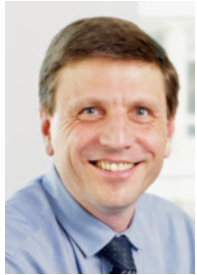


Swisstransplant garantiert faire Zuteilung von Organen nach medizinisch sinnvollen Kriterien

Organspende und Transplantation haben sich mit dem Inkrafttreten des nationalen Transplantationsgesetzes am 1. Juni 2007 zwar weiterentwickelt. Trotzdem gibt es nach wie vor zu wenig Spender (2016: 111) und die Wartelisten werden länger. Zurzeit warten rund 1480 Patienten in der Schweiz auf die Zuteilung eines Organs.



Dr. med. Franz F. Immer

Am 1. Juni 2007 trat das erste nationale Transplantationsgesetz in Kraft. Bis zu diesem Datum waren Organspende und Transplantation kantonale geregelt. Eine der wichtigsten Änderungen war daher, dass alle in der Schweiz wohnhaften Patienten die gleiche Chance auf die Zuteilung eines Spenderorgans erhalten sollten.

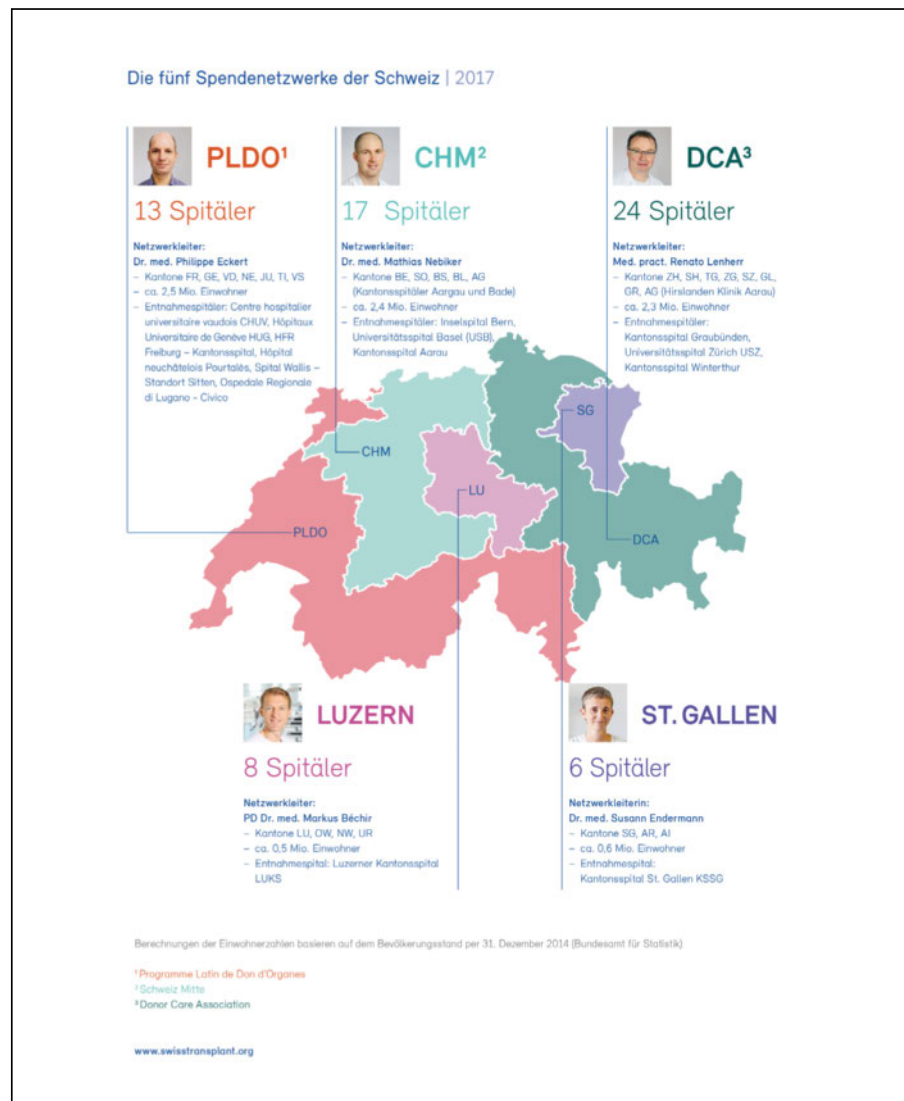
Die Stiftung Swisstransplant wurde für diese Aufgabe vom Bund als nationale Zuteilungsstelle beauftragt; sie wird durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kontrolliert. Alle Patienten, die in den sechs Transplantationszentren auf eine Organtransplantation warten, müssen zentral bei Swisstransplant gemeldet werden. Nur Zentren mit bewilligten Transplantationsprogrammen können Patienten auf die Warteliste setzen. Die Transplantationsprogramme werden durch das BAG bewilligt und regelmässig auditiert. Wie die Annahme von angebotenen Organen liegt auch die Kompetenz zur Listung – also die Indikationsstellung – bei den involvierten Spezialisten im verantwortlichen Transplantationszentrum. Bei der äthylisch bedingten terminalen Leberinsuffizienz wird zum Beispiel eine mindestens 6-monatige Abstinenz verlangt, um eine Listung zu ermöglichen. Ebenso werden aktive Raucher nicht auf die Lungentransplantationsliste genommen. Die Überprüfung dieser Anforderungen im klinischen Alltag ist nicht immer einfach. Es gibt schwierige Indikationen, die multidisziplinär, oft unter Beizug von Ethikern, diskutiert werden müssen, um solch komplexen Situationen bestmöglich gerecht zu werden.

