

Risiken einer Lebendspende

Die Aufklärung der Lebendspender bezüglich der Risiken der Lebendorganspende ist kaum möglich.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben gemeinsam mit der DSO als Koordinierungsstelle durch Vertrag die Aufgaben der Koordinierungsstelle geregelt. Der Vertrag schreibt vor, dass die DSO als Koordinierungsstelle jährlich zum 30.04. einen Tätigkeitsbericht der Transplantationszentren veröffentlicht (§ 6).

Bezüglich der Lebendspender muss der Bericht „die Nachbetreuung der Lebendspender und die Dokumentation ihrer durch die Organspende bedingten gesundheitlichen Risiken“ enthalten, sowie die „durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung.“

Die Bundesärztekammer hat eine Richtlinie zur Qualitätssicherung verfasst und laut Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 20. April 2001 sind alle Transplantationszentren dazu verpflichtet, an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teilzunehmen.

Die Nichtteilnahme an der Qualitätssicherung kann Rechtsfolgen nach sich ziehen und die wiederholte unvollständige oder mangelhafte Datenlieferung kann sogar eine Begehung zur Folge haben.

Nun ist es so, dass kein Bericht der DSO solche Daten enthält. Ich fragte bei der DSO nach, welcher Grund vorliegt, dass die DSO die Komplikations- und Todesraten der Spender entgegen der Vereinbarung nicht veröffentlicht.

Hier ein Auszug aus der Antwort der DSO vom 15.05.2003:

„Sehr geehrter Herr Rotondo,

[...]

Die Bundesärztekammer hat zu diesem Thema eine Richtlinie erlassen, eine konkrete Umsetzung ist jedoch bisher nicht erfolgt. Weder durch das Transplantationsgesetz noch durch den Koordinierungsstellenvertrag hat die DSO das Mandat, von sich aus die externe Qualitätssicherung für die Transplantationszentren durchzuführen.“ [...]

„Der DSO liegen keine Daten über Komplikationsraten für die Lebendorganspende vor.“ [...]

„Der DSO liegen keine Daten über Todesraten für die Lebendorganspende vor.“ [...]

„Es handelt sich hierbei um Daten der Transplantationszentren, auf die prinzipiell niemand Zugriff hat. In anonymisierter und aggregierter Form kann eine Qualitätssicherungsinstitution, z. B. das Bundeskuratorium Qualitätssicherung (BQS) derartige Daten auswerten, was z.Zt. jedoch nicht geschieht.“ [...]

Hier dennoch eine Aufzählung möglicher Risiken und Auswirkungen für den "Lebendspender":

Berichtet wird über Blutungen, die sofort nach der Entnahme auftreten können,

Infektionen und Lungenembolien, chronische Infektionen der Harnwege (1,9- 16%), Hernien (3,6%), Obstruktionen der Eingeweide. 7,6% bis 11,4 % der Patienten berichten über lokale Wundschmerzen zwischen 1 und 19 Jahren. 11% (Italien) bzw. 25% (Australien) der Spender berichten über Depressionen nach der Organspende.

Es kann zur Proteinurie (30-40%) und lokaler Glomerulosklerose kommen, also zur Schädigung der verbleibenden Niere. Unterschiedliche Angaben gibt es zur Hypertension. Das Risiko beträgt zwischen 2,4 und 45% nach Angaben verschiedener Autoren und Untersuchungen. Außerdem kann eine engere genetische Verwandtschaft zwischen den Spendern das Risiko erhöhen, daß der Spender die gleiche Nierenerkrankung bekommt wie der Empfänger.^{1 2}

Natürlich darf nicht vergessen werden, daß die Organspende von Teilen des eigenen Körpers sich nicht allein auf das medizinische Risiko des Spenders beschränkt.

Es gibt psychische und soziale Komplikationen schon im Vorfeld der "Lebendspende" und im postoperativen Verlauf des interpersonellen Austausches von Körperteilen. Die potentiellen Spender - besonders Personen, die eine enge Beziehung zu Empfänger haben oder abhängig von ihm sind (Kinder) - geraten unter Druck. Auch eventuell negative Konsequenzen müssen mitgetragen werden.

Was geschieht, wenn es Meinungsverschiedenheiten

untereinander gibt?

Wer darf spenden? Es wurde schon von Konkurrenzkämpfen berichtet.³

Was geschieht, wenn das Transplantat abgestoßen wird?
Schuldgefühle können entstehen.

Was, wenn man verlassen wird, nachdem man ein Organ oder -teile gespendet hat?

In dem Buch von G. Feuerstein, Das Transplantationsystem (Juventa 1995), sind die Auswirkungen der Lebendspende für den Empfänger und dem Spender ausführlich beschrieben.

