

Grenzen der modernen Medizin Ist weniger mehr?

In der Mitte des Lebens: Organtransplantationen

Prof. Daniel Candinas

daniel.candinas@insel.ch

Ich möchte mich bei den Organisatoren dieses Anlasses für den schönen Titel der heutigen Veranstaltung bedanken. Ich meine damit natürlich nicht die „Organtransplantation“ sondern vielmehr den programmatischen Ansatz, welcher im Titel der heutigen Diskussionsrunde auffällt: *in der Mitte des Lebens*.

In der Mitte des Lebens ist Anlass genug, die Fragilität unserer Existenz zu reflektieren, ein *momentum mori* gewissermassen. Ein Gedenken des Todes, das uns Lebenden in jeder Phase begleitet, aber wohl kaum so viel inneren Widerstand erlebt, wie eben in dieser Spanne des Lebens. Sei es, weil wir die Reise zwar beginnen durften und schon ein ganzes Stück geschafft ist, aber noch kein Ziel erreicht wurde, sei es, weil die Naivität der Kindheit verfliegen ist und die Weisheit und Abgeklärtheit des Alters noch nicht gereift sind.

In der *Divina comedia* beschreibt Dante Aleghieri dieses Dickicht der Gedanken und Möglichkeiten mit den einleitenden Worten: *Nel mezzo del cammin di nostra vita, mi ritrovai per una selva oscura, ché la diritta via era smarrita*. Damit ist mehr gesagt, als ich dies je vermöchte und die Diskussion über den richtigen Weg könnte beginnen.

Um meiner Aufgabe als Referent mit einschlägiger Erfahrung auf dem Gebiet der Organtransplantation doch noch einigermaßen gerecht zu werden, kann ich es natürlich nicht bei einem allgemein bekannten Zitat aus der Weltliteratur bewenden lassen. Bekanntlich ist ja die *Divina comedia* eine Reisebeschreibung durch die 3 Reiche der jenseitigen Welt: **Hölle, Fegefeuer und Paradies**. Die Reise wird von Jenseitsführern geleitet. Folglich lassen Sie mich heute ihr **Diesseitsführer** sein, um gemeinsam einige Stationen der Transplantationsmedizin zu visitieren.

Zunächst möchte ich Ihnen den **heutigen Stand** der Möglichkeiten der Organtransplantation kurz beleuchten. Nach zahlenmässiger Bedeutung geordnet, sind **Transplantationen der Niere, der Leber, der Lunge und des Herzens** heute in bestimmten Situationen bei irreversiblen Schädigungen dieser lebenswichtigen Organe zum Standardverfahren geworden. Weit seltener werden auch kombinierte Transplantationen mehrerer Organsysteme gleichzeitig oder sequentiell, sowie Transplantationen der Bauchspeicheldrüse und des Dünndarms durchgeführt.

Während die **kurz- und mittelfristigen Ergebnisse** heute in der überwiegenden Zahl der Fälle sehr gut sind, hängt die Langzeitprognose der folgenden Jahre bis Jahrzehnte in erster Linie davon ab, ob das zugrunde liegende Leiden, welches ursprünglich zum Versagen des zu ersetzenden Organes geführt hat, wieder kehren kann oder definitiv gebannt ist.

Ich möchte ein Beispiel aus der **Lebertransplantation** aufführen. Während in bestimmten Fällen eine immunologische Erkrankung, welche die eigene Leber zerstört hat, auch die Transplantatleber wieder befallen und angreifen kann, wird eine Lebertransplantation, welche für eine Missbildung der Gallenwege durchgeführt wird, eine definitive Heilung bedeuten.

In der Wahrnehmung von medizinischen Laien sind oftmals die technischen, chirurgischen Herausforderungen und die immunologischen Probleme der Organabstossungen die grössten Gefahren und Hürden, die es bei einer Transplantation zu meistern gilt.