Dringlichkeit ist erstes Zuteilungskriterium

Die Zuteilung der Spenderorgane erfolgt schweizweit nach klar definierten Vor-

gaben. Der Gesetzgeber hat entschieden, dass Menschen, die besonders dringlich transplantiert werden müssen, das nächste verfügbare Organ bevorzugt zugeteilt erhalten. Ein zweites Kriterium ist der medizinische Nutzen, zum Beispiel die bestmögliche Übereinstimmung von Körpergewicht und Alter. Das dritte Zuteilungskriterium ist die Wartezeit. Die möglichen Gründe für eine Dringlichkeitslistung sind für jedes Organ in zusätzlichen Gesetzesverordnungen geregelt. Die Dringlichkeit wird durch die Organ-

expertengruppen von Swisstransplant sehr restriktiv gehandhabt und transparent kommuniziert. So kann für Patienten mit einer chronischen terminalen Leberinsuffizienz keine Dringlichkeit mehr beantragt werden. Diese Handhabung ermöglicht den nicht dringlich gelisteten Patienten eine höhere Chance auf die Zuteilung des lang ersehnten Organs. Zudem kann die Benachteiligung der Patienten mit Blutgruppe o (welche allen anderen Blutgruppen spenden können, selber aber nur Organe mit Blutgruppe o erhal-



ten können) etwas aufgefangen werden. In der Schweiz werden nur die zugeeilten Organe entnommen.