Vom Kauf einer Niere im Ausland rate ich ab, da dieser illegal ist und erhebliche Risiken beinhaltet. Einige Beispiele (Auszug aus einem Vortrag von mir):

Gesundheitliche Auswirkungen für die Empfänger

Es gibt unterschiedliche Berichte über die möglichen Folgeschäden oder Komplikationen nach einer Organtransplantation in Indien.

DAUL u.a. aus der Uni-Klinik Essen berichten über eigene Patienten, die in Indien sich Organe kauften, daß 2 starben. Weiterhin berichten sie in ihrem Artikel über schwerste Wund- und Harnwegsinfektionen, Ureterfisteln, Harnleiterstenosen, Stenosen der Transplantatarterie, Nierenvenenthrombosen, Hepatitis B und C, Malaria, Tuberkulose, Mucor-Infektion, Pneumonien, Cytomegalie- und Herpes-zoster-Virusinfektionen und Durchblutungsstörungen, die zu Beinamputationen führen können.

DAUL u.a. gaben Untersuchungen von 1989 an, nach denen in Poona der Anteil der HIV-positiven Blutspender bis zu 78% betrug. Das Risiko einer HIV-Infektion, die nach einer erfolgreichen Organimplantation in Indien auftreten könnte, ist demnach sehr hoch (siehe unten).

Häufig kommt es zu postoperativen Komplikationen, weil die präoperativen

Untersuchungen mangelhaft sind. Neben den Infektionen sind die „technischen

Unzulänglichkeiten die wichtigsten medizinischen Probleme der kommerziellen Transplantation in der Dritten Welt.“

Demnach sollen die chirurgischen Fähigkeiten der Ärzte mangelhaft sein und darüber hinaus sind bei den Armen des Landes schwere Erkrankungen die Folge oder Ursache ihrer Armut. Aus diesem Grund sollen in Madras 75% der Spendewilligen, die eine Niere zum Kauf anbieten, von Chirurgen abgelehnt werden.

Für die hohe Rate an Infektionen geben die Autoren noch weitere Gründe an.

Schwere Infektionen werden auch dadurch verursacht, daß „in der Regel zu starke Immunsuppression“ gegeben wird. Wenn diese dann nicht sofort zum Tode führen, lassen sie den Rücktransport in die Heimat zu, wo dann die kostenintensive Therapie anfällt.

Außerdem wird darauf hingewiesen, daß 10-19% der Patienten nach kommerziellen Transplantationen innerhalb eines Jahres versterben. Nach einer Leichennieren

Transplantation beträgt die Ein-Jahres-Mortalität in Europa 1-2%. Von den

indischen Patienten, die in Madras transplantiert wurden versterben in den

ersten 6 Monaten 6-8%. Die Mediziner aus Essen

schlußfolgern daraus, daß die

ausländischen „Kunden“ deutlich schlechter behandelt werden als indische

Patienten.⁴

Von 81 Patienten aus Saudi-Arabien bekamen 57% Bluttransfusionen und 7,6% waren sich nicht sicher, ob sie Bluttransfusionen bekamen. Von 45 Patienten, die Blut bekamen, erkrankten 10,7% (3) an HIV-Infektion. Gleichwohl hat die Anzahl der Patienten aus Saudi-Arabien, die nach Indien reisen zugenommen. In dieser Arbeit berichten die Autoren auch über die Gefühle der Patienten gegenüber ihrem Spender, dem Krankenhaus, den Ärzten und dem Vermittler. 20% der Patienten hatte Angstgefühle gegenüber dem Vermittler und/oder keinen Respekt vor ihm. 4% der Empfänger erhielten keine medizinischen Berichte, als sie entlassen wurden, was dahingehend interpretiert wurde, daß auch wenn die Chirurgen kompetent operieren können, fehlt es an „essentiellen Fähigkeiten der modernen klinischen Praktik, wie Kommunikation mit dem Patienten, Patientenschulung, und dem Überliefern detaillierter medizinischer Berichte, an die eventuelle nachsorgenden Einrichtungen, der transplantierten Patienten.“⁵

ABUNA u.a. berichten von 122 Patienten, die aus Kuwait stammten. Die medizinischen Ergebnisse ließen seiner Ansicht nach zu wünschen übrig. In den ersten 6 Monaten starben 15% der Patienten (11) und 30% der Transplantate (28) gingen aufgrund von Komplikationen „verloren“, die - so ABUNA - heute vermeidbar wären. Weitere 21% (15) konnten nur durch intensive Anstrengungen vor dem Tod gerettet werden.

