



TRANSPLANTATIONSMEDIZIN

Mehr Sicherheit für Arzt und Patient

Ein Neuanfang bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation, die Einrichtung des Transplantationsregisters, Richtlinienänderungen: Die Weiterentwicklungen in der Transplantation verbessern die Versorgung

Sieben Regionen, flächendeckend für Deutschland: Dr. med. Axel Rahmel ist unterwegs quer durch die Bundesrepublik. Sein Ziel sind die Geschäftsstellen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Seit längerem war der 52-jährige Herzspezialist Wunsch kandidat für die Position des Medizinischen Vorstands der DSO, auch im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Zum 1. April ist er nun von einer Führungsposition bei der Organvermittlungszentrale Eurotransplant (ET) an die Spitze der DSO gewechselt. „Das Wichtigste für mich ist jetzt am Anfang, in der DSO zu lernen, mit den Koordinatoren und den Auftraggebern zu sprechen, zu erfahren, was sie bewegt“, sagte Rahmel dem Deutschen Ärzteblatt.

Die DSO koordiniert die postmortale Organspende: Sie unterstützt Kliniken organisatorisch bei deren Aufgabe zu prüfen, ob der Hirntod eingetreten ist und die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen, bei medizinischen Maßnahmen zur Erhaltung von Organen, und die DSO sorgt für den Transport zum Empfänger. „Mein persönlicher Leitsatz ist, in allen Aufgabenbereichen der DSO dem Gebot der Transparenz und einer gesicherten Qualität bei der Erfüllung der Aufgaben zu folgen“, sagt Rahmel. Der Interimsvorstand der DSO, Dr. jur. Rainer Hess, habe die Organisation bereits in vorbildlicher Weise umstrukturiert.

Rahmel gilt als sehr korrekt, kompetent und vertrauenswürdig. Seine Ziele klingen nach einem Konsolidierungskurs für die DSO.

Sie war Ende 2011 scharf kritisiert worden: Intransparenz, Missmanagement, unkollegialer Führungsstil waren die Vorwürfe. Es folgten Personaländerungen mit der Neubesetzung auch des kaufmännischen Vorstands und eine von der Politik geforderte Umstrukturierung, die im Wesentlichen als abgeschlossen gilt.

Eurotransplant hat seine Kontrollfunktionen verstärkt

Die jetzt für die Arbeit bei der DSO formulierten Leitsätze hat Rahmel verfolgt, seit er 2005 Medizinischer Direktor von ET wurde, der Vermittlungsstelle für postmortale Organe. Acht Staaten gehören zum ET-Verband, darunter Deutschland. ET war von der Kritik im Zusammenhang mit den 2012 bekanntgewordenen schweren Verstößen gegen Richtlinien zur Organtransplantation und -allokation wenig betroffen. Allerdings intensivierte ET die Kontrollfunktionen für die Prüfung von Angaben der Transplantationszentren zu ihren

Foto: istockphoto

Patienten. Und Diskussionen über die Auslegung und Handhabung von Richtlinien betreffen teilweise auch die Vermittlungsstelle.

Sowohl die DSO als auch ET sind tragende Elemente im System Transplantationsmedizin. In der Entwicklung ihrer Aufgabenbereiche und Strukturen ist grundsätzlich ein Trend zu immer mehr Standardisierung und Regulierung erkennbar: in medizinisch-wissenschaftlicher Hinsicht, aber auch in Bezug auf öffentlich-rechtlichen Einfluss. Dieser Trend hat sich nach Bekanntwerden schwerer Regelverstöße an einigen Zentren zwar noch einmal verstärkt, es ist aber eine längerfristige Entwicklung, nicht nur in Deutschland. Treibende Kraft ist der tendenziell zunehmende Mangel an Organen bei gleichzeitigem Konsens, dass die postmortale Organspende altruistisch und ungerichtet sein sollte. Die Organe sind damit „öffentlich-rechtliches Gut“, ihre Zuteilung ist generalisierten Regeln zu unterwerfen.

In den Anfangszeiten von ET in den 60er Jahren – zunächst wurden nur Nieren vermittelt – erarbeitete ET mangels bestehender Vorgaben die Allokationsregeln selbst. Es dominierten zunächst medizinische, effektivitätsbezogene Kriterien wie HLA-Kompatibilität und kurze Ischämiezeiten*. Bald aber kamen ethische Aspekte wie Wartezeit, eine besondere Berücksichtigung von Kindern, klinisch dringlichen Patienten oder solchen hinzu, die wegen ihrer Blutgruppe oder präformierten Antikörpern benachteiligt waren. Diese ethischen Gesichtspunkte ergänzen die medizinischen um Gerechtigkeitsabwägungen. „Die Versorgung von Patientengruppen, denen sonst nicht rechtzeitig geholfen werden kann, durch besondere Regelungen, ist in einem großen Allokationsverbund am besten zu realisieren“, sagt Rahmel. „Das ist die Kernidee für die Weiterentwicklung der Allokation, und sie wird es hoffentlich bleiben.“

*Daniel Galden: Geschichte & Ethik der Verteilungsverfahren von Nierentransplantaten durch Eurotransplant. Dissertation zur Erlangung des Doktortitels der Medizin. Tübingen 2007.