Ersteres ist durch eine schrittweise erfolgte Verbesserung der Methoden und eine Professionalisierung mit hohem Spezialisierungsgrad weitgehend unter Kontrolle. Letzteres ist mit den modernen Medikamenten, welche eine sehr selektive Wirkung auf das Immunsystem haben, in den meisten Fällen ebenso gut beherrschbar. **Ich möchte damit keineswegs die medizinischen und chirurgischen Herausforderungen trivialisieren**, sondern vielmehr darlegen, dass in den letzten 30 Jahren in zahlreichen Belangen eine kontinuierliche Optimierung unterschiedlicher methodischer Details erfolgt ist, die den heutigen Standard definieren.

Erstaunlicherweise ist Vieles einfacher geworden. **Weniger ist mehr**, das andere Motto dieser Veranstaltungsreihe hat sich paradoxerweise gerade bei der Organtransplantation als Erfolgsrezept erwiesen. Dies betrifft einerseits die chirurgischen Techniken, die verfeinert und schonender geworden sind, andererseits auch die Immunsuppression, die in früheren Jahren aus Angst vor Abstossungsreaktionen im Übermass angewandt wurden. Man hat erst später bemerkt, dass auch das Immunsystem sich durchaus intelligent verhalten kann und in bestimmten Situationen sich gar an die Koexistenz mit einem fremden Organ gewöhnen kann.

Wenn Sie mich so sprechen hören, könnte man meinen, Transplantationen seien Spaziergänge im Lustgarten der Trivialität. Dieser Eindruck wäre falsch. Transplantationen sind heute in vielen Fällen sicherer und überschaubarer geworden, als in der Anfangsphase, die im Wesentlichen der kollektiven Lernphase entsprochen hat. Als Teamleistung *par excellence* beläuft sich die Erfahrung der Equipen, die heute in diesem Feld aktiv sind, auf viele hunderte, wenn nicht tausende von Prozeduren, wobei die Erfahrungen und Erfolgsregeln, wie in der Fliegerei kontinuierlich von einer Erfahrungsgeneration zur nächsten übertragen werden. Der Vergleich mit der Fliegerei ist insofern attraktiv, als dass in beiden Fällen, eher die Summe zahlloser Verbesserungen als einzelne grosse Meilenschritte zum Erfolg geführt haben.

Im Gegensatz zu Fliegerei, die immer sicherer wird und auch bei stürmischem Wetter unter Vorbehalt eines kleinen Restrisikos sicher zum Ziel führt, beobachtet man bei der Organtransplantation seit ungefähr 10 Jahren eine Stagnation hinsichtlich der Verbesserung der Langzeitergebnisse. Dieses Phänomen, hängt damit zusammen, dass sich zwar die Behandlungsmöglichkeiten stetig verbessern, dass aber gleichzeitig auch Patientinnen und Patienten mit kritischen Voraussetzungen die Chance für eine Organtransplantation erhalten. Vor nicht allzu langer Zeit hätte man aus medizinischen oder technisch-operativen Gründen gewisse Patienten im Rahmen einer Risikoanalyse für eine Transplantation abgelehnt. Viele **historische Kontraindikationen sind heute relativiert und gehören teilweise zum Standard**.

Ich habe bislang die Gelegenheit ergriffen, vor allem die Sonnenseite, die Errungenschaften und Möglichkeiten der Organtransplantation darstellen. **Von dieser Seite profitieren jährlich einige hundert Mitbürgerinnen und Mitbürger in der Schweiz, und Zehntausende weltweit**.

