

**Thema:** Die Transplantationsmedizin durchlebt eine tiefgreifende Krise. Unregelmäßigkeiten in der Allokation und weiter vorhandene Ängste in der Bevölkerung haben zu einem verschärften Mangel an Spendern in Deutschland geführt. Um das Vertrauen der Bürger zurückzugewinnen, stellten Ärztinnen und Ärzte aus NRW in Mettmann ihr Engagement für die Organspende vor. **von Bülent Erdogan-Griese**

## Organspende in Nordrhein-Westfalen: Ärzte und Bürger im offenen Dialog



19. Juni 1969: Der Chirurg Dr. Alfred Gütgemann transplantiert an der Bonner Uniklinik die erste Leber in Deutschland. Die damalige Bundeshauptstadt schreibt in Medizinerkreisen gleich in mehrfacher Hinsicht deutschlandweit Geschichte: Denn der Patient, ein 30 Jahre alter Student, überlebt sieben Monate mit dem neuen Organ und damit deutlich länger als die in der damaligen Zeit üblichen 30 bis 40 Tagen. Er wird gar vom Westdeutschen Rundfunk interviewt. Die Transplantation ist auch deshalb ein Novum, weil Gütgemann die Angehörigen des Spenders vorher nicht um Erlaubnis gefragt hatte. In einem Zivilprozess wird der Richter später die Entscheidungshoheit der Bundesbürger bei solchen Eingriffen stärken – und auch das Bonner Eigengewächs Gütgemann (1907–1985) seine Haltung zur Selbstbestimmung potenzieller Spender und der Mitbestimmungsrechte der Angehörigen ändern. 1969 befindet sich die ärztliche Heilkunst in der westlichen Welt jedenfalls in einer Phase, in der die Grenzen des Machbaren immer weiter verschoben werden: Zwei Jahre zuvor hat der Chirurg Dr. Christiaan N. Barnard in Kapstadt/Südafrika zum ersten Mal ein Herz verpflanzt, im gleichen Jahr gelingt in Denver/USA die erste Leber-spende überhaupt. Dass die Spitzenmediziner diese Leistungen unter den technischen und operativen Bedingungen ihrer Zeit vollbringen, sei nur am Rande erwähnt.

Heute, 44 Jahre später, treibt Mediziner, die helfen wollen, und Patienten, denen nur eine neue Leber, eine Lunge oder ein Herz helfen kann, vor allem eine Frage

um: Wie lange wird es dauern, bis der Anruf kommt? Über die Situation der Organspende im Allgemeinen und die aktuelle Debatte über die Transplantationsmedizin im Besonderen informierten sich auf dem 6. Arzt-Patienten-Seminar der Selbsthilfe Organtransplan- tierter NRW circa 200 Gäste. Ziel der Organisation ist die „Beratung vor und nach Organtransplantationen“. Die Bürgerinnen und Bürger verfolgten im Johanneshaus der Kirchengemeinde St. Thomas Morus in Mettmann die Vorträge von Ärztinnen und Ärzten, die sich in NRW für die Transplantationsmedizin als „Werk der Nächstenliebe“ – wie es der nordrheinische Ärztekammer- präsident Rudolf Henke formulierte – starkmachen.

Im Zentrum aller Probleme steht der Mangel an Organspendern: Die seit 2012 geführte Debatte um Unregelmäßigkeiten in verschiedenen Organspendezentren (*wir berichteten*), insbesondere die mutmaßlichen Verfehlungen eines Arztes in Göttingen, haben zu einem gerüttelt Maß an Verunsicherung in der Bevölkerung geführt – und ein nochmaliges Absacken der Spenderzahlen zur Folge gehabt. Professor Dr. René Tolba, Direktor des Instituts für Versuchstierkunde und experimentelle Chirurgie des Universitätsklinikums Aachen, betonte vor den Gästen daher die ärztlich-ethischen Grundlagen, die aus seiner Sicht auch bei der Organspende zu gelten haben: Nach der Vier-Prinzipien-Lehre von Tom Beauchamp und James Childress gelte es, als oberstes Prinzip die Patientenautonomie zu respektieren: „Patienten dürfen Therapien ablehnen.“ Das zweite Prinzip sei, einem Patienten niemals Schaden zuzufügen. Die Fürsorge und Hilfe für den Patienten und die gerechte Verteilung von Leistungen im Gesundheitswesen komplettieren die Prinzipienlehre.