In den 80er Jahre traten Spannungen zwischen deutschen Zentren auf: Es gab offenbar vermehrt Verstöße gegen die Regeln und keine Option für Sanktionen*. Das Bedürfnis nach mehr Rechtssicherheit, auch unter dem Druck, eine sinkende Zahl von Organen effektiv und gerecht zu verteilen, war ein Grund für die Regelungen der Mitgliedsländer, mehr Einfluss nehmen zu wollen. 1997 wurde in Deutschland das Transplantationsgesetz (TPG) verabschiedet, das die Zuständigkeit für Richtlinien in die Hände der Bundesärztekammer (BÄK) legte. Der Schwerpunkt bei ET hat sich stärker auf eine mit den Mitgliedsländern abgestimmte Umsetzung von Regeln verlagert.

„Der derzeitige Trend zur Standardisierung von Verfahren und der



„In die Diskussion über die Auswertung von Daten eines Transplantationsregisters sollten alle Beteiligten einbezogen sein.“

Axel Rahmel, neuer Medizinischer Vorstand der DSO

Regulierung wird weiter anhalten“, meint Prof. Dr. med. Björn Nashan vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG). Ein hohes Versorgungsniveau erfordere „Qualitätssicherung und Transparenz“. Aufgabe der DTG sei es, den „medizinischen und wissenschaftlichen Kenntnisstand in die Diskussionen einzubringen und mit den anderen Partnern zu erörtern“. Dabei müsse berücksichtigt werden, dass das TPG Vorgaben mache, die in ande-

ren Ländern, zum Beispiel in den USA, Kanada, Australien, aber auch einigen EU-Ländern, nicht gegeben seien. Dazu gehörten zum Beispiel das Verbot der Organentnahme kurz nach dem Herzstillstand, die Subsidiarität der Lebendspende, das Eingrenzen der Lebendspende auf einen kleinen Personenkreis und das Fehlen utilitaristischer Prinzipien im Gesundheitswesen. „Durch diese Vorgaben haben wir es in Deutschland mit einem anderen Spender- und Patientenkollektiv zu tun, woraus sich auch Unterschiede im Ergebnis und Langzeitverlauf sowohl in die eine als auch die andere Richtung erklären könnten“, sagt Nashan. Um diese Themen wissenschaftlich zu bearbeiten und daraus Handlungsbedarf abzuleiten, plädiert er für die Einführung des vom Bundestag bereits beschlossenen Transplantationsregisters.

Register elementar für die Qualitätssicherung

Auch Rahmel hält die Einführung eines umfassenden Transplantationsregisters für die postmortale und die Organlebendspende für dringlich. Seiner Ansicht nach könnten damit „verschiedene Dinge gleichzeitig erreicht werden“. So sei die Erfassung der darin enthaltenen validierten Daten als wissenschaftlich gut fundierte Grundlage für die Weiterentwicklung der Allokationsregeln unerlässlich, wobei bei der Interpretation der Daten die Ziele der Allokation mitberücksichtigt werden müssten. ET spricht sich Rahmel zufolge deshalb bereits seit Jahren für ein solches Register aus. Für die Qualitätssicherung wären die Daten, die übrigens teilweise bereits vorliegen würden, „elementar bedeutsam“. Wenn man die Verteilungs-, Spender- und Empfängerdaten zusammenführen würde, werde es schnell erste Ergebnisse geben. Rahmel fordert nicht zuletzt, dass beim künftigen Register alle am Transplantationsgeschehen Beteiligten in die Diskussion über die Aus-

wertung einbezogen sein sollten, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Ziel ist es, die Sicherheit für Arzt und Patient weiter zu verbessern.

Gerechtigkeitsfragen werden bleiben. Wie sollen Erfolgschance gegen Dringlichkeit, Zweckmäßigkeit gegen Angemessenheit abgewogen werden oder – unter dem Aspekt der Solidarität – die Gemeinschaft potenzieller Organempfänger im Verhältnis zur Spendergemeinschaft definiert werden? Eine frühere, in den ET-Regularien vermerkte Selbstverpflichtung der Zentren, nicht mehr als fünf Prozent der im Vorjahr verpflanzten postmortalen Organe Patienten aus Nicht-ET-Mitgliedsländern zu transplantieren, gebe es nicht mehr, berichtet Rahmel. Die zuständigen nationalen Behörden erhalten eine Übersicht über solche Transplantationen, und sie werden künftig im Jahresbericht von ET zentrumsspezifisch ausgewiesen.

