

Ulrich Frei, Charité Berlin

**Stellungnahme zum Fragenkatalog
der öffentlichen Anhörung „Organlebendspende“
der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“
des Deutschen Bundestages am 1. März 2004**

Anmerkungen zur Nieren-Lebendspende

Übergeordnetes Ziel:

- möglichst vielen Kranken ein möglichst langes Überleben bei subjektiver Zufriedenheit zu ermöglichen
- möglichst viele Organe von verstorbenen und lebenden Spendern zu Verfügung stellen

1. Feststellung: Lebendspende ist unbedingt notwendig

In Deutschland gibt es ca. 10.000 Patienten, die unterschiedlich lang auf eine Niere warten. Sie werden mit den Methoden der Dialyse behandelt, die eine Lebensverlängerung mit ausreichender Lebensqualität erlauben. Jedoch der dauerhafte Zustand des Nierenversagens verkürzt die Lebenserwartung eines 30jährigen um 80% und die eines 60jährigen um 50%. Nur eine Nierentransplantation kann diese schlechte Prognose wesentlich verbessern.

Ziel muss es daher sein, alle für eine Nierentransplantation geeignete Patienten innerhalb eine medizinische vertretbaren Wartezeit mit einem Organ zu versorgen.

Jedoch:

- Es besteht keine realistische Chance die gegenwärtigen Wartelisten mit Organspenden Verstorbener jemals abzubauen
- Jahrelanges Warten (z.Zt. 4-8 Jahre) beseitigt nahezu alle Vorteile der Transplantation.
- Eine Verfügbarkeit eines geeigneten Organs vom verstorbenen Spender ist angesichts der langen Wartelisten nicht gegeben.
- Den einzig möglichen Ausweg bietet die verstärkte Nutzung der Lebend-Nierenspende als notwendige Regelbehandlung.

Ohne breite Anwendung der Lebendspende-Nierentransplantation ist keine angemessene Versorgung der nierenkranken Bürger möglich, eine Chance für eine deutliche Lebensverlängerung wird damit verspielt.

2. Feststellung: Lebendspende als Behandlungsmöglichkeit wird heute immer noch unzureichend genutzt

Seit Einführung des TPG ist die Anzahl durchgeführter Nierenlebendspende-Transplantationen gestiegen, wenn auch nur in begrenztem Umfang. Trotz der erweiterten Bedingungen des TPG schwankt die Anwendung des Verfahrens in deutschen TX-Zentren zwischen 0 und 36%. Aus diesen Zahlen muss die Schlussfolgerung gezogen werden, dass einer großen Zahl von Patienten der Zugang zu diesem Verfahren heute nicht gewährt wird, weil die lokalen behandelnden Ärzte es nicht anwenden. Der Mittelwert des prozentualen Anteils der Lebendspende an der Gesamtsumme der Transplantation liegt eindeutig unter dem Prozentsatz von Ländern wie Skandinavien und den USA (50%).

Auch für die Lebendspenden-Nierentransplantation sollte eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden und die Transplantationszentren mit den Methoden der Mindestmengenvorgabe und Qualitätssicherung eingebunden werden.