Als gewissenhafter Diesseitsführer möchte ich ihnen aber nicht das Paradies in Form der Organtransplantation vorgaukeln. Je nach Organsystem und Risikokonstellation der Ausgangslage, überleben rund **10 bis 20% der Patientinnen und Patienten das erste Jahr nach einer Transplantation nicht**. Die Ursachen sind vielfältig und reichen vom Versagen des Transplantates in der frühen Phase, über technische Probleme,

Infektionen, bis hin zu frühen Rezidiven der Grunderkrankung. **Etwas vereinfacht kann man die festhalten, dass die ersten Monate nach einer Transplantation, der kritischen Phase entspricht, in der die Vulnerabilität für diverse Bedrohungen am grössten ist.**

Wie normal das Leben nach einer Transplantation wieder werden kann, hängt oftmals mehr von den Begleiterkrankungen ab, als vom Transplantatorgan. Vor allem jüngere Patienten und **Personen, in der Mitte des Lebens**, geniessen oftmals einen komplett normalen Alltag, ohne nennenswerte Einschränkungen und Gebrechen in voller körperlicher und sozialer Integration in ihre Familien, Beruf und Gesellschaft.

Soweit so gut. Bevor wir einen Blick in den Bezirk werfen, den ich als irdisches Fegefeuer bezeichnen würde, möchte ich noch einen **kurzen Ausflug an den Ausgangspunkt der Reise vorschlagen**. Ich muss dabei allerdings gestehen, dass ich sowohl Ausgangspunkt als Marschhalte recht arbiträr gesetzt habe.

Lassen Sie mich beginnen mit dem **mythologischen Konzept der chimären Wesen**, das wir in Kult- und Kunstdarstellungen bereits aus der vorantiken Zeit kennen. Der eigene Körper wird den scheinbaren Prioritäten und Anforderungen der Zeit angepasst: Löwenkopf, Stierlenden, fischgewordener Unterleib, stellen beliebte Motive mit klaren Vorteilen und Funktionen dar. Solche Modifikationen, aus heutiger Sicht von zweifelhaftem Wert, werden im profanen Utilitarismus der Neuzeit durch **chimäre innere Organe** ersetzt, wobei einer neuen Niere oder einem neuen Herzen in Anbetracht der Konsequenzen bei einem Organversagen durchaus physiologische Vorteile zugesprochen werden können.

In einer ersten Phase, die sich unter anderem auch in Bern zu Zeiten meines Ur-Vorgängers im Amt als Ordinarius für Chirurgie an der Universität Bern, **Theodor Kocher**, abgespielt hat, ging es in erster Linie um die technische Machbarkeit. Kocher selbst hat mit der Transplantation von Schilddrüsenzellen experimentiert, Zeitgenossen in Frankreich, Deutschland, Österreich und Russland haben in diversen Versuchsanlagen die technischen Grundlagen für die Naht von Gefässen gelegt, während die Funktion, geschweige denn die immunologischen Probleme beim Überkreuzen der Individuumsgrenze oder der Artengrenze erst Jahrzehnte später überhaupt erkannt wurden.

Der zweite Weltkrieg brachte viel Brandverletzte, was zu einer ersten systematischen Erforschung des Immunsystems führte, welches bei der Transplantation der Haut von einem Individuum auf ein anderes eine wichtige Rolle spielt. Erst in den 60er Jahren gelang es schliesslich, mit Medikamenten, die aus heutiger Sicht ziemlich überdimensioniert das Immunsystem verändern, erste Nierentransplantationen mit anhaltendem Erfolg durchzuführen.

Die ersten **zwei Nierentransplantationen – und damit der Beginn der modernen Transplantationschirurgie in der Schweiz** – fanden 1963 am Inselspital in Bern statt. Obwohl initial erfolgreich, kam es rasch zum Organversagen, weil man aus heutiger Sicht fundamentale Konstellationen, nicht erkannte.

Bescheiden, wie man hierzulande so oft kommuniziert, wurde erst viel später in einer unbedeutenden Zeitschrift eine kleine Kommunikation zu dieser Episode veröffentlicht. Gut ein Jahr später fand an analoges Ereignis im Kantonsspital Zürich statt, wie die Institution damals noch hiess. Obwohl die Niere in der Aufregung auf dem „Kopf“ stehend, also um 180 Grad verdreht implantiert wurde, wurde das Ereignis medial gross inszeniert und gilt in der Leseart der historisch weniger bewanderten als wirkliche Geburtsstunde der Transplantationschirurgie in der Schweiz. **Wenn Sie hier ein Muster zu erkennen glauben, sind Sie frei dies zu tun, aber ich kann dies unmöglich kommentieren.**

Diese Phase der 60er bis in die 80er Jahre war allerdings die Zündung einer Explosion, die dank systematischer Erforschung zahlloser Details in kleinen Schritten Verbesserungen brachte. Es folgten die Transplantation des Herzens und später der Leber.

