

Hans-Ludwig Schreiber
Axel Haverich

Richtlinien für die Warteliste und für die Organvermittlung

I.

Die Anzahl übertragbarer Organe von Verstorbenen ist begrenzt und deckt nicht den heutigen Bedarf an Organtransplantaten. Das Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 versucht daher in besonderer Weise, eine möglichst gerechte Verteilung dieser Organe zu erreichen.

Für die Vermittlung der bei toten Organspendern entnommenen Organe an geeignete Empfänger bestimmt das Transplantationsgesetz, dass sie anhand von Wartelisten durch eine Vermittlungsstelle nach Regeln erfolgt, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit (§ 12 Absatz 3 Transplantationsgesetz [TPG]). Der behandelnde Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Übertragung vorgenommen werden soll (§ 13 Absatz 3 TPG).

Die Transplantationszentren haben zur Vorbereitung der Organverteilung Wartelisten der zur Transplantation angenommenen Patienten zu führen und unverzüglich über die Aufnahme eines Patienten zur Organübertragung und eine Aufnahme in die Warteliste zu entscheiden.

Diese Aufnahme in die Warteliste ist danach keine bloße unverbindliche Vormerkung, sondern nach dem Transplantationsgesetz ein formeller Akt und notwendige Bedingung für die Vermittlung eines Organs. Sie erfolgt nicht nach Belieben des Transplantationszentrums. Die Aufnahmeentscheidung, die den Patienten zur Transplantation zulässt oder ihm den Weg dafür verschließt, erfolgt vielmehr anhand bestimmter vorgegebener Kriterien. Sie richtet sich, wie die spätere Vermittlung eines Organs, nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der Medizin entsprechen,

insbesondere – wie das Gesetz formuliert (§ 10 Absatz 2 Nr. 1 und 2 TPG) – nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Transplantation.

Die von den deutschen Transplantationszentren geführten Wartelisten sind von der Vermittlungsstelle als eine einheitliche Warteliste für jedes Organ zu behandeln. Diese Warteliste ist für die Vermittlungsstelle verbindlich, anhand der eingangs schon genannten Kriterien hat die Vermittlungsstelle bei ihren Entscheidungen von ihr auszugehen. Alle Patienten auf den Wartelisten sind dabei gleich zu behandeln.

II.

Näheres über die Regeln für die Aufnahme in die Warteliste und für die Vermittlungsentscheidung enthält das Transplantationsgesetz über die genannten allgemeinen Kriterien hinaus nicht. Es hat vielmehr der Bundesärztekammer in seinem § 16 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 5 die Aufgabe übertragen, für die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste und für die Organvermittlung den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften in Richtlinien festzustellen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat nach Vorbereitung durch ihre unter Berücksichtigung von § 16 Absatz 2 zusammengesetzte ständige Kommission Organtransplantation am 13. November 1999 Richtlinien für Wartelisten und für die Organvermittlung beschlossen. Dabei hat die Ärztekammer drei Richtlinien für Wartelisten und zwar je eine zur Nieren- und Nieren-Pankreas-Transplantation, zur Lebertransplantation sowie zur Herz-, Herz-Lungen- und Lungen-Transplantation aufgestellt. Für die Organvermittlung sind es fünf Richtlinien, und zwar je eine für die Nierentransplantation, die Lebertransplantation, die Herztransplantation, die Herz-Lungen-Transplantation, die Lungen- und die Pankreas-Transplantation.

III.

Als Gründe für die Aufnahme in die Warteliste werden jeweils Indikationen für die Transplantation genannt. Bei der Niere ist es das nicht rückbildungsfähige, terminale Nierenversagen, das zur Erhaltung des Lebens eine Dialysebehandlung erforderlich macht oder in Kürze erforderlich machen wird. Bei der Leber werden unter anderem Leberzirrhosen, cholestatische Lebererkrankungen, genetische und metabolische Erkrankungen sowie akutes Leberversagen und bösartige Lebertumoren genannt.

