



Oswald von
Nell-Breuning
Institut

für Wirtschafts- und
Gesellschaftsethik

der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Sankt Georgen



Werkstück Jahresbericht 2023/4

Lisa Neubauer

Organmangel in Deutschland

Ausdruck anderer Knappheiten im Gesundheitssystem?

Der Text ist entnommen aus: [NBI-Jahresbericht 2023 – Themen eines Jahres. Frankfurt a.M.: Nell-Breuning-Institut 2023](#), S. 16-18.

Über Knappheiten im Gesundheitssystem wird derzeit beinahe ununterbrochen berichtet, und auch bei Organspenden wird schon lange ein einschneidender Mangel beklagt. Zurzeit stehen in Deutschland etwa 8.500 Menschen auf Wartelisten für ein Spender:innenorgan, da andere Therapieoptionen bereits ausgeschöpft sind. Dem gegenüber konnten im Jahr 2023 nur ca. 2.500 Organe in Deutschland transplantiert werden, wodurch die Situation der Wartenden nicht weniger dramatisch wird. Besonders im innereuropäischen Vergleich wird deutlich, dass Deutschland bei der Anzahl der Organspenden weit zurückliegt und mehr auf Organe aus dem Ausland angewiesen ist, als es selbst Spender:innenorgane in andere Länder abgibt. Mit dieser Nutznießerposition, die Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern im Eurotransplant-Verband, also dem Zusammenschluss mehrerer europäischer Länder zur grenzüberschreitenden Vermittlung von Spender:innenorganen, einnimmt, ist ein internationales Gerechtigkeitsproblem verbunden. Dies gibt der Frage, warum in Deutschland nur so geringe Zahlen an Organtransplantationen erreicht werden, eine besondere Brisanz. Auch wenn in Umfragen wie bspw. der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2022 eine sehr hohe positive Einstellung (80%) der Bürger:innen zur Organspende deutlich wird und in politischen Diskursen häufig von einem sich abzeichnenden „Paradigmenwechsel“ im deutschen Organspendesystem gesprochen wird, spiegelt sich dies bisher nicht in den konkreten Zahlen der Organspenden wider.

Geht man davon aus, dass die meisten der Befragten ihre positive Einstellung zur Organspende nicht allein mit Rücksicht auf gesellschaftliche Erwartungshaltungen bekunden (Effekt der sozialen Erwünschtheit einer Antwort), sondern die Antwort tatsächlich Ausdruck von Selbstbestimmung oder einer moralischen Intuition ist, also auf einen wirklich vorhandenen Willen zurückgeht, ist nach Gründen zu suchen, warum die grundsätzlich positive Einstellung nicht zu mehr tatsächlichen Organspenden führt. Eine solche Klärung der Ursachen der geringen Spendenzahlen hat deshalb auch eine hohe ethische Relevanz, da neben der bereits angesprochenen Dimension internationaler Gerechtigkeit auch der Selbstbestimmung der

Spendewilligen sowie dem Recht auf Gesundheit der Patient:innen auf den Wartelisten für Spender:innenorgane Rechnung getragen werden muss.

Als Gründe für die geringe Zahl der Organspenden sind vor allem drei wesentliche Punkte zu nennen: erstens die häufig fehlende oder uneindeutige Dokumentation der eigenen Entscheidung für oder gegen Organspende, zweitens das Auftreten medizinischer Faktoren, die eine Spende unmöglich machen, und drittens strukturelle Komponenten, die sich auf das Erkennen von potentiellen Spender:innen und die Organisation der Explantation beziehen.

Eine erste Begründung für geringe Spendenzahlen muss den Umstand beleuchten, dass trotz der hohen grundsätzlichen Bereitschaft zur Organspende lediglich 40% der Befragten tatsächlich ihre Entscheidung dokumentiert haben. Dies führt häufig dazu, dass im Fall einer Spender:inneneignung die Angehörigen der verstorbenen Person entscheiden müssen, ob eine Organspende durchgeführt werden soll. Da die Angehörigen aber oftmals selbst verunsichert oder über die Einstellung des:r Verstorbenen nicht ausreichend informiert sind, werden Spenden in diesen Fällen tendenziell eher abgelehnt als durchgeführt. Damit ist ein ethisch bedeutsamer Aspekt genannt, da dies eine Gefährdung der Selbstbestimmung von Verstorbenen darstellt und gleichzeitig das Weiterleben der potentiellen Empfänger:innen auf dem Spiel steht.

Zweitens sind die Umstände des Todes und die medizinische Eignung der Organspender:innen zu berücksichtigen. Für eine Spende kommen in Deutschland nur Personen in Frage, die infolge eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, d.h. eines Hirntodes verstorben sind. Diese Todesursache tritt zum einen im Vergleich zum Herz-Kreislaufstillstand eher selten auf, zum anderen ist eine Spende nur dann möglich, wenn der:die Patient:in im Krankenhaus unter medizinischer Betreuung verstirbt, sodass die Organe keinerlei Schäden durch Sauerstoffmangel erleiden. Auch während der medizinischen Betreuung des:r Patient:in können allerdings Komplikationen auftreten, die eine Spende verunmöglichen. Da weder Eintreten noch Häufigkeit dieser Hinderungsgründe kaum beeinflussbar ist, hat dieser Aspekt für eine umfassendere Realisierung der zwei hier vorrangigen ethischen Ziele, für die Verwirklichung der Selbstbestimmung von Patient:innen, die eigentlich Organe spenden wollen, und für das Recht auf Gesundheit von Schwerstkranken auf den Wartelisten, keinerlei Relevanz.