Obwohl diese Generation über hervorragende Immunologen verfügt hat, waren es Chirurgen, wie zum Beispiel meine chirurgischen Lehrer und Mentoren, Felix Largiadèr in Zürich und Paul McMaster in England, die mit ungemeinem Durchhaltewillen und einer Vision vor Augen, die Translation vom experimentellen Verfahren in die klinische Routine mitgestaltet haben. Hätte man auf die Theoretiker gewartet, würde man wahrscheinlich noch heute keine Organtransplantationen durchführen.

Sicher ist auch, dass Swiss Medic, hätte dieses Bundesamt damals bereits existiert, keine einzige Transplantation zugelassen hätte, denn von Regulation, Zertifizierung und Homologisation sprach damals keiner – der Zeitgeist war nach vorne gerichtet, zumindest in diesem Bereich.

Ich möchte an dieser Stelle explizit etwas klarstellen, dass in Laienkreisen beim Schwadronieren und Philosophieren gerne übersehen wird. Eine Organtransplantation ist eine mittel- bis langfristige Lösung für das Versagen eines oder selten mehrerer lebenswichtiger Organe. **Eine Transplantation ist aber kein Jungbrunnen, kein Born ewigen Lebens, kein Panazee oder Weg, die Unsterblichkeit zu erlangen.**

Auch wenn mediale Erfolgsmeldungen gelegentlich dieses **Übermenschentum** suggerieren - glauben Sie mir: wir sind heute genau so sterblich wie vor der Ära der Transplantationsmedizin. Einige vielleicht etwas weniger in der Mitte des Lebens, aber an der *conditio humana* ändert die Transplantation nichts. Diese Erkenntnis würde ich, neben der Tatsache, dass die Transplantationsmedizin heute auch Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden ist, als die wichtigste Errungenschaft aus neuerer Zeit bezeichnen.

Ich möchte hier die Zeitreise abbrechen, nicht weil es noch mehr zu sinnieren gäbe, sondern weil mir noch andere Dinge am Herzen liegen.

Eine Organtransplantation von einem Individuum zum anderen erlebe ich trotz der Routine, die heute den Alltag beherrscht, immer noch als eine **Faszination und ein Geschenk**. Die Faszination liegt einerseits im Neuanfang. Es ist wie Neuschnee in einer hässlichen Landschaft, der alles verdeckt und für eine Zeit die Illusion weckt, es gäbe keine Kanten und Ecken, keine Härte, keinen hallenden Lärm, keinen Schmutz und es herrsche ein stimmiges Gesamtbild. Die **Faszination** liegt andererseits auch in der Freude, dass sich eine **Chance** eröffnet und dass man selber und das Team bei dieser **Chance mitgestalten** durfte. Trotz DRGs und administrativem Kleinkrieg – der Aufwand hat sich gelohnt.

Weit wichtiger als die Faszination ist aber das Geschenk, das mit einer Transplantation verbunden ist. So edelmütig und selbstlos dieses Geschenk zwar ist, so vertrackt und in praktischer Konsequenz zwiespältig und kontrovers ist der Bereich, auf den ich nun eingehen möchte. Ich will Sie nicht in die Hölle führen, aber **einen Ausflug ins Fegefeuer kann ich ihnen leider nicht ersparen.**

Das Problem mit diesem Geschenk ist wie bei vielen Geschenken: es hat nicht genug davon und man möchte mehr. In anderen Worten. Das Angebot an verfügbaren Organen für Transplantationen vermag den tatsächlichen Bedarf, den man selbst bei eher konservativer Indikationsstellung in einem industrialisierten Land wie der Schweiz verzeichnet, nicht annähernd zu decken.