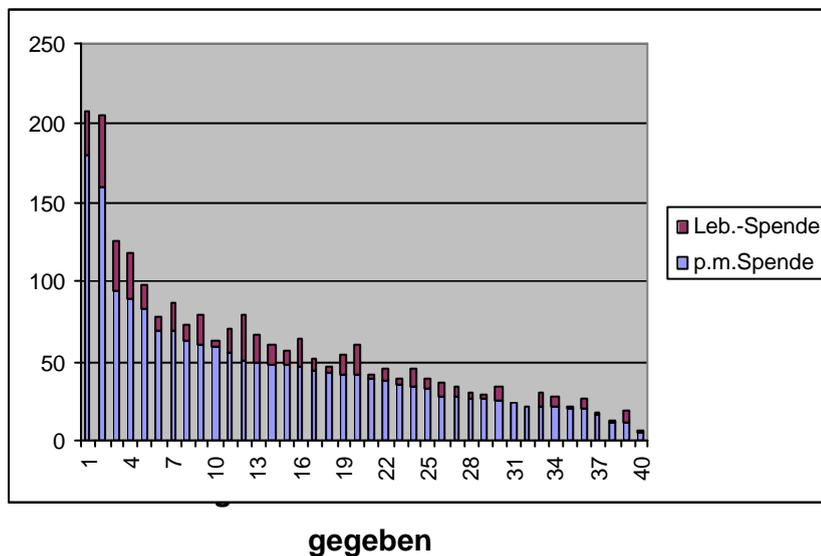


Abbildung:
Anteil der Lebendspende an der Gesamtzahl der Transplantationen deutscher Zentren
Anteil – Gesamt
19,1%

Bereich:
0% - 36,8%
8 x < 10%
3 x > 30%

Lebendspenden sind

gegeben

Bei einer sorgfältigen Spenderauswahl, die sich an abgesicherten Leitlinien orientiert ist das Risiko eines Nierenlebendspenders am Eingriff zu versterben minimal, wenn auch vorhanden. Das Risiko von vorübergehenden Komplikationen ist benennbar und bei sorgfältiger Aufklärung vertretbar. Das Risiko des Spenders selbst chronisch ein Nierenversagen zu erleiden ist äußerst gering. Das Risiko ist eher höher bei Blutsverwandten, da eine gemeinsame genetische Disposition für Nierenerkrankungen vorliegen kann. Bei genetisch nicht verwandten Spendern ist es im statistischen Rahmen.

Die Sicherheit hat mithin keinen, oder nur einen geringen (sogar umgekehrten) Bezug zur Art des Spenders und seinem Beziehungsgrad.

4. Feststellung: Der Schutz des Spenders muss gewährleistet werden

Unabhängig von der Art und vom Grad der Beziehung zwischen Spender und Empfänger muss eine objektive, von sachfremden Interessen frei Risikoabklärung und Aufklärung des Spenders erfolgen. Dies wird teilweise durch Lebendspendekommissionen gewährleistet, entspricht aber nicht ihrem gesetzlichen Auftrag.

Derzeit werden mögliche **Interessenkonflikte** nicht ausreichend berücksichtigt:

- der Wunsch des Kranken eine optimale Therapie zu erhalten, (emotionale, familiäre Nötigung und Druck)
- persönlicher Ehrgeiz und ökonomische Interessen von Transplantationsteams und Klinik möglichst viel zu transplantieren (Ansehen, Einkünfte)
- Druck durch die nahe Todesgefahr des Empfängers, Einreden eines schlechten Gewissens, Druck durch das Transplantationsteam

Einen mögliche Lösung könnte die Einsetzung eines Spenderanwalt / Beauftragter sein, der sachkundig ist und unabhängig vom Transplantationszentrum und den Betroffenen tätig wird.

5. Feststellung: Die Mündigkeit und Selbstbestimmung des Spende willigen ist zu respektieren

Ein weiterer Interessenkonflikt wird vom TPG ebenfalls nicht ausreichend berücksichtigt. Dies ist der Konflikt zwischen der Forderung der Gesellschaft ihre vorgegebene (willkürlichen) Ethik- und Rechtsnormen (Eingrenzung des Spenderkreises) einzuhalten, im Konflikt mit der Autonomie des Spendewilligen und dem dringlichen Behandlungswunsch und Bedürfnis des Patienten. Das reicht bis zum derzeit kategorischen Ausschluss der anonymen Spende, die medizinisch sich nicht von der derzeit praktizierten unterscheidet und hinsichtlich von Nötigung und Freiheit von kommerziellen Interessen weit sicherer zu bewerten ist als alle anderen Formen.

Im Interesse der Kranken sollte daher selbstbestimmten mündigen Bürgern nicht vorgeschrieben werden, ob sie spenden dürfen oder nicht.

Berlin 16.2.2004

Prof. Dr. U. Frei