Durch Diskussionen wie diese, aber auch als Folge politischer Entscheidungen, hat sich die Richtliniendarbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation (StäKo) bei der BÄK deutlich intensiviert. Die Fachöffentlichkeit wird nun stärker als vor Novellierung des TPG an der Erstellung oder Änderung von Richtlinien beteiligt. Die entsprechenden Entwürfe werden auf der Homepage der BÄK veröffentlicht, Änderungen eingearbeitet, erneut beraten und dann erst verabschiedet. Mit diesem Procedere sollen auch die bestehenden Richtlinien überarbeitet werden.

Außerdem stehen die Richtlinien seit der Gesetzesnovellierung unter einem Genehmigungsverbehalt durch das BMG. Diese neue Regelung hat nicht nur für die Arbeit der StäKo Bedeutung, sondern wirkt in fast alle Strukturen der Transplantationsmedizin hinein: Transplantationszentren, Organentnahmekrankenhäuser, Krankenkassen, ET oder die DSO. Die Verbindlichkeit hat sich damit noch einmal erhöht. Weil zugleich Kontrollstrukturen gestärkt wurden und Regelverstöße Sanktionen nach sich ziehen können, kann weiterer Bedarf für die Konkretisierung von Regeln oder für ihre Interpretation entstehen.

So wird zum Beispiel über die Frage diskutiert, welche Formen der Dialyse bei Leberkranken mit zusätzlichen Nierenproblemen als allokatonsrelevante Nierenersatztherapie gelten können.

Verschiedene Interpretationen des Begriffs „Dialyse“

Gibt ein Zentrum gegenüber ET „Nierenersatzverfahren“ bei Patienten auf der Warteliste für eine Leber an, wird eine höhere Dringlichkeit vermutet, und die Chance für die Zuteilung einer Leber erhöht sich. „Das angewandte Dialyseverfahren muss aus renalen Gründen indiziert und effektiv genug sein, um den terminal Nierenkranken am Leben zu erhalten: Es muss genug Volumen, Elektrolyte, Toxine und Säureäquivalente entziehen“, erläutert Prof. Dr. med. Bernhard Banas vom Universitätsklinikum Regensburg, president elect der DTG. Die DTG sei sich mit den Nephrologen einig, dass Albumin-Dialysesysteme wie MARS® keine der Hämodialyse äquivalenten Nierenersatzeffekte habe und anders als vereinzelt postuliert in diesem Kontext nicht mit Dialyse gleichgesetzt werden könne.

Eine weitere aktuelle Diskussion: Worum sollten Empfänger postmortalen Organe optimalerweise informiert sein? „Die Aufklärung zur Transplantation sollte umfassend und ausführlich sein“, sagt Nashan. Die DTG erwäge, organbezogenen Aufklärungsbögen zu erarbeiten, die die Ärzte dabei unterstützen könnten. Für die Lebendorganspende wird bei der BÄK eine Richtlinie erarbeitet. Die StäKo war gesetzlich früher für die Lebendorganspende nicht zuständig. Die Öffentlichkeit ist inzwischen in allen für die Transplantationsmedizin wesentlichen Strukturen und Gremien vertreten: Repräsentanten von Bund und Ländern sitzen in der StäKo und auch im Stiftungsrat der DSO. „Mit diesen Strukturveränderungen wurden Transparenz, eine kontinuierliche Überprüfung der Funktionen und die Grundlage für eine gute Weiterentwicklung der Transplantationsmedizin verbessert“, sagt Rahmel. ■

Gisela Klinkhammer,

Dr. rer. nat. Nicola Siegmund-Schultze

**Park des Hoffens,
des Erinnerns
und des Dankens**
in Halle (Saale) –
ein Symbol für die
vielen anonymen
Organspender



Lange wurden sie unterschätzt: Die Emotionen von Angehörigen, die akut um einen Menschen trauern und eine Organspende befürworten, sind vielfältig. Gespräche, Dankeschreiben und Angehörigentreffen können helfen.

Sätze wie „Ich könnte mein Kind nicht zerstückeln lassen“ hat Conny Copitzky häufiger hören müssen. 1997 verlor sie ihren damals 26-jährigen Sohn bei einem Unfall und gab seine Organe zur Spende frei. „Solche Aussagen verletzen und erzeugen Schuldgefühle und Unsicherheit“, sagt sie. Dabei war auch ihr Leben abrupt zusammengebrochen: „Ich willigte in die Organspende ein, weil ich wollte, dass etwas von meinem Sohn blieb, und ich handelte in seinem angenommenen Interesse.“

Die Organe sind etwas Heiliges für die Angehörigen

Ihre eigenen Gefühle und ihre Trauer blieben jedoch damals auf der Strecke: „Ich wusste zunächst nicht, ob die Organe meines Kindes geholfen haben“, berichtet sie. Trauer sei in den 90er Jahren noch nicht thematisiert worden. „Transplantationsmediziner haben eher eine Beziehung zu den potenziellen