Beispiel Leber und Niere

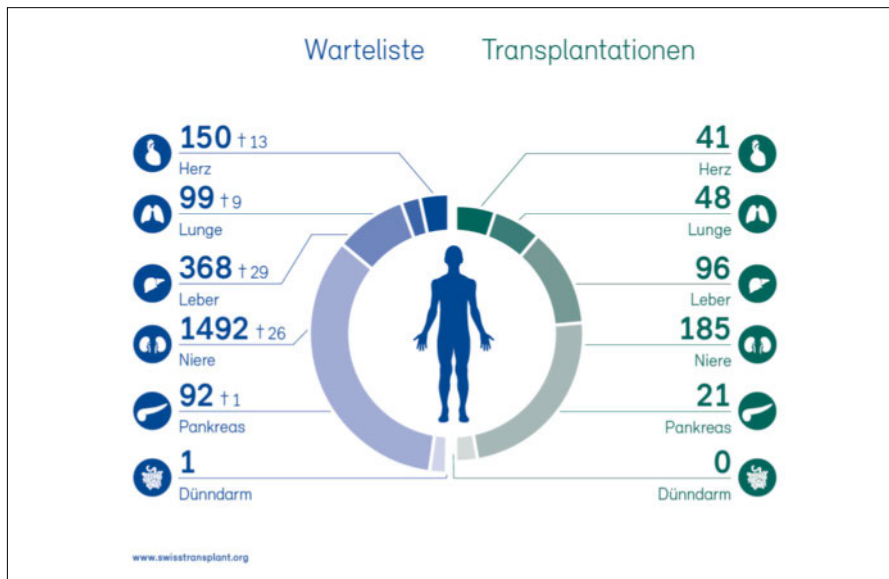
Bei der Leber wird der sogenannte MELD (Model of End Stage Liver Disease) verwendet, um den medizinischen Nutzen abzubilden. Der MELD ist ein Punktwertsystem aus hämatologischen und blutchemischen Laborwerten. Je höher er ist, desto weiter rückt der Patient auf der Warteliste nach vorne. Bei Patienten, die aufgrund ihrer Pathologie – zum Bei-

spiel bei einem hepato-zellulären Karzinom oder bei Antikoagulation – keinen MELD-Anstieg generieren können, kommt der SE-MELD (Standard Exception MELD) zum Tragen:

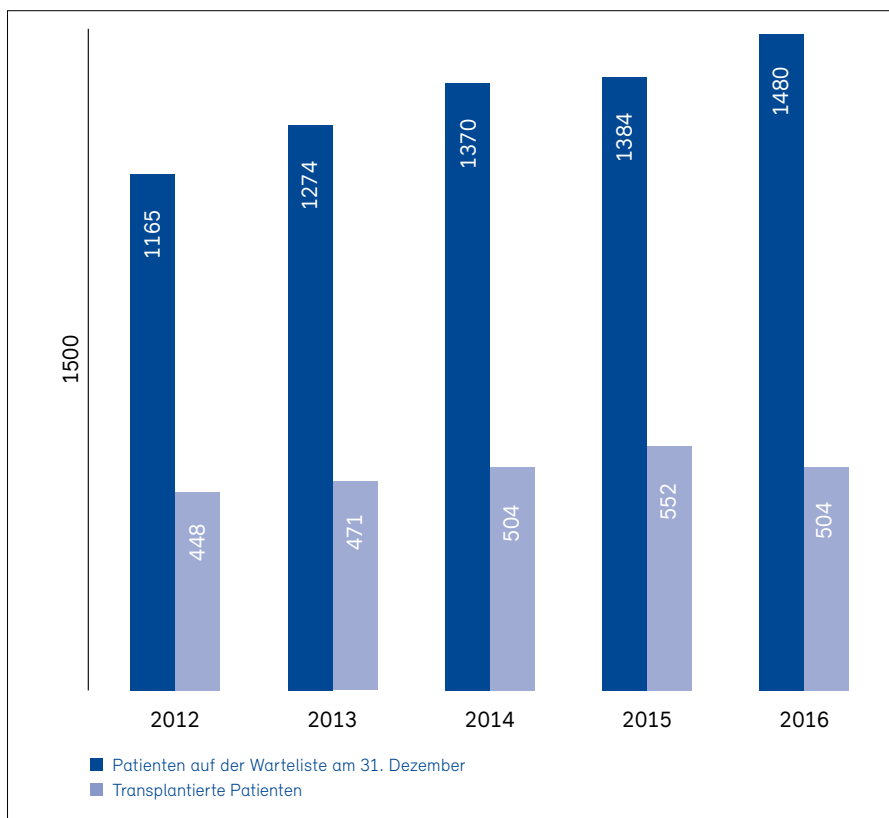
Hier wird der Wert rein rechnerisch monatlich nach oben korrigiert, um so eine Zuteilung zu ermöglichen. Auch innerhalb des medizinischen Nutzens kann noch priorisiert werden. Diese Regelung kommt meistens bei Kindern und Jugendlichen zur Anwendung. So werden bei bis 55 Jahre alten Spendern im Ranking immer zuerst Kinder bis 25 kg auf der Leberwar-