Als Indikation für eine Herztransplantation wird das terminale Herzversagen angeführt, das anhand bestimmter Stadien der Herzinsuffizienz und im Einzelnen genannter Befunde bestimmt wird. Besondere Indikationen gelten für die Herz-Lungen-Transplantation. Alle Patienten auf der Warteliste sind in regelmäßigen Abständen auf ihre Transplantationseignung und -notwendigkeit zu überprüfen.

Als Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste werden Krankheiten angeführt, die einen Transplantationserfolg kurz- oder längerfristig gefährden, so unter anderem nicht kurativ behandelte bösartige Erkrankungen, klinisch manifeste Infektionserkrankungen, HIV-Infektionen, schwerwiegende Erkrankungen anderer Organe. Beim Herzen sind es unter anderem ferner eine akute Lungenembolie, fortgeschrittene irreversible Nieren- oder Leberinsuffizienz, bestehender schwerer Nikotin-, Alkohol- oder sonstiger Drogen-Abusus, unzureichende Compliance.

Bei der Beurteilung der Kontraindikationen soll stets der körperliche und seelische Gesamtzustand eines Patienten gewürdigt und eingeschätzt werden. Die Abschätzung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Kriterien „Notwendigkeit und Erfolgsaussicht“ kann dabei im Einzelfall außerordentlich schwer sein, beide Charakteristika sind bei vielen Kranken mit termina-

lem Organversagen diskrepant. So weisen viele Betroffene mit einem hohen Grad der Notwendigkeit eine ausgesprochen schlechte Prognose nach Transplantation auf und umgekehrt. Dieser Sachverhalt weist auf den auch mit Wirksamwerden dieser Richtlinien hohen Grad der ärztlichen Verantwortung bei der Entscheidung zur Aufnahme auf die Warteliste hin.

Mit der Aufnahme von „Nikotin-, Alkohol- oder sonstiger Drogen-Abusus“ als derzeitige Kontraindikationen wird aber auch die Verantwortung des potenziellen Organempfängers für einen möglichst langfristigen Transplantationserfolg verdeutlicht. Diese vermeidbaren gesundheitlichen Risikofaktoren sollen daher vor Aufnahme auf die Warteliste abgestellt sein. Die Verantwortung gilt selbstverständlich auch für die Zuverlässigkeit bei der Einhaltung von Behandlungsrichtlinien, Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme (Compliance).

Weil der längerfristige Transplantationserfolg einschneidend geschmälert wird, gelten lebensbedrohliche und nicht behandelbare Malignome international als Kontraindikation zur Transplantation. Derzeit gilt auch eine HIV-Infektion als Kontraindikation, da nach internationaler Literatur eine negative Beeinflussung des Krankheitsverlaufes unter der notwendigen Immunsuppression nach Organtransplantation zu erwarten ist. Für alle Transplantationen heißt es jedoch am Schluss der Richtlinien, dass diese nicht als starre Festlegung zu sehen sind, sondern nach Beratung durch eine Ethikkommission klinische Studien möglich sind, um den Fortschritt der Transplantationsmedizin zu fördern.

IV.

Um den im Gesetz genannten Allokationskriterien zu genügen, werden sowohl Erfolgsaussicht als auch Dringlichkeit bei den Regeln zur Organvermittlung anteilmäßig berücksichtigt. Auch für diese Kriterien gilt, dass sich im Einzelfall diametrale Gegensätze ergeben können. Für die Vermittlung werden daher indizielle Kriterien in Prozentsätzen genannt, um ein ausgewogenes Verhältnis an Transplantationen bei wenig dringlichem Zustand und

großer Erfolgsaussicht und den besonders dringlichen Indikationen mit häufig jedoch schlechter Prognose nach Transplantation zu gewährleisten. Hinzu kommt die hohe Dringlichkeit für Einzelfälle, in denen eine lebensbedrohliche Situation vorliegt. Grundlegende Voraussetzung ist für alle Organe die Blutgruppenkompatibilität.