### Göttinger Arzt vor Gericht

Tolba kritisierte den Göttinger Kollegen, gegen den im August ein Strafverfahren eröffnet wurde, scharf: So komme ein Verstoß gegen die Patientenautonomie und den Grundsatz des *Primum nihil nocere* in Frage, wenn Patienten, die eigentlich noch keine Operation benötigen, durch eine Manipulation auf der Warteliste nach oben rutschen und ein neues Organ erhalten. Zudem muss sich der Arzt womöglich wegen mehrfachen Totschlags verantworten, weil andere Menschen auf der Warteliste wieder nach hinten rutschen und dadurch vielleicht nicht mehr rechtzeitig transplantiert

werden konnten. Grundsätzlich ungelöst sei im gesundheitspolitischen Diskurs der Bundesrepublik die Frage der Gerechtigkeit bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sagte Tolba. „Was wir in Deutschland seit Langem scheuen, ist eine Verteilungsdiskussion.“ Der Aachener Mediziner regte an, jede Meldung eines Patienten bei der Organspende-Vermittlung Eurotransplant mit einer Eidesstattlichen Erklärung des Arztes zu versehen.

### Weniger Spender auch in NRW

Betroffen von der an Rhein und Ruhr noch einmal gesunkenen Zahl an Spendern zeigte sich Dr. Ulrike Wirges, Geschäftsführende Ärztin der Region NRW der Deutschen Stiftung für Organspende (DSO). Von Januar bis September 2013 spendeten in NRW 143 Menschen post mortem ein oder mehrere Organe. Zum Vergleich: Von Januar bis September 2011 waren es laut DSO 190, im Jahr 2012 immerhin noch 184. Wirges machte den Problemdruck mit einer Zahl besonders plastisch: Derzeit stehen allein in Nordrhein-Westfalen 2.355 Menschen auf der Warteliste und hoffen auf den Anruf der Stiftung Eurotransplant, die die Organverteilung europaweit vornimmt. Die DSO-Ärztin schilderte, wie sich ein Patient nach gelungener Transplantation in einem Schreiben bedankte. „Und an diesen Dingen genesen wir letztlich alle“, gewährte Wirges einen kurzen Einblick in die angefasste Seelenlage eines Transplantationsmedizin-Profis nach der Debatte der vergangenen Monate.

Wirges machte auf Nachfrage deutlich, dass auch dann, wenn alle 4.000 bis 5.000 Menschen, die in der Bundesrepublik jährlich den Hirntod erleiden, ihre Organe spenden würden, die Zahl der Organe wohl nicht ausreichen würde, um eine Warteliste zu vermeiden. Gleichwohl gehört die Organspende für sie zum gesellschaftlichen Grundversorgungsauftrag und stellt keine Luxusmedizin dar.

Über seine Rolle als Transplantationsbeauftragter eines Krankenhauses mit Intensivstationen und die zwei Herzen, die bildlich gesehen in einer seiner Brust schlagen, sprach Dr. Gero Frings, Chefarzt der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Akutschmerzdienst des St. Bernhard-Hospitals in Kamp-Lintfort. Auf der einen Seite gelte es, einen Patienten, der mit lebensgefährlichen Verletzungen oder Erkrankungen auf die Intensivstation kommt, mit allen ärztlichen Mitteln und ärztlicher Erfahrung zu retten und ins Leben zurückzubringen, führte Frings aus. Sei eine Rettung aber nicht möglich und werde nach festgelegter, transparenter Diagnostik der Hirntod des Patienten festgestellt, schlage für Transplantationsbeauftragte wie ihn der Auftrag plötzlich um: „Natürlich kümmern wir uns weiter um den uns anvertrauten Patienten, dessen Tod wir nicht verhindern konnten. Wir betreuen auch die Angehörigen, auch über den Tod ihres Familienmitglieds hinaus. Aber gleichzeitig müssen wir schon daran denken,

dass wir mit den Organen des Verstorbenen anderen Menschen helfen könnten. Das ist unser Auftrag als Transplantationsbeauftragte.“

Wirtschaftlich motivierten Druck der kaufmännischen Leitung, einen spendewilligen und medizinisch geeigneten Menschen mit der Diagnose Hirntod nicht als möglichen Organspender zu melden, habe er noch nie verspürt, sagte Frings. „Es kommt ja gar nicht so oft vor, dass wir in die Situation einer möglichen Spende geraten. Dann muss es allerdings perfekt laufen.“ Sein Kollege Dr. Peter Scharmann, Leitender Oberarzt am Klinikum Niederrhein und wie Frings Transplantationsbeauftragter, äußerte sich ebenso deutlich. „Auch bei uns ist das kein Thema“, sagte er. „Da wird keine Pfennigfuchserie betrieben.“