Der Organmangel, eben die mangelnde Verfügbarkeit von Spenderorganen bewegt sich, von Organsystem zu Organsystem, etwa im Missverhältnis von 1:3 bis 1:5 – wobei bei dieser statischen Sichtweise die zeitliche Verfügbarkeit und die Folgen langer Wartezeiten auf eine Transplantation, sofern diese überhaupt erlebt wird, nicht

in die Berechnung einfließen. Ich muss ihnen hier leider verkünden, dass die Rate an gespendeten Organen in der Schweiz im europäischen Vergleich gesehen, überdurchschnittlich tief ist. Auf mögliche Gründe komme ich noch zu sprechen.

Der Mensch wäre nicht was er ist, wenn er nicht auch hier eine äusserst grosse Phantasie im Umschiffen oder Lindern dieser Problematik entwickelt hätte.

Die Organspende durch Verstorbene, welche die Kriterien des Hirntodes erfüllen, ist meines Erachtens, trotz der traurigen Umstände, die am besten etablierte und am besten nachvollziehbare Möglichkeit einer Organspende, meist in Form einer Multiorganspende. Ich bin überzeugt, dass die unvermeidbaren Todesfälle, die zu einer Organspende im Hirntod führen, den Bedarf an Spenderorganen für unsere Bevölkerung in genügendem Masse decken würden, sofern es in 75% aller möglichen Fälle zu einer Spende kommen würde.

Ich möchte Ihnen an dieser Stelle das Konzept des Hirntodes kurz erläutern. Wesentlich scheint mir das Verständnis, dass der Tod dann als sicher gilt, wenn ein irreversibler Prozess einsetzt, der in letzter Konsequenz zur vollständigen Auflösung eines Körpers führt. Man kann folglich den Zerfall eines funktionierenden Organismus als einen Prozess verstehen, der von einem bestimmten Ereignis, das irreversibel ist, getriggert wird. In der freien Natur, ist die Abfolge dieser Ereignisse sehr kurz gestaffelt.

Wenn zum Beispiel infolge einer Hirnblutung nach Schlafanfall oder Unfall das Gehirn so stark anschwillt, dass der Druck im Schädelinnern höher ist als der arterielle Blutdruck, wird das Gehirn wegen der fehlenden Blutversorgung irreversibel zerstört. Herz und Atemreiz können noch wenige Sekunden bis Minuten Zeichen einer unkoordinierten Restaktivität zeigen, aber der Tod hat mit der Zerstörung des Gehirns eingesetzt.

Wenn nun diese irreversible Schädigung des Gehirns bei einem Patienten stattfindet, der auf einer Intensivstation mittels künstlicher Beatmung Sauerstoff erhält und dessen Kreislauf mit Medikamenten stabilisiert wird, ist zwar mit dem Hirntod der Tod des Gesamtorganismus eingeleitet, aber die Organe ausserhalb des Schädels bleiben durchblutet, solange dieser künstliche Zustand aufrecht gehalten werden kann. Dies ist nur für einige Stunden bis wenige Tage möglich und die Zeit kann genutzt werden, um durch Spezialisten, die vom Transplantationsteam unabhängig sind, die strengen Kriterien der Hirntodesdiagnostik zu überprüfen.

Der Aufwand, einen hirntoten Verstorbenen zu betreuen und die Hirntodesdiagnostik durchzuführen ist gross und die Logistik im Falle einer Organentnahme, ist nicht minder aufwändig und anspruchsvoll. Die allergrösste Bürde aber lastet auf den Angehörigen und dem Team einer Intensivstation, das bis vor Kurzem alles getan hat, um einen nun Hirntoten zu heilen. Diverse sehr ausgefeilte Schulungsprogramme und Massnahmen sind auch in der Schweiz implementiert worden, um diese Last etwas zu mildern. Nicht mildern lässt sich aber die Trauer der Angehörigen, die in einer schwierigen Situation, nicht nur mit einer Todesnachricht umgehen müssen, sondern auch noch über eine Organspende entscheiden müssen. Es ist verständlich, dass man dieser Situation gerne aus dem Weg geht, aber sinnvoll ist es nicht.