Bei der Niere wird der Grad der Übereinstimmung der HLA-Merkmale mit bis zu 40 Prozent gewichtet. Die Mismatch-Wahrscheinlichkeit, das heißt die anhand der Verteilung der HLA-Merkmale in der Bevölkerung errechnete Wahrscheinlichkeit ein weitgehend in den HLA-Merkmalen übereinstimmendes Organ zu bekommen, wird auf zehn Prozent in Ansatz gebracht. Die HLA-Übereinstimmung lässt einen längerfristigen Transplantationserfolg erwarten.

Indiz für die steigende Dringlichkeit ist die Wartezeit. Sie beginnt bereits mit dem ersten Tag der Nierersatztherapie und wird bis zu sechs Jahren mit 30 Prozent bewertet. Mit 20 Prozent wird die Ischämiezeit in Ansatz gebracht. Die Konservierungszeit bis zur Implantation soll wegen der bei möglicher Kürze besseren Erfolge mit diesem Faktor zur Geltung kommen, wenn die Organübertragung in der gleichen der für die Organentnahme gebildeten Regionen erfolgen kann. In Einzelfällen, in denen eine lebensbedrohliche Situation vorliegt, beziehungsweise absehbar ist, besteht eine besondere Dringlichkeit (high urgency). Diese Fälle sollen so gewichtet werden, dass sie innerhalb von sechs Wochen transplantiert werden können.

Für die Pankreastransplantation gilt, dass einer kombinierten Nieren-Pankreas-Transplantation Vorrang vor einer isolierten Nieren- beziehungsweise Pankreastransplantation eingeräumt wird. Wenn beim Pankreasspender eine HLA-Typisierung rechtzeitig vorliegt, erfolgt die Allokation nach der HLA-Kompatibilität, sonst in Abhängigkeit von der Wartezeit.

Bei der Leber werden vier Dringlichkeitsstufen gebildet. Die erste Stufe bilden die Fälle hoher Dringlichkeit, wenn ohne Transplantation der Tod in wenigen Tagen droht. Innerhalb der High-urgency-Patienten wird zunächst die Ischämiezeit und danach die Wartezeit berücksichtigt. Stufe II bildet die

chronische Lebererkrankung mit akuter Dekompensation; in Gruppe III werden Fälle chronischer Lebererkrankung mit, in Gruppe IV solche Erkrankungen ohne Komplikationen eingeordnet. Für Patienten der Stufen III und IV sollen zwei Drittel der verfügbaren Organe zur Verfügung stehen. Wartezeit (40 Prozent) und Konservierungszeit (20 Prozent) sind innerhalb der Stufen zu berücksichtigen. Für die Aufnahme in die Dringlichkeitsstufen I und II wird bei der Vermittlungsstelle eine Auditgruppe gebildet, die sich jeweils aus drei Mitgliedern verschiedener Transplantationszentren zusammensetzt und mit Mehrheit entscheidet.

Eine solche Auditgruppe besteht auch für die Allokation von thorakalen Spendeorganen (Herz sowie Herz und Lunge).

Innerhalb der High-urgency-Patienten wird zunächst die Ischämiezeit und danach die Wartezeit berücksichtigt. Im Übrigen werden beim Herzen die Wartezeit mit 80 Prozent sowie die Konservierungszeit mit 20 Prozent berücksichtigt. Für jedes Organ wurde das relative Gewicht von Dringlichkeit, Wartezeit und Ischämiezeit (in Prozent) so vorgegeben, dass nach Umsetzung in ein Punktesystem mittels elektronischer Datenverarbeitung ein ausgewogener Algorithmus zur Allokation entsprechend der gesetzlichen Vorgaben „Dringlichkeit und Erfolgsaussicht“ zu erwarten ist.

Für die Berücksichtigung der Ischämiezeit ist in den Richtlinien ausdrücklich eine Überprüfung innerhalb von zwei Jahren im Rahmen der Qualitätssicherung vorgesehen. Die Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer hat eine generelle Prüfung der Richtlinien nach einem Jahr beschlossen.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dt Ärztebl 2000; 97: A-385-386
[Heft 7]

Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. jur. Dr. med. h.c.
Hans-Ludwig Schreiber
Prof. Dr. med. Axel Haverich
Ständige Kommission
Organtransplantation
der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin- Straße 1 · 50931 Köln