teliste aufgeführt. Denn in dieser Situation kann der kleine linke Leberlappen einem Kind und der grosse rechte Leberlappen einem Erwachsenen zuteilt werden, was den maximalen medizinischen Nutzen der Spenderleber darstellt. Andere Kriterien gelten bei der Zuteilung der Nieren. Dort werden Empfänger bis zum 20. Lebensjahr priorisiert. Jugendliche sollen eine normale Ausbildung absolvieren können und keine Sekundärschäden bei einer Dialyse erleiden. So wird die Langzeitprognose dieser Patientengruppe verbessert.

Derartige Anpassungen werden durch die verantwortlichen Arbeitsgruppen des Comité Médical ausgearbeitet und unter Literaturangabe dem BAG eingereicht. Die Anträge werden dort überprüft, der Verordnungstext entsprechend angepasst und nach erfolgreicher Ämterkonsultation im Swiss Organ Allocation System (SOAS) programmiert und bei Inkrafttreten angewandt. So können innert 12 bis 18 Monaten Änderungen auf Verordnungsebene einfließen. Dies ist ein wichtiger Weg, um die Entwicklungen auf dem Gebiet der Organspende und Transplantation möglichst rasch umsetzen zu können.



Warteliste und Transplantationen nach Organen differenziert. (Quelle: Swisstransplant Jahresbericht 2015)



Patienten auf der Warteliste und transplantierte Patienten, 2016.

Zustimmungs- oder Widerspruchslösung?

Neben der Zuteilung enthält das Gesetz wesentliche Aspekte wie zum Beispiel die Unentgeltlichkeit einer Organspende – eine Organspende ist immer ein Geschenk. Auch die erweiterte Zustimmungslösung ist im Transplantationsgesetz enthalten. Dies bedeutet, dass der Verstorbene sich selbst entscheiden soll, Organe und Gewebe zu spenden oder nicht. Wird dieser Wunsch nicht schriftlich festgehalten oder den Angehörigen kommuniziert, müssen diese im mutmasslichen Sinne des Verstorbenen entscheiden. Das Gesetz verpflichtet das Spitalpersonal dazu, den Angehörigen eines potentiellen Spenders die Frage nach der Organspende zu stellen. Diese müssen ohne Druck und bei Bedarf unter Beizug weiterer Fachpersonen wie Theologen oder Seelsorger entscheiden können. In der Praxis zeigt die Zustimmungslösung die Schwäche, dass der mutmassliche Wille des Verstorbenen häufig gar nicht bekannt ist. In gut der Hälfte der Angehörigengespräche melden uns die Intensivmediziner zurück, dass die Familie den Wunsch des Verstorbenen nicht kenne und stellvertretend im Sinne des Verstorbenen zu entscheiden für sie sehr schwierig sei.

Viele Experten im Organspendewesen sind der Ansicht, dass eine Widerspruchslösung

lösung die Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende fördern und die Wichtigkeit einer Entscheidung – egal ob für oder gegen die Organspende – bewusster machen würde. Die Mehrzahl der europäischen Länder regelt deshalb die Organspende mit der Widerspruchslösung. Dieses Modell bedeutet, dass jeder als möglicher Spender betrachtet wird, ausser er hat sich zu Lebzeiten dagegen geäussert. Die Widerspruchslösung bedingt ein Register, in dem sich die Menschen eintragen können, die nicht spenden wollen. Aber auch in den Ländern mit Widerspruchslösung wird immer das Gespräch mit den Angehörigen geführt. Die Angehörigen können die Organspende im Sinne des Verstorbenen ablehnen – massgeblich ist in jedem Fall der Wunsch des Verstorbenen. Die Widerspruchslösung gibt Spendern und deren Familien eine höhere Sicherheit, richtig zu entscheiden. Richtig entscheiden heisst nicht, sich für die Organspende zu entscheiden, sondern mit grösster Wahrscheinlichkeit dem Willen des Verstorbenen zu entsprechen.

