



Würzburg

16. September 2019 15:30 Uhr |
Autor: Christoph von Ritter

Das Dilemma der Ärzte

In diesem Herbst wird der Deutsche Bundestag über die Einführung der doppelten Widerspruchsregelung bei der Organspende entscheiden.

Es ist unbestritten: In den letzten 50 Jahren hat die Transplantationsmedizin große Erfolge gefeiert. Seit der ersten Herztransplantation durch Professor Christiaan Barnard in Kapstadt konnten viele Patienten durch eine Transplantation vor dem sicheren Tod bewahrt werden. Nierentransplantationen

können Patienten eine eingreifende, langwierige Dialyse ersparen. Überdies hat die Transplantation viele Bereiche der Grundlagenforschung so nachhaltig inspiriert, dass letztlich erfolgreich neue Therapien etabliert werden konnten – speziell im immunologischen Bereich.

Transplantationsmedizin - für Ärzte ein Dilemma

Den Arzt verstrickt die Transplantationsmedizin allerdings auch auf unterschiedliche Weise in ein Dilemma. Die begrenzte Verfügbarkeit von Spenderorganen ist ein wichtiger Grund für dieses Dilemma. Im Rahmen des Versuchs, diesen Mangel sinnvoll zu verwalten, haben Ärzte in Transplantationskonferenzen zunächst darüber zu entscheiden, ob ein Patient überhaupt auf die Warteliste für das ersehnte Spenderorgan aufgenommen wird. Des Weiteren legen Ärzte und private Organisationen wie Eurotransplant mit immer komplizierteren Algorithmen fest, nach welchen Kriterien die raren und daher kostbaren Organe zugewiesen werden. Obwohl es hier um Leben und Tod geht, besteht in der Fachwelt über die Vergabekriterien keineswegs Konsens. Der internationale Vergleich offenbart hier große Unterschiede. Auch in Deutschland wird die Vergabepaxis intensiv diskutiert. Die derzeit gängige Praxis der Vergabe nach Bedürftigkeit („high urgency“), also an Patienten, die ganz unmittelbar vom Tode bedroht sind, ist keineswegs unumstritten. Nach Einschätzung von Kritikern werden auf diese Weise zu häufig Transplantationen an schwerstkranken Patienten mit einer besonders ungünstigen Prognose vorgenommen. Gefordert wird, die knappen Organe stattdessen an Patienten mit der besten Prognose zu vergeben. Genau diese Kontroverse zwischen Dringlichkeit und Erfolg einer Transplantation führte letztlich auch zu dem Organspende-Skandal. Der verantwortliche Arzt wollte für seinen Patienten mit einer sehr günstigen Prognose einen besseren Platz auf der Warteliste ergattern und fälschte deshalb die Laborwerte in Richtung Dringlichkeit. Schließlich schwingt bei der Organvergabe immer ein gewisser Verdacht mit, dass ökonomische Anreize eine Rolle spielen könnten. Dabei muss es nicht einmal um persönliche Bereicherung gehen. Der erfolgreiche Transplantationschirurg Professor Christoph Broelsch wurde nicht etwa schuldig gesprochen, weil er sich selbst bereichert hätte, sondern weil er Transplantationen mit Spenden für sein Forschungsbudget verknüpft hatte.

Sind die Patienten auf der Warteliste, werden sie und die sie betreuenden Ärzte oft auf harte Proben gestellt. Gefordert ist unter anderem ein strikter Lebensstil und eine ständige Verfügbarkeit. Doch die hochgesteckten Hoffnungen auf eine schnelle Heilung durch eine Transplantation werden regelmäßig enttäuscht. Als besonders belastend werde dabei „Fehlalarme“ empfunden. Ich habe das als junger Assistenzarzt selbst erlebt: Patienten werden mitten in der Nacht von weit her in die Klinik gerufen. Wir hatten dann alle Vorbereitungen für die Transplantation getroffen, mussten dem Patienten aber im weiteren Verlauf mitteilen, dass das für ihn vorgesehene Organ doch nicht geeignet oder nicht verfügbar war. Das Ausmaß der Enttäuschung von Patienten, Angehörigen und auch von uns Ärzten hat sich tief in meine Erinnerung eingepägt.

Lebendorganspende als Alternative

Die Lebendorganspende, meist eine Organspende von einem Angehörigen, stellt eine wunderbare Alternative zu der sogenannten postmortalen Spende, also der Organspende nach dem Tod, dar. Allerdings obliegt es hier dem Arzt, jede Art von eingeschränkter Freiwilligkeit und Abhängigkeit des Spenders auszuschließen. Speziell ökonomische Anreize für eine Lebendorganspende fallen in diese Kategorie.

Besonders deutlich offenbart sich das Dilemma des Arztes bei der sogenannten postmortalen Organspende. Sie erfordert von ihm einen radikalen Perspektivwechsel: nämlich vom bedingungslosen Helfer seines Patienten zum Organisator einer fremdnützigen Organspende. Dies fällt besonders schwer, weil der eigene Patient nun nach den Kriterien der Organspende „konditioniert“ werden muss. Diese Konditionierung ist mit einer aufwendigen intensivmedizinischen Betreuung verbunden und verschafft dem Patienten ein rosiges Erscheinungsbild, das dem eines Gesunden vergleichbar ist. In dieser Situation stellen Gespräche mit den Angehörigen für alle Beteiligten oft eine harte Zerreißprobe dar. Angesichts des vergleichsweise gesunden Eindrucks des Patienten kommen bei den Angehörigen nicht selten Zweifel auf, ob eine Organspende gerechtfertigt ist.