Drittens gibt es aber auch Ursachen, die durch systemische, politisch gestaltete oder durch (verantwortliche) Akteur:innen im Gesundheitssystem selbst etablierte Strukturen und Abläufe entstehen. Da diese veränderbar sind, haben sie auch ethische Relevanz.

Eine strukturelle Erklärung für den Mangel an Spender:innenorganen könnte eine andere, sehr allgemeine Form von Knappheit sein, nämlich der Kostendruck im Gesundheitswesen. Um diesem Kostendruck bei Organspenden entgegenzuwirken, wurde 2019 die Aufwandserstattung, die ein Krankenhaus für die Erkennung eines:r potentiellen Spender:in und die Organentnahme selbst erhält, durch einen zusätzlichen Ausgleichszuschlag um ein Vielfaches erhöht. Auch bei bereits begonnener, aber nicht abgeschlossener Hirntoddiagnostik kann seitdem eine Aufwandserstattung abgerechnet werden. Während in der Folge die organspendebezogenen Kontakte, also die Meldungen von potentiellen Organspender:innen an die Vermittlungsstelle Deutsche Stiftung Organtransplantation, insgesamt erheblich zugenommen haben, sind die Spender:innenzahlen seitdem nicht markant gestiegen.

Eine mögliche Erklärung für zu wenige Meldungen potentieller Organspender:innen ist die Personalsituation in der Intensivmedizin, da u. a. die Anzahl der Intensivbetten von der Zahl der Intensiv-Fachkräfte abhängt. Je mehr Fachpersonal also auf einer Intensivstation fehlt, desto weniger Intensivbetten kann dieses Krankenhaus zur Verfügung stellen, da sonst der Personalschlüssel nicht eingehalten werden kann. Damit stehen weniger Ressourcen zur Verfügung, die für die Vorbereitung und Organisation von Organspenden notwendig wären.

Obwohl es mittlerweile Entnahmekrankenhäuser mindestens eine:n Transplantationsbeauftragte:n benennen muss, um das Erkennen, Melden und Organisieren von (potentiellen) Organspenden zu gewährleisten, und die Krankenhäuser für diesen personellen Mehraufwand auch finanzielle Unterstützung erhalten, scheitert die angezielte Steigerung der Spendenzahlen – möglicherweise an der Personalsituation in der Intensivmedizin.

Ein mögliches Indiz dafür findet sich in der Organspenden-Statistik für das Jahr 2022, die der Jahresbericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation enthält. Schaut man auf die Krankenhaus-Kategorien, insbesondere auf die Unterschiede zwischen Universitätskliniken einerseits, kleineren Krankenhäusern ohne Neurochirurgie andererseits, fällt auf, dass die Häuser der beiden Kategorien jeweils insgesamt ähnlich viele durchgeführte Organentnahmen aufweisen (jeweils ca. ein Drittel aller Organexplantationen in Deutschland), die kleinen Krankenhäuser aber fast doppelt so viele potentielle Organspender:innen gemeldet haben („organspendenbezogene Kontakte“) als die Universitätskliniken.

Erstaunlich ist *erstens*, dass in den Universitätskliniken überhaupt nur etwa ein Drittel aller Organspenden in Deutschland durchgeführt wurde. Schließlich ist der Anteil der Universitätskliniken an allen Intensivbetten deutlich höher. Hinzu kommt, dass in Universitätskliniken tendenziell mehr Patient:innen mit schwerer Hirnschädigung behandelt werden als in kleineren Kliniken ohne Neurochirurgie. Durch die routinierte Behandlung müsste daher das Risiko, potentielle Organspender:innen nicht zu erkennen, dort wesentlich geringer sein, als in kleineren Häusern ohne Neurochirurgie.

Zweitens ist das zwischen den beiden Einrichtungstypen sehr stark divergierende Verhältnis von Organentnahmen zu den Meldungen potentieller Organspender:innen, also die Durchführungsquote von Organentnahmen, recht aussagekräftig. Diese Durchführungsquote ist in kleineren Häusern wesentlich geringer als in großen Kliniken. Eine mögliche Erklärung dafür liegt darin, dass die kleinen Häuser vielleicht nicht so gut in der Lage sind, zu entscheiden, ob ein:e Patient:in als potentielle:r Organspender:in tatsächlich in Frage kommt, sie also einfach zu viele Meldungen erstellen. Eine mindestens ebenso plausible Erklärung besteht jedoch darin, dass die größeren Häuser – anders als die kleinen Einrichtungen ohne Neurochirurgie – schlichtweg deutlich weniger potentielle Organspender:innen melden als sie könnten. Ursache dafür könnten Personalengpässe insgesamt sein, was dazu führt, dass die Transplantationsbeauftragte:n mit so viel (anderer) Arbeit überlastet sind, sodass sie nicht in vollumfänglichen Maße diesen Aufgaben nachgehen können.

Insgesamt gibt es also durchaus Indizien dafür, dass es – neben der zu seltenen Dokumentation der Bereitschaft zur Organspende in der Bevölkerung sowie medizinischen Komplikationen – im deutschen Gesundheitssystem auch strukturelle, knappheitsbedingte Gründe für die im internationalen Vergleich geringe Zahl an Organspenden gibt. Ethisch ist dies hoch problematisch, weil Faktoren wie personelle oder finanzielle Knappheit, die prinzipiell zu beheben sind, die Realisierung der Selbstbestimmung potentieller Spender:innen beeinträchtigen und – vor allem – die Rettung von Patient:innen auf den Wartelisten für Organtransplantationen verhindern.