

Frankfurter Rundschau

Frankfurter Rundschau, 21.12.1996, S. 8 / WIS

Der stille Horror der Organverteilung. Die vom Gesetzgeber angestrebte Transplantationsregelung nur nach medizinischen Kriterien ist problematisch.

Der Fürst von Thurn und Taxis erhielt zwei Herzen, das bosnische Kind Alja zwei Lebern, der kurdische Asylbewerber in Bremen schaffte es nicht. 1995 wurden 3264 Organe transplantiert, aber derzeit warten in Deutschland noch rund 10 000 Patienten auf ihre Transplantation. In Hannover starben bisher so viele Kinder, wie in einem Bus Platz gehabt hätten. Sie starben aber nicht zur selben Zeit spektakulär bei einem Unfall, sondern nach und nach, still und unbeachtet von den Medien und der Öffentlichkeit auf der Warteliste der Medizinischen Hochschule. Wer wollte sie nicht alle retten?

Wir wollen, wir können nur nicht! Im Fall der Organtransplantation stehen viel zu wenig Spenderorgane zur Verfügung. Diese Knappheit bedingt: Täglich müssen Patienten von der Transplantation ausgeschlossen werden. Es geht also nicht um die Frage, ob, sondern nur um die Frage, wie rationiert oder zugeteilt wird.

Die Verteilung der knappen Organe muß dabei gerecht vonstatten gehen. Das ist auch für die Spendenbereitschaft als solche wichtig, zu wissen, daß die gespendeten Organe nach klaren Regeln so gerecht wie nur irgend möglich verteilt werden. Deshalb nimmt sich das geplante Transplantationsgesetz dieses Problems in besonderer Weise an, und zwar mit einer hohen Regelungskompetenz. Dabei wird festgeschrieben, daß die Organe ausschließlich nach medizinischen Kriterien verteilt werden dürfen. Dies erscheint zunächst auch vernünftig. Bei näherer Betrachtung kommen aber erhebliche Zweifel auf, ob diese Einschränkung wirklich sinnvoll und gerechtfertigt ist.

Das Bemühen um eine bestmögliche Regelung war natürlich auch bisher oberste Prämisse bei allen Beteiligten, die die derzeitigen Zuteilungskriterien festgelegt haben. Grundlage dieser Regeln sind medizinische Kriterien - dies ist gut und ihre Berechtigung im Prinzip auch unbestritten. Das Problem liegt in der strikten Begrenzung auf medizinische Kriterien, denn unter den im Eurotransplant-Verband insgesamt 13 309 auf eine Niere wartenden Patienten wird es mehrere, medizinisch gleichberechtigt Wartende für ein einzelnes Spenderorgan geben.

Wie aber soll dann weiter verfahren werden? Auf welcher Grundlage entscheidet der Arzt vor Ort? Sind es dann nur medizinische oder nicht auch andere, etwa soziale Kriterien, wenn der Empfänger beispielsweise eine Familie versorgen muß oder große Verpflichtungen hat? Auch die Einschätzung, ob sich der Betreffende gesundheitsbewußt verhält und man von ihm konstruktive Mithilfe nach der Transplantation erwarten kann, mag ebenso eine Rolle spielen wie die Wartezeit und die Einschätzung des Leidensdruckes oder ob der Betreffende im Vergleich zu anderen psychisch eher noch warten kann oder nicht. Alles in allem ist es auch eine subjektive Mischung, die zu dem beiträgt, was allgemein als "gute ärztliche Entscheidung" im besten Sinne verstanden wird, aber gleichzeitig Mißbrauchsbedürfnisse schürt.

Das Problem liegt darin, diese subjektiven Entscheidungsprozesse so gut wie möglich zu objektivieren und durch Transparenz ihre Gerechtigkeit nachvollziehbar zu machen. Zumeist warten aber die Patienten an verschiedenen Orten und der Computer von Eurotransplant muß entscheiden. Die Kriterien sind somit objektiv - aber welche werden herangezogen? Nur medizinische Kriterien? Sie müssen ab einer gewissen Entscheidungsstufe zwangsläufig gegenüber den zuvor angewandten weniger bedeutsam sein.

Zum Beispiel Übereinstimmung nicht nur in einigen wenigen, sondern in allen testbaren immunologischen Gewebetypen? Die rund 14 Millionen verschiedenen Typen kommen aber sehr unterschiedlich häufig in der Bevölkerung vor. Patienten mit seltenen Gewebetypen haben kaum eine Chance auf ein in allen Parametern passendes Organ, und dies ist einer der Gründe, warum diese Patientengruppe auf der Warteliste immer größer wurde und inzwischen elf Prozent beträgt. Oder nach pseudomedizinischen Parametern wie Wartezeit? Dann würde ein Patient, der acht Jahre und vier Tage wartet einem anderen mit acht Jahren und drei Tagen Wartezeit vorgezogen.

Das seit kurzem bei Eurotransplant für die Verteilung der Nieren eingeführte sogenannte Wujciak/Opelz-Modell berücksichtigt in einem komplizierten Rechenverfahren medizinische wie nicht-medizinische Kriterien mit unterschiedlichen Gewichtungen. Es gehen dabei neben der Gewebsübereinstimmung auch die Wartezeit, die nationale Austauschbilanz und das regionale Organspenderaufkommen ein. Mit diesem Verfahren wird ein Spenderorgan immer einem bestimmten Patienten zugeteilt, die zugrundeliegenden Faktoren sind bezüglich Art und Bedeutung objektiv und transparent; einen individuellen ärztlichen Ermessensspielraum gibt es nicht mehr.

Alle derzeit angewandten Verteilungsmodelle - für jedes Organ ein spezielles Verfahren - beinhalten sowohl medizinische wie auch nicht-medizinische Kriterien. Diese Modelle wurden eingeführt, weil sie sich als effektiver im Vergleich zu früheren Vorgehensweisen erwiesen haben. Sie berücksichtigen auch Transportzeiten und Kapazitäten an Transplantationszentren. Die Frage ist, inwieweit solche nicht-medizinischen Kriterien auch tatsächlich zu einer patientenorientierten Patientengerechtigkeit beitragen: Welche Kriterien sollen zulässig sein, welche nicht? Was kann ein Patient auf der Warteliste für ein niedriges regionales Organspendeaufkommen, das für ihn derzeit die Chancen auf ein Organ mindert? Hingegen ist er für seine eigene Einstellung zur Organspende ausschließlich selbst verantwortlich! Ist dies nicht ein Faktor, der anstatt des regionalen Organspendeaufkommens zumindest in angemessener Weise berücksichtigt werden sollte? Jedenfalls würde es nach meiner Erfahrung von vielen als gerecht empfunden, wenn im Falle gleicher medizinischer Berechtigung von mehreren Patienten derjenige bevorzugt würde, der auch selbst zur Organspende bereit wäre, während derjenige, der selbst im Angesicht eigener Bedürftigkeit auf der Warteliste für den Fall seines eigenen Todes die Spende seiner anderen gesunden Organe ablehnt, zweitrangig berücksichtigt würde.

Fazit: Bei erheblicher Ressourcenknappheit kann es wohl keine umfassende Gerechtigkeit geben. Es geht also darum, bestmögliche Näherungslösungen herauszufinden. Dies ist ein schwieriger Prozeß, in dem sich auch die Schwerpunkte entsprechend den medizinischen oder gesellschaftlichen Veränderungen verlagern können. Insofern wäre der Gesetzgeber gut beraten, das Verfahren dieses Prozesses festzuschreiben, nicht jedoch Kategorien vorzugeben, wie es derzeit mit den Kriterien Dringlichkeit, Erfolgsaussicht und der Begrenzung auf die medizinische Kategorie beabsichtigt ist. Zwar müssen die Kriterien objektiv, transparent, nachvollziehbar und bedeutsam sein, die eigentlichen Entscheidungsprozesse sollten aber einer interdisziplinären Kommission übertragen werden, wie sie etwa derzeit mit der Ständigen Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer gegeben ist.

Welchen Sinn würde es aber machen, wenn die hier vertretenen Ethiker, Juristen oder Philosophen nur über medizinische Kriterien entscheiden dürften? Die eigentliche Entscheidung liegt eben nicht im (ebenfalls oft schwierigen) Auffinden von richtigen sachgebundenen Lösungswegen, sondern im Abwägen von gleichberechtigten, aber meist miteinander nicht zu vereinbarenden alternativen Zielen. Nur hierfür benötigen wir interdisziplinäre Kommissionen - man sollte ihnen ihre Kompetenzen lassen!

Professor Gubernatis ist geschäftsführender Arzt der Organisationszentrale der Deutschen Stiftung Organtransplantation für das Land Niedersachsen.

Von Gundolf Gubernatis

Quelle:	Frankfurter Rundschau, 21.12.1996, S. 8
Ressort:	WIS
Dokumentnummer:	F241DDE25632904BBC10A1B0E2B71D77

Dauerhafte Adresse des Dokuments: http://www.genios.de/r/document/FR__F241DDE25632904BBC10A1B0E2B71D77

Alle Rechte vorbehalten: (c) Druck- und Verlagshaus Frankfurt am Main GmbH