Ein Organspenderausweis ist in dieser Situation insofern hilfreich, als dass damit eine Patientenverfügung vorliegt, die einen klaren Willen des Verstorbenen festhält. Eine Verpflichtung zur Organspende daraus abzuleiten, ist aber weder möglich noch sinnvoll. Ich bin der festen Überzeugung, dass es nicht der mangelnde Wille der Angehörigen oder unserer Bevölkerung ist, dass die Schweiz zu einem europäischen Schlusslicht im Spenderaufkommen macht. Ich komme darauf zurück, möchte aber noch vorher die anderen Möglichkeiten einer Organspende kurz erläutern.

Die Spende durch einen frisch Verstorbenen, dessen Herzaktivität ausgesetzt hat, ist vom Konzept her gewiss gut verständlich, weil der fehlende Kreislauf auch das Gehirn und andere sehr sauerstoffempfindliche Organe sehr rasch irreversibel schädigen. Unter bestimmten Umständen kann man solchen Verstorbenen unter Einsatz bestimmter Hilfsmittel innerhalb eines sehr begrenzten Zeitfensters aber die Nieren und in gewissen Fällen gar die Leber für eine Transplantation entnehmen. Die Herausforderungen an Logistik und die Belastung aller Beteiligten ist aber ebenso beträchtlich und komplex wie im Falle der Spende im Hirntot. Das Verfahren bei sogenanntem – non heart-beating donor – war in den 60er und 70er Jahren die am Meisten verbreitete Form der Organspende und ist erst vor wenigen Jahren wieder eingeführt worden, um die Auswirkungen des Organmangels etwas zu mildern. Mit dieser Methode müssen aber m.E. beträchtliche Kompromisse eingegangen werden, die das grundsätzliche Problem nicht lösen werden. Gewiss ist es besser, über einige Tropfen Wasser in der Wüste zur Verfügung zu verfügen, aber man pflanzt damit in der Sahara keinen Palmenhain.

Die **Lebendspende** einer Niere oder eines Teils der Leber ist schliesslich eine Form der Organspende, die ich heute nicht in allen Schattierungen ausleuchten möchte, die aber je nach Land und Umständen, einen bedeutenden Teil der Herkunft der transplantierten Organe ausmacht. Auch unter der Voraussetzung der Freiwilligkeit und der medizinischen Vertretbarkeit hinsichtlich der Risiken für die Spenderin oder den Spender, ist die Lebendspende eines Organs die einzige Situation in der Medizin, in der eine gesunde Person im Interesse einer anderen Person einem nicht unerheblicher Eingriff, verbunden mit allen Risiken und möglichen Konsequenzen ausgesetzt wird.

Nach dieser Übersicht zu den Möglichkeiten einer Organspende stellt sich die Frage, warum die Spenderraten von Land zu Land derart variieren und warum die Schweiz im hinteren Feld Europas stecken bleibt. Was ich nun sage, entspricht meiner persönlichen Beurteilung und Analyse, Sie mögen es gerne anders sehen, wir brauchen uns deswegen nicht zu zanken. Es gibt für mich 3 Gründe, die sich in unheilvoller Weise miteinander verbinden.

1. Die Schweizer Leitkultur ist, man möge mir verzeihen, durch die wirtschaftlich und kulturell prägenden protestantischen Kantone dominiert. In ganz Europa zeigt sich, dass Gesellschaften mit ehemals katholischer Leitkultur höhere Spenderraten aufweisen, als solche, die auf einer protestantisch-calvinistischen Leitkultur aufbauen. Ich denke, dies hat etwas mit Individualität, Gemeinschaftsgefühl, man kann sagen: Sippendenken und Zentralismus zu tun.