Weiter berichtet ABUNA von Hepatitis-, Malaria-, Tuberkulose- und HIV-Infektionen. Vier Patienten aus Kuwait und weitere 24 aus dem Arabischen Golf infizierten sich mit dem HIV-Virus und 40% von diesen Patienten starben an „acquired immunodeficiency syndrome“ (AIDS).⁶ Die Entscheidung in eine Organtransplantation im Ausland bezeichnen die Autoren (ABUNA) gleichfalls nicht als „freie“ Entscheidung, da die Organspende nach dem „Tod“ im eigenen Land nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung steht. Sie sind schlecht informiert über die Praktiken/Verfahrensweisen im Ausland und sind schon gar nicht frei über den Preis zu bestimmen. In Kuwait ist z.B. durch ein Gesetz der Organhandel, das Kaufen und Verkaufen, verboten, aber die Regierung erlaubt die Veröffentlichung der HIV-Infektionen nach dem Kauf von Organen im Ausland nicht, aus Angst davor, daß dies andere Patienten vom Kauf eines Organ im Ausland abhält. Die Philosophie der Transplantationszentren ist klar: Wenn die Bezahlung erfolgt ist, muß der Patient so schnell wie möglich entlassen werden, um die Kosten zu senken und den Profit zu maximieren.

Darüber hinaus wird darüber berichtet, daß es bei den Angehörigen zu Problemen gekommen ist, wenn ein Organ gekauft wurde. Schuldgefühle und das Gefühl der Reue entsteht und dies besonders, wenn der Empfänger verstarb.⁷

Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

Nach einer DPA-Meldung vom 27.10.1993 hat die DAK sich geweigert, einem Autohändler den Kauf einer Niere in Bombay (35 000 US-Dollar) zu bezahlen. Das Sozialgericht Lüneburg wies die Klage (Aktenzeichen: S 9 Kr 19/93) des Kaufmanns mit der Begründung ab, daß die Kasse aus „ethisch-moralischen Gründen“ die Zahlung verweigern dürfe, da die „Lebendspende auf Kosten der Armen ginge und ein Organhandel dadurch begünstigt werde.“⁸ Zum Zeitpunkt einer Veröffentlichung von DAUL u.a. aus der Uni-Klinik

Essen (1996) lag eine Weigerung deutscher Krankenkassen vor, anfallende Kosten zu übernehmen.⁹ Demgegenüber hat eine private Krankenkasse die „Kosten für den Trip nach Bombay ... zum größten Teil“ für R. Weber erstattet, der sich im Januar 1994 eine Niere für 27 000 DM kaufte.¹⁰

Fußnoten:

1. Michielsen, P. Medical Risk and Benefit in Renal Donors: The Use of Living Donation Reconsidered. Vergl.: Bonomini, V. Medical Risk and Benefit in Renal Donors: The Use of Living Donation Is Justified. In: Land, W. & Dossetor, J. B. Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce. Springer 1991, S. 32 ff.
2. A. Lindeke, D. Fahlenkamp, J.H. Ehrich, H.H. Neumayer, S.A. Loening. Erfahrungen mit der Lebendspende-Nierentransplantation an der Charité. Webmaster der Urologie. Klinik für Urologie. Veröffentlicht: Juli 1997
3. Feuerstein, G. Das Transplantationsystem. Juventa 1995, S. 206
4. Daul, A.E. u.a. Kommerzielle Nierentransplantation in der „Dritten Welt“. Dtsch. med. Wochenschrift 121 (1996), 1341-1344.
5. Qunibi, W. u.a. Attitudes of commercial renal transplant recipients toward renal transplantation in India. Clinical Transplantation 1995; 9: 317-321.
6. Abuna, G. M. Sabawi, M. M., Kumar, M.S.A., and Samhan, M. Commercialism and Rewarded Gifting. The Negative Impact of Paid Organ Donation. In: Land, W. & Dossetor, J. B. Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce. Springer 1991, S. 165.
7. Ebd., S. 164 ff.
8. Quelle: DPA am 27.10.1993. Medizin/Urteile: Krankenkasse muß nicht für die Spenderniere bezahlen. Bas397 3 vm 343 vvvvb dpab0427.

Dpa kt/ek pi nr 271532

Okt 93

9. Daul, A.E. u.a. Kommerzielle Nierentransplantation in der „Dritten Welt“.

Dtsch. med. Wochenschrift 121 (1996), 1344. Vergl. Schreiber, und Holznagel.

Unkorrigiertes Exemplar des Protokolls. 13. Wahlperiode. Ausschuß für

Gesundheit. 67. Sitzung am Mittwoch, dem 09.10.1996, S. 47.

10. Das Sonntagsblatt. Ich habe ihn mit Geld gelockt. Nr. 44, 3.11.1995, S.3.

Ich hoffe, daß ich Ihnen weiterhelfen konnte.

Mit freundlichen Grüßen,

Roberto Rotondo