Dr. Matthias Kohnle, Arzt am Nephrologischen Zentrum Mettmann, schilderte positive Entwicklungen und beleuchtete kritische Aspekte im Bereich der Nierentransplantation. So sei der Anteil der Nierenlebenspende an den Transplantationen von 16,1 Prozent im Jahr 2003 (absolut 405) auf 29,6 Prozent im vergangenen Jahr gestiegen (766). Bei der derzeit üblichen Wartezeit von fünf bis sechs Jahren auf eine Leichenniere kann so zumindest einer relativ großen Gruppe von Patienten geholfen werden. Die Mortalität von Lebendspendern liege bei 0,04 Prozent, häufigste nicht-letale Komplikation sei die Bauchwandschwäche mit einer Eintrittswahrscheinlichkeit von 5,2 Prozent, sagte Kohnle. „Sehr gut etabliert“ habe sich die sogenannte Old-to-Old-Spende, bei denen beide Patienten älter als 65 Jahre sind. Die Spende von Kindern an ihre Eltern sieht er indes kritisch.

### Fortschritte in der Forschung

Positiv sei, dass weiter intensiv geforscht werde, sagte Kohnle. Dies mache zum Beispiel auch eine bessere Therapietreue dadurch möglich, dass notwendige Medikamente nur noch einmal täglich oder als Infusion lediglich alle vier Wochen verabreicht werden müssten. Darüber hinaus seien inzwischen in fast allen nephrologischen Praxen ehemalige Oberärzte von Transplantationseinheiten tätig, die in Zusammenarbeit mit den Kooperationszentren eine in der Breite immer bessere Versorgung gewährleisten. Kritisch äußerte Kohnle sich zur verringerten Vergütung der Dialyse. Diese habe dazu geführt, dass Zentren dazu übergegangen seien, keine Nachtdialysen mehr anzubieten, was zu Lasten berufstätiger Patienten gehe.

Uwe Schulz, Leiter der Station und Ambulanz für Herz- und Lungentransplantation am Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen, stellte die Kontrollinstanzen vor, die Ärzte, Transplantationsteams und Patienten durchlaufen, bevor es zu einer Transplantation kommen kann. So komme bei jedem Statuswechsel eines Patienten – also Anmeldung, Abmeldung, Pausieren der Meldung und Höherstufung – eine Transplantationskonferenz zusammen und diskutiere, ob der Sta-

### Kontakt zur Vertrauensstelle „Transplantationsmedizin“

Vertrauensstelle Transplantationsmedizin  
Bundesärztekammer,  
Herbert-Lewin-Platz 1,  
10623 Berlin,  
E-Mail: vertrauensstelle.transplantationsmedizin@baek.de

## Manipulationen bei der Leberspende

Die Mitte 2012 bekannt gewordenen Regelverstöße in der deutschen Transplantationsmedizin betrafen die Leberspende: Im Mittelpunkt steht dabei der sogenannte MELD-Score (MELD: Model for end-stage liver disease), der anhand von drei Laborwerten (Kreatinin, Bilirubin und Blutgerinnungswert (INR)) den Schweregrad einer Lebererkrankung verdeutlichen soll. Je höher der Score ist (von 6–40), desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, innerhalb der kommenden drei Monate an Leberversagen zu sterben (40 = 98% erwartete Wahrscheinlichkeit). Wird ein solcher Patient dialysepflichtig, erhöht sich der Score und der Patient rutscht auf der Warteliste nach oben. Denn anders als bei Herz und Niere gibt es für die Leber keine substituierenden Therapieoptionen.

Im September haben die Prüfungskommission und die Überwachungskommission von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband die Vor-Ort-Prüfung aller 24 Lebertransplantationsprogramme abgeschlossen. In vier Transplantationszentren wurden demnach schwerwiegende Richtlinienverstöße unterschiedlicher Ausprägung festgestellt. In zwanzig Transplantationszentren seien keine Richtlinienverstöße, beziehungsweise nur solche Richtlinienverstöße festgestellt worden, bei denen sich aufgrund der Umstände des Einzelfalls oder der geringen Anzahl kein Verdacht auf systematische oder bewusste Falschangaben zur Bevorzugung bestimmter Patienten ergeben hätten.

Weitere Informationen: [www.baek.de](http://www.baek.de)

tuswechsel gerechtfertigt sei. „Diese Konferenz besteht aus einem unabhängigen Mediziner, in unserem Haus ist es der Laborarzt, einem Vertreter der Herzchirurgie und einem Vertreter der Inneren Medizin. Alle anderen Mithelfer können die Besprechung besuchen und werden auch genauso gehört.“ Das Stimmenverhältnis und die Teilnehmerliste werde dokumentiert und archiviert, um im Nachgang eine Plausibilitätsprüfung zu ermöglichen. Der Patient werde über jeden Statuswechsel schriftlich informiert, sagte Schulz.

Auch bei dringlichen Patienten, die auf eine Sonderliste kommen sollen, gelten nach den Worten von Schulz bereits seit vielen Jahren strenge Bedingungen. Alle Daten, die die Dringlichkeit verdeutlichen, müssten mit Originalbefunden belegt werden. „Wenn die Daten nicht komplett sind, wird der Antrag gar nicht verarbeitet.“ Die drei externen und anonymen Gutachter, die die Entscheidung treffen, würden per Zufallsprinzip elektronisch ausgewählt. „Diese achten penibel darauf, dass sie alle Angaben auch lesen können“, sagte Schulz. Gegen die Entscheidung sei kein formaler Widerspruch möglich.

Auch der Versuch, einen Patienten gegen einen ähnlichen auszutauschen, muss nach Schulz scheitern. Die Allokation des Organs erfolge nämlich nicht lokal oder regional, sondern europaweit durch Eurotransplant. Dies gelte auch bei der „beschleunigten Allokation“. Der Anteil dieser Sonderallokationen, für die ebenso besondere und für die Öffentlichkeit zugängliche Dokumentationsvorgaben zu erfüllen seien, schwanke zwar, bewege sich am Herz- und Dia-

beteszentrum aber aktuell auf dem Niveau von vor zehn Jahren, sagte der Mediziner.

Professor Dr. Torsten Verrel, Kriminologe an der Bonner Universität und Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation sowie der Prüfungs- und Überwachungskommission der Bundesärztekammer, kündigte an, dass die Kommission nach der Prüfung der Verteilung von Lebern (*siehe Kasten*) auch die Allokationspraxis bei anderen Organen prüfen wird: „Alle Programme werden durchgeprüft.“ In den Fokus soll dabei die Zeit vor dem Bekanntwerden der Unregelmäßigkeiten Mitte 2012 rücken.

## Kritik an Fokus auf Dringlichkeit

Scharfe Kritik an der bisherigen Organspendepraxis äußerte Dr. Gertrud Greif-Higer, Psychosomatikerin an der Universitätsklinik Mainz, auf der Plenarsitzung des Deutschen Ethikrates Ende September in Berlin. „Wir muten den Patienten sowohl im Wartestatus als auch danach lange Zeiten schlechtester Lebensqualität zu, fixiert auf eine oft utopische Hoffnung und ohne angemessene psychosoziale Unterstützung“, sagte die Ärztin. „Viele landen in dieser Zeit im sozialen Abseits, verlieren den Sinn ihres Lebens und alle Ziele. Manchmal habe ich den Eindruck, wir warten unsere Patienten zu Tode“ und müssen ihnen dabei zusehen, während sie immer mehr leiden und ihre Chancen schwinden.“

Für Patienten beginne eine Transplantation mit dem ersten Gespräch über diese Behandlungsoption. „Von dieser Minute an ist die Transplantation Teil ihres Lebens, ihrer Hoffnungen und Ängste, ihrer Sorgen und Wünsche.“ Und doch würden viele Patienten das ersehnte Organ nie erhalten. Ein Problem hierbei aus Sicht von Greif-Higer – neben dem Hauptproblem der Knappheit an Organen – die Aufwertung des Allokationsparameters „Dringlichkeit“ gegenüber dem der „Erfolgsaussicht“. Diese Aufwertung habe zu einer „Negativselektion von Patienten geführt“: So würden Patienten aus Gründen der Dringlichkeit organtransplantiert, die aus medizinischer Sicht eigentlich nicht mehr für eine Transplantation geeignet seien. Dies bedeute „unendliches Leid und eine Belastung des Gerechtigkeitsprinzips“ und schwäche regelhaft das System Organspende.

Aber auch wer das Glück hat, ein Organ zu erhalten, muss dies laut Greif-Higer nicht automatisch als Glück empfinden: Sie habe nierentransplantierte Patienten erlebt, die sich die Zeit vor der Operation zurückwünschten, weil sie auftretende nach-operative Komplikationen als belastender als die Dialyse empfunden hätten, führte die Ärztin aus.

Kritik äußerte Greif-Higer auch an Verteilungsgesichtspunkten wie der Compliance oder der „dauerhaften absoluten Alkoholabstinenz“: Einschätzungen hierzu seien nur eingeschränkt möglich. Dennoch leiteten Ärztinnen und Ärzte „harte Entscheidungen davon ab, Entscheidungen über Leben und Tod“.