Ein anderes Beispiel, wie sehr die Leitkultur das Spendeverhalten einer Bevölkerung bestimmt, ist die Situation in Japan. Obwohl die meisten Japaner heute nicht sehr religiös leben, ist der Totenkult traditionell im Shintoismus verhaftet geblieben. In diesem Kult ist eine Organspende durch einen Verstorbenen undenkbar. In der Folge werden fast alle Organtransplante in Japan durch Lebendspender geschenkt. Für die Lebertransplantation haben die Japaner wahre Hochseilakte entwickelt, um selbst unter schwierigsten Umständen doch noch eine Leberlebendspende durchführen zu können.

2. Die Schweiz ist – mit Ausnahme des Transplantationsgesetzes, maximal unzentralistisch und föderal organisiert. Dies führt zu einem sehr teuren, hinsichtlich Effizienz nicht sehr gut performierenden Gesundheitssystem, in dem es schwierig ist, die Spitäler und Ärzte in ihrer Verantwortung zu stärken. Meines Erachtens sind engagierte Teams – Pflegende noch mehr als Ärzte -

auf den Intensivstationen die wichtigsten Botschafter für die Organspende. Beispiele in der sehr unterschiedlichen Spenderrate innerhalb der Regionen der Schweiz und selbst unter den Universitätsspitalern zeigen, wie wichtig die persönliche Motivation der Akteure in diesem Bereich ist.

Es ist festzuhalten, dass die überwiegende Zahl der Organspender von ganz wenigen Spitälern identifiziert werden, während die grosse Masse der Spitäler kein Engagement zeigt. Interessanterweise wurde noch nie eine Organspende aus einem Privatspital gemeldet, obwohl dort regelmässig potenzielle Organspender versterben.

3. Das Schweizerische Transplantationsgesetz ist ein Meisterwerk hinsichtlich der Regulierungsdichte, Anzahl Artikel, Vorschriften und Einschränkungen des gesunden Menschenverstandes. Das Schweizer Gesetz baut auf dem Deutschen Gesetz auf, übertrifft dieses aber noch an fundamentaler Gründlichkeit. Gut gemeint, weil in erster Linie durch Kreise gestaltet, die der Medizin gegenüber viel Misstrauen entgegenbringen, haben es dieses voluminöse Werk und die noch voluminösere Verordnung geschafft, eine enorme Bürokratie aufzubauen, die in keiner Art und Weise zielführend ist.

Im Vergleich dazu hat Österreich, das mehr als doppelt so viele Spender pro Million Einwohner rekrutiert, ein Gesetz, das ein paar wenige Grundsätze festhält und das auf wenigen Seiten Platz hat.

Neben der Regulierungswut, haben das Gesetz und die Umsetzungsverordnung ein paar grundsätzliche Konstruktionsfehler.

Die Allokation, die Zuordnung der Organe, basiert auf dem Prinzip, dass Gleichheit höher als medizinischer Nutzen zu werten ist. Daraus folgt ein recht arbiträres und starres Punktesystem mit nationaler Warteliste. Die Verteilung wird peinlich genau reglementiert, wer auf die Liste kommt, ob sinnvoll oder nicht, bleibt den Zentren überlassen, die sich nach freier Wahl konkurrenzieren können und systematisch gegeneinander ausgespielt werden.

Punktesysteme korrelieren bestenfalls mit der Sterblichkeit auf der Warteliste, nicht aber mit der Sterblichkeit und den Erfolgchancen einer Transplantation. Punktesysteme sind in den USA entwickelt worden, um missbräuchliche Allokationen zu vermeiden, was aber wie das Beispiel Deutschlands zeigt, gerade letzteres provozieren kann.