Regelmäßig stellt sich auch die Frage, ob der Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden kann. Die in Deutschland – nach zum Teil heftig geführter Diskussion – gefundene Bezeichnung „irreversible Hirnfunktionsstörung“ beschreibt nunmehr klar den Sachverhalt, dass es sich beim Hirntod um die Sterbephase eines Patienten handelt, die nach Erfüllung aller diagnostischen Kriterien, mit denen der Hirntod festgestellt wird, allgemein als irreversibel angesehen wird. Selbstverständlich stellt ein Eingriff in die Sterbephase eines Menschen für einen Arzt immer ein gravierendes Problem dar.

Zudem ist die Explantation von Organen eine Tätigkeit, die dem Arzt eigentlich wesensfremd ist. Sie unterscheidet sich grundlegend von der eines Pathologen, Gerichtsmediziners oder eines Medizinstudenten, der im Anatomiekurs eine Leiche zu sezieren hat. Alle drei haben bei ihren Tätigkeiten einen zweifelsfrei verstorbenen Menschen, lange nach seinem Tod, auf dem Seziertisch liegen. Der explantierende Arzt hingegen beginnt seine Tätigkeit an einem Menschen, dessen Herz schlägt und dessen Haut bestens durchblutet ist, vergleichbar der rosa Hautfarbe eines Gesunden. Es läuft dem ärztlichen Empfinden zuwider, aus einem solchen, warmen Körper – nach und nach – alle lebenswichtigen Organe zu entnehmen. Dieses Dilemma ist noch einmal besonders ausgeprägt, wenn eine Organentnahme an Kindern durchgeführt werden soll. Nicht selten lassen solche Zumutungen auch ansonsten motivierte Ärzte von einer Teilnahme an Organexplantationen Abstand nehmen.

Organmangel ist nur ein Teil des Problems

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen greift die aktuelle Debatte über die Transplantationsmedizin deutlich zu kurz. Der Organmangel ist nur ein Teil des Problems. Statt sich darauf zu fokussieren, müssten die Vor- und Nachteile, Nutzen und Risiken der Transplantationsmedizin insgesamt einer viel offeneren Diskussion zugeführt werden. In diesem Zusammenhang sind nicht nur die oben angeführten Überlegungen relevant, sondern auch eine Bewertung der Langzeiterfolge einer Transplantation. Hier ist es Aufgabe des Arztes, den Erwartungen seines Patienten, mit einer Transplantation eine schnelle, dauerhafte Lösung seiner gesundheitlichen Probleme erzielen zu können, entgegenzutreten. Zwar bewahrt eine Transplantation fast 90 Prozent der Patienten vor dem in Kürze bevorstehenden sicheren Tod. Auch konnten die Überlebenszeiten nach einer Transplantation in der Vergangenheit immer weiter gesteigert werden. Andererseits verursacht eine Transplantation aber auch eine Vielzahl neuer medizinischer und psychosozialer Probleme. Weil sich der Organismus des Organempfängers gegen das fremde Organ wehrt, muss sich der Patient zur Unterdrückung der Abstoßungsreaktionen einer dauerhaften immunsuppressiven Therapie unterziehen. Im ungünstigsten Fall kommt es dabei zu einem Versagen des transplantierten Organs. Sorgfältige Analysen der derzeit vorhandenen Daten zeigen, dass die verbleibenden gesundheitlichen Probleme auch nach einer Transplantation so erheblich sind, dass nur rund 20 bis maximal 30 Prozent der Patienten zwei Jahren nach einer Transplantation wieder einer geregelter Arbeit nachgehen können (vgl.: Occupational Med 68: 68ff, 2018).

Zu wenig Beachtung finden bislang auch neue Therapien, die das Potenzial haben, die Transplantationsmedizin Zug um Zug abzulösen. Auf spektakuläre Weise ist das in den letzten Jahren mit der antiviralen Therapie von Hepatitis C gelungen. Die Elimination des Hepatitis C-Virus, der letztlich zu Leberversagen führen kann, gelingt mit dieser medikamentösen Therapie zu fast 100 Prozent. Patienten mit Hepatitis C machten bislang rund 20 Prozent der Plätze auf der Warteliste für Lebertransplantationen aus. Dank der neuen Therapieoptionen müssen nicht nur keine neuen Patienten mit Hepatitis C mehr auf die Warteliste aufgenommen werden. Es gelingt sogar, Patienten, die schon zu einer Transplantation vorgesehen waren, nach erfolgreicher antiviraler Therapie wieder von der Warteliste zu nehmen.

Viele solcher erfolgreicher, innovativen Therapien würde man sich wünschen, um Patienten, Angehörigen, Gesellschaft und auch die Ärzte aus dem Dilemma im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin zu befreien.

Der Autor ist Professor an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München und in nationalen und internationalen Gremien zu Fragen der Bioethik tätig.

Artikel: <https://www.die-tagespost.de/leben/glauben-wissen/Das-Dilemma-der-AErzte;art4886,201245>

Alle Rechte vorbehalten. Wiederverwertung nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung