diese unverzichtbaren Bausteine zu liefern vermag.

Räume bedürfen allerdings formeller Bezeichnung und Begrenzung, um der Rechtssicherheit ihre Verbindlichkeit zu erhalten. Diese verlangt überdies, daß jede Abweichung von sanktionierten Regeln förmlich, d. h. vor einer klar bezeichneten öffentlichen Instanz zu rechtfertigen ist.

5. Bei der individuellen Rationierung sind weitere *anthropologische Konstanten* entscheidungsrelevant. Die Prinzipien von Fairness, Solidarität und Mitleid lassen es zu, in Konfliktfällen Personen den Vorrang zu lassen, die ihren Lebensplan (Präferenzen) erheblich weniger verwirklichen konnten als andere. – Auch direkte und unersetzbare Verantwortung für Dritte besitzt Allokationsrelevanz. Denn wir leben nicht als abstrakte Individuen, sondern in und aus Wechselbeziehungen mit anderen. Die Rettung individuellen menschlichen Lebens rettet immer auch andere.

6. Gerade im Hinblick auf die *Idee der Humanität* erscheint es darum *prima facie* als verfehlt, medizinische Forschung und Betreuung auf das verabsolutierte *Prinzip der Lebenserhaltung* auszurichten. In Konfliktfällen, in denen unvereinbare, aber gleichwertige fundamentale Interessen gegeneinander stehen, ist zu Gunsten jener Personen zu entscheiden, denen, würden sie übergangen, objektivierbar das größere Unheil widerführe. Diese Einsicht kann sich sowohl in der individuellen als auch in der strukturellen Rationierung auswirken, beispielsweise im Verzicht auf das Angebot bestimmter Therapieformen.

7. *Der Einsatz des Loses* als Verzicht auf eine Entscheidung ist nach Möglichkeit zu vermeiden, in anderen Bereichen des Gesundheitswesens nicht anders als in der Transplantationsmedizin. Die Verweigerung einer möglichen moralischen Analyse, Bewertung und Entscheidung ist inhuman, wenn sie im Blick auf Rechtssicherheit ausbleibt. Sie schiebt einen Riegel vor die Tür zur Billigkeit.

8. *Menschenwürde* ist höchster Wert. Ihre sittlich-politische Bedeutung bleibt allerdings nur so lange intakt, als dieser Leitwert in der Gemeinschaft ständig reflektiert und an Anwendungsbeispielen konkretisiert, damit bestätigt wird. Es gilt, sich seiner unverzichtbaren Funktion immer neu zu vergewissern. Das verlangt andererseits, daß man Menschenwürde nicht immer dann und automatisch zum Rettungsanker nimmt, wenn man sich in argumentativen Schwierigkeiten befindet. Der strahlende Wert verkommt sonst zur billigen Münze. Die einzelne Situation, die zur argumentativen Legitimierung von Entscheidungen nötigt, ist in ihrer Komplexität wahr- und ernstzunehmen, will man den Begriff der Menschenwürde in ihr plausibel und erfolgreich zur Geltung bringen. Allokationsdilemmata im Transplantationswesen lassen dies besonders deutlich erkennen. Bei der Bewältigung von Rationierungsproblemen im Zusammenhang des gesamten Gesundheitswesens kommt dem sorgfältigen Umgang mit Menschenwürde größte Bedeutung zu.