Das Allokationssystem übersieht auch komplett, dass viele Organe, die wir heute transplantieren müssen, von mangelhafter Qualität sind. Gerade bei der Lebertransplantation kann ein angeschlagenes Organ bei einem eher frühzeitig operierten Patienten gut funktionieren und wird sich erholen, während ein sehr kranker Empfänger mit dem gleichen Organ nicht überleben würde. Diese triviale medizinische Tatsache wird im heutigen Allokationssystem völlig ausgeblendet. Dafür empfinden es Funktionäre und Experten fern ab vom Schuss als gerecht, wohl auch die Mehrheit der Parlamentarier.

Fatal an der nationalen Zuordnung ist weiter, dass die Zentren den Anreiz für ein aktives Engagement im Spendewesen verlieren können – **cuius regio, eius religio** ist ein Prinzip, das in unseren Breitengraden gut funktioniert hat. Systeme mit regionalen Prioritäten und Verantwortung würden dem Aufbau des Schweizer Gesundheitswesens viel eher entsprechen – selbstverständlich kennen alle regionalen Allokationssysteme auch Austauschregeln für dringende

Fälle. Das Beispiel Österreich zeigt wiederum, wie sinnvoll es ist, über Regionen Verantwortung und Erfolg zu koppeln.

Es gibt einen letzten Punkt am Gesetz, den ich explizit erwähnen möchte. Der Gesetzgeber hat sich ausdrücklich auf den Standpunkt gesetzt, dass der Staat nicht dazu da sei, die Organspende zu fördern. Nach langem Zögern und Zaudern, haben sich die etwas pragmatischer denkenden Kräfte nun in dem Sinne durchgesetzt, dass der Bund immerhin eine Kampagne unterhält, welche die Bevölkerung aufruft, sich aktiv Gedanken über eine Organspende im Falle der Fälle zu machen. Dies ist zwar ein wichtiger Schritt, aber wird m.E. den Organmangel in der Schweiz nicht nachhaltig beheben.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich bedauere es nun fast, dass ich Sie mit diesen uneleganten und nicht sehr erhellenden Fakten belästigen musste. Aber wäre es Ihnen lieber gewesen, ich hätte Ihnen diese Facetten nicht erwähnt? Ja es kommt noch schlimmer, ich werde namentlich mit einer Forderung mein Referat beenden. Schenken Sie mir noch 2 Minuten, dann kehren wir aus dem Purgatorium in diesen kalten Januarmorgen zurück.

Meine Kritik am Transplantationsgesetz trifft im Grunde genommen die Falschen – denn es sind nicht die „bösen“ Beamten in den entsprechenden Ämtern. Deren Gestaltungsfreiheit ist bekanntlich limitiert. Meine Erachtens bräuchten wir ein komplett neu überdachtes Transplantationsgesetz. Dieses sollte vor allem von praktischen Überlegungen ausgehen, weniger das Kind mit dem Bad ausschütten und die Verantwortung der Zentren und Akteure stärken, ohne sie gegeneinander auszuspielen. Die Patientinnen und Patienten müssten als Individuen wieder im Zentrum stehen und man müsste davon abkommen, dass alle gleich sind und gleich zu machen sind. Transplantate sind nicht Coca Cola Flaschen, Patienten lassen sich nicht wie Schuhnummern angemessen beurteilen. Und vor allem sollte sich das Gesetz aktiv für eine Förderung der Organspende in der Schweiz aussprechen. Alles andere ist meines Erachtens ein unfaire Verschiebung der Auswirkungen des Spendermangels auf die leidenden Patienten und übt in unstatthafter, ja geradezu scheinheiliger Weise Druck auf diejenigen aus, deren Aufgabe es ist, sich im Alltag um Patientinnen und Patienten kümmern zu dürfen, denen mit einer zeitgerechten Organtransplantation geholfen werden könnte.

Ich versichere Ihnen, dass ich und mein Team am Inselspital diese Aufgabe immer als Privileg empfinden und unsere Bemühungen nicht aufgeben werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die nachfolgende Diskussion.