Neue Regelung des Organspendewesens

Swisstransplant ist durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz seit 2009 offiziell beauftragt, sich um die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge auf dem Gebiet der Organ- und seit 2017 auch auf dem Gebiet der Gewebespende zu kümmern. Wesentliche Struktur dafür ist der Nationale Ausschuss für Organspende von Swisstransplant (CNDO), der sich aus den Netzwerkleitenden (Fachärzte Intensivmedizin) und den Ausbildungsverantwortlichen (Pflegefachkräfte Intensivmedizin) der fünf Spendenetzwerke sowie zwei Vertretern der SGNOR und Delegierten aus der pädiatrischen Intensivmedizin und der SGI/SSMI zusammensetzt. Das CNDO hat seit 2009 zahlreiche Massnahmen auf dem Gebiet der Organspende in den Netzwerken umgesetzt, um Strukturen und Prozesse zu optimieren – ein Beispiel ist der Swiss Donation Pathway, der als «Handbuch» für die Organspende auf den Notfall- und Intensivstationen gut eingeführt ist (<https://www.swisstransplant.org/de/infomaterial/fuer-fachpersonen/swiss-donation-pathway/>).

Ein seltenes Ereignis

Weil bei einer Organspende sehr viele Faktoren zusammenpassen müssen, ist sie ein seltenes Ereignis. Auch die Zahl der Spender ist aus diesem Grund starken Schwankungen unterworfen. Im Jahr 2016 blieb die Schweiz mit 111 verstorbenen

Organspendern nach Hirntod oder Herzkreislaufstillstand (13,3 Spender pro Million Einwohner) deutlich hinter den Erwartungen zurück. Die Organspenderate bleibt damit niedrig und liegt im europäischen Vergleich im unteren Drittel. Die Zahl der Patienten, die auf ein Spenderorgan warten, steigt weiterhin an: Rund 1480 Personen stehen zurzeit auf der Warteliste – das sind 7 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Unter ihnen werden wiederum mehr Patienten sein, die vergeblich auf eine lebensrettende Transplantation warten.

Gleichwohl gibt es auch positive Tendenzen: Seit dem Beginn der Arbeit des CNDO hat sich die Erkennung und Meldung von Spendern in den Spitälern deutlich verbessert: Die 320 bis 350 potentiellen Spender, die jedes Jahr auf Schweizer Intensivstationen im primären Hirntod sterben, stellen weniger als 10 Prozent aller Todesfälle dieser Stationen dar. Die meisten Spender finden sich in den universitären Spitälern und in den Kantonsspitälern mit neurochirurgischen Kliniken. Aber auch Spitäler ohne Neurochirurgie haben ein Spenderpotential – hier sind es vor allem die Notfallstationen, wo bei

terminalen Hirnblutungen oder anoxischen Hirnschäden eine mögliche Organspende erwogen werden sollte.

Ein wichtiger Aspekt bei der Evaluation möglicher Spender ist die grundsätzliche Frage, woran genau der Patient gestorben ist: Eine unklare Todesursache gilt als Ausschlusskriterium. Ausgeschlossen von der Organspende sind auch Patienten, die an einer schweren Sepsis mit unbekanntem Erreger sterben oder ein aktives Tumorleiden haben. Nach fünf tumorfreien Jahren ist eine Organspende jedoch wieder möglich. Im Gegensatz zur Blutspende kennt die Organspende keine Altersgrenze.

Voraussetzungen für eine Transplantation

Eine Organentnahme kann in jedem Spital mit akkreditierter Intensivstation und einem Operationssaal vorgenommen werden. Neben der Zustimmung ist die Diagnose des Hirntodes Voraussetzung dafür. Sie wird durch zwei Experten (meist ein Intensivmediziner und ein Neurologe oder Neurochirurg) durchgeführt. Damit wird sichergestellt, dass die Diagnose nach den von der SAMW vorgeschriebenen Richtlinien erfolgt und mögliche Fehler – ins-

SWISSTRANSPLANT

Swisstransplant ist die nationale Stiftung für Organspende und Transplantation und ist im Auftrag der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) in Zusammenarbeit mit den regionalen Netzwerken verantwortlich für den Aufbau des Organspendewesens in der Schweiz. Als nationale Zuteilungsstelle ist Swisstransplant im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für die gesetzeskonforme Zuteilung der Organe an die Empfänger zuständig und führt die Schweizer Warteliste.

Oberstes Organ von Swisstransplant ist der *Stiftungsrat*. Die Geschäftsstelle in Bern wird von PD Dr. med. Franz Immer geführt und beschäftigt heute ein Team von rund 35 Personen. Das für die Organzuteilung zuständige Koordinationsteam ist rund um die Uhr erreichbar. Der Direktor und der Vizedirektor bilden zusammen die Geschäftsleitung von Swisstransplant.

Weitere Infos: www.swisstransplant.org

Blended Learning

Seit gut einem Jahr ist ein Blended Learning in drei Landessprachen verfügbar, welches die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen mit E-Learning-Modulen und Präsenzkursen sicherstellt. Nach Absolvierung des Lehrgangs besteht die Möglichkeit der Zertifizierung zum «Schweizerischen Experten Organspende». Interessierte Fachpersonen aus der Anästhesie, dem Notfall und/oder der Intensivmedizin können diese Module kostenlos bearbeiten.

(Weitere Informationen erhalten Sie unter folgendem Link: www.swisstransplant.org/blendedlearning)

besondere beim Apnoetest – ausgeschlossen werden. Die Hirntoddiagnose wird auch bei den DCD-Spendern (Donor after Cardiocirculatory Death) durchgeführt, d.h. nachdem der Patient an einem Herzkreislaufstillstand gestorben und ein sekundärer Hirntod eingetreten ist.

Momentan beschränken sich die Spitäler mehrheitlich auf sogenannte Maastricht-III-Spender. Das sind Patienten auf der Intensivstation mit einer infausten Prognose, bei denen ein Therapieabbruch unter kontrollierten Bedingungen durchgeführt wird. Sterben solche Patienten innert kurzer Zeit (innert 120 Minuten) und haben sie oder ihre Angehörigen die Zustimmung zur Organspende gegeben, kann die Transplantation nach dem Herzstillstand und dem diagnostizierten Hirntod erfolgen. DCD-Spender bedingen wegen der warmen Ischämiezeit der Or-

gane eine zeitlich akkurat geplante Entnahmeoperation, die im Gegensatz zum Spender im primären Hirntod unmittelbar nach dem Eintritt des Todes und der Hirntoddiagnose begonnen werden muss.

Aufruf an die Ärzte

Mir ist wichtig zu betonen, dass Organspenden bis ins hohe Alter möglich sind. Vor diesem Hintergrund rufe ich meine Berufskollegen auf, die Möglichkeit einer Organspende fortan stärker in ihre Arbeit einzubeziehen. Das gilt für Spitalärzte ebenso wie für frei Praktizierende. Wir unterstützen Sie dabei. Nehmen Sie mit uns Kontakt auf!

9. September 2017 – der Europäische Organspendetag in Bern

Erstmals finden der Nationale, der Europäische und der Internationale Tag der

Organspende am selben Datum statt. Die Schweiz ist Gastgeberin für alle drei Anlässe, so wird der Bundesplatz in Bern am 9. September 2017 ganz im Zeichen der Organspende stehen. Mit Konzerten und Infoständen werden Zeichen gesetzt, um das Thema in der Bevölkerung und in der Politik sichtbarer zu machen und besser zu verankern und nicht zuletzt um den Spendern und ihren Familien, die in eine Organspende eingewilligt haben, zu danken. Mehr Infos: www.eodd2017.ch

Dr. med. Franz F. Immer

PD Dr. med. Franz F. Immer ist Facharzt für Herzchirurgie FMH und CEO swisstransplant, franz.immer@swisstransplant.org

Interview mit dem Medizinethiker Prof. Giovanni Maio

«Die Transplantationsmedizin hat sich als Segen für die Menschheit herausgestellt, aber sie löst nicht das Grundproblem!»



Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A., phil.

Synapse: Wann ist ein Mensch aus ethischer Sicht medizinisch tot? Ist der Hirntod nach wie vor das entscheidende Kriterium?

Giovanni Maio: Der Hirntod kann keine neue Definition des Todes liefern, aber er

kann ein Kriterium angeben zur Feststellung des Todes. Dass es allerdings einen phänomenologischen Unterschied gibt zwischen einem Hirntoten und einer Leiche, bereitet vielen Menschen Schwierigkeiten, ja, Unbehagen. Dass bei Hirntoten noch eine Wundheilung stattfindet, dass sie Fieber entwickeln können, dass sie eine Immunabwehr haben, dass bei hirntoten Kindern eine sexuelle Reifung stattfindet und dass hirntote Schwangere ihre Schwangerschaft über Monate aufrechterhalten können, all das wirft die Frage auf, ob diese Phänomene einfach nur als Resultat der künstlichen Beatmung zu deuten sind oder ob sie als Ausdruck einer noch übriggebliebenen

Integrations- und Koordinationsleistung des Organismus selbst zu interpretieren sind. Kurz: Es geht um die Frage, ob diese körperlichen Vorgänge als Ausdruck von Lebendigkeit zu werten sind oder nicht.

Wohlgemerkt geht es hier eben um Deutungsunsicherheiten hinsichtlich der beschriebenen Phänomene. Diese Unsicherheiten gilt es als solche anzuerkennen und sich darüber im Klaren zu sein, dass es hier nicht um Fakten geht, sondern um einen unvermeidbaren sozialen Aushandlungsprozess im Hinblick auf die Frage, wie viel Integrationsleistung erforderlich ist, um noch von einem lebenden Menschen sprechen zu können. Diese Grundfrage lässt sich nicht mit Zahlen beantworten, sondern nur mit Interpretation, und diese Interpretationen sind eben zwangsläufig unterschiedlich, ohne dass man sagen könnte, dass die eine Interpretation richtig und die andere falsch ist. Deswegen sollte man hier respektieren, dass es viele Menschen gibt, die den Hirntod als Todeskriterium für sich nicht akzeptieren können, und diesen Menschen muss

die moralische Freiheit gelassen werden, sich gegen eine Organspende auszusprechen. Zu Ende gedacht müssten aber diese die Annahme eines fremden Organs für sich konsequenterweise ablehnen.

Was bedeutet aus ethischer Sicht eine gerechte Verteilung der Organe bei Organknappheit?

Es ist wichtig, dass die Kriterien der Dringlichkeit und der Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. des Organüberlebens in eine gute Balance gebracht werden.

Welche Rolle spielt die Selbstverschuldung? Hat zum Beispiel aus ethischer Sicht ein Raucher das selbe Recht auf eine Ersatz-Lunge wie ein Nichtraucher?

Wir sollten hier nicht von Selbstverschuldung sprechen; es geht nicht darum, jemandem Schuld zuzusprechen, denn das ist nicht die Aufgabe der Medizin. Im übrigen stellt die Medizin zum Beispiel beim Herzinfarkt bei Workaholics die Frage nach der Schuld weniger offensiv wie bei Suchtpatienten. Der As-