Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 26 (1970)

Artikel: Grundsätzliche Fragen des Empfängerproblems

Autor: Allgöwer, M.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-307810

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Basel – Direktor: Prof. M. Allgöwer

Grundsätzliche Fragen des Empfängerproblems

M. Allgöwer

Organtransplantation ist oft mit der Raumschiffahrt verglichen worden. Beides sind Errungenschaften unserer modernen Zeit, die scheinbar unüberwindbare Schranken niedergerissen haben. Sie müssen aber auch beide in ihren richtigen Proportionen gesehen werden. Was ist ein Raumflug im Vergleich zum Weltall? Was bedeutet Organtransplantation angesichts eines Körpers, dessen lebenspendende Nukleinsäuren ihren Alterns- bzw. Untergangsprozess unwiderruflich in sich tragen?

Nicht zu verkennen ist der Umstand, dass das «image» der Organtransplantation sich in der Öffentlichkeit in letzter Zeit wesentlich verändert hat. Wer erinnert sich nicht an die Schlagzeilen, die der ersten Herztransplantation folgten, und insbesondere an das Staunen ob der scheinbaren Dauerhaftigkeit des Erfolges. Nur eine ethische Frage schien die Gemüter zu bewegen: die Spenderfrage. Das Publikum musste sich mit dem Begriff des Todes in seinen verschiedenen medizinischen Aspekten auseinandersetzen und Begriffe wie Gehirntod usw. zur Kenntnis nehmen. In weltweitem Rahmen wurden allgemeingültige Richtlinien zum Schutze der «Organspender» gesucht. Der affektive Hintergrund dieser Schutzmassnahmen dürfte nicht zuletzt in den erschreckenden Menschenversuchen des zweiten Weltkrieges zu suchen sein. Es ist erfreulich, dass die Verwirrung Einzelner einer vernünftigen und gültigen Lösung des Spenderproblems nicht im Wege gestanden hat. So hat auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften ethisch einwandfreie und praktisch vernünftige Richtlinien zur Behandlung des Spenderproblems aufgestellt, worüber die Herren Werthemann und Senning schon berichtet haben.

Das Staunen über den Erfolg der Organtransplantation hat nun allerdings in der Öffentlichkeit einer gewissen – heilsamen – Ernüchterung Platz gemacht, symbolisiert durch den plötzlichen Tod des berühmten Herzpatienten Blaiberg und unterstrichen durch die weltweiten Rückschläge auf dem Gebiete der Herz- und der Lebertransplantation.

Unsere «medizinischen Mondfahrer», die Empfänger vitaler Organe, Leber oder Lunge, sind zu einem grossen Teil umgekommen, und das breite Publikum hat an diesen Misserfolgen durch die Presse lebhaften Anteil ge-

nommen. Eine ähnliche Ernüchterung über die Erfolgsmöglichkeiten erlebt der gleiche Publikumskreis auf dem Hintergrund der Kostenexplosion unserer Spitäler und stellt nun die Frage, ob der Einsatz grosser Mittel für diese aufwendige und unsichere Sparte der Medizin wirklich gerechtfertigt sei.

Nicht unbeteiligt an der Wandlung des der Organtransplantation anhaftenden «image» ist ein gewisses «Ärgernis» über einzelne, vieldiskutierte Pioniere, was z. B. den bekannten medizinischen Publizisten IRWIN PAGE veranlasste, von «celebrity seaking surgeons» zu sprechen. Es ist der Öffentlichkeit auch nicht unbekannt geblieben, dass in einem brillanten Chirurgenteam menschliche Zwistigkeiten die sachliche Zusammenarbeit zerstört haben. Analysiert man aber aus der Nähe diese durch die Presse hochgespielten «Ärgernisse», so muss man im einen wie im anderen Falle doch die ernsthaften Bemühungen um das Problem erkennen und sieht bald, dass die Presse leider nur ein Zerrbild der unerfreulichen Begleitumstände verbreitet hat.

Im ganzen ist die Ernüchterung auf dem Gebiet der Organtransplantation ausgesprochen wohltuend, da sie ein sicheres Zeichen dafür ist, dass die Alltagsarbeit nunmehr begonnen hat. Als Legitimation für den grossen Aufwand mag gelten, dass als Ziel die Heilung von Patienten angestrebt wird, deren spontane Prognose ausserordentlich ungünstig ist. So konnte das herzchirurgische Team in Houston nachweisen, dass die Lebenserwartung der potentiellen Herzempfänger der Warteliste geringer ist als diejenige der Patienten mit transplantiertem Herzen. Noch viel mehr trifft diese bilanzmässig günstige Beurteilung für das Gebiet der Nierentransplantation zu. Die Berechtigung zur Weiterführung dieses Zweiges der Medizin ist unbestritten, liegen doch die Überlebenschancen im Durchschnitt wesentlich über denjenigen der operierten Krebspatienten, deren legitimen Anspruch auf chirurgische Therapie wohl niemand anzweifelt.

Das Scheinwerferlicht ist von den «Pseudoproblemen» des Organspenders auf die wirklichen Probleme des Organempfängers gefallen. Für ihn hoffen und arbeiten wir, denn ihn können wir unter Umständen heilen. Er verdient und benötigt den Einsatz all unserer Kräfte, um ihm den bestmöglichen Erfolg zu gewährleisten. Ein optimales Resultat der Organtransplantation ist an zwei Voraussetzungen gebunden:

1. Transplantation von Organen, die möglichst geringe Schädigung aufweisen, d. h. von Organen, die möglichst bald nach dem sicher festgestellten Tod des Spenders entnommen sind. Hier haben die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften erfreuliche Klarheit geschaffen.
2. Ebenso wichtig ist die Schaffung der notwendigen technischen Voraussetzungen in den Transplantationszentren. Gemeint sind die Schaffung adäquat ausgerüsteter Pflegeeinheiten mit entsprechend ausgebildetem Personal, der Ausbau der Laboratorien für die Gewebstypisierung sowie – last but not least – die Ermöglichung weiterer Forschung zur Verminderung der immer noch zahlreichen Risiken der Organtransplantation.

In unserem Land wird nicht zu Unrecht von politischer Seite die Forderung nach Schwerpunktbildung auf dem Gebiete verschiedener Wissenschaften erhoben. Die kostspielige Organtransplantation sollte hier keine Ausnahme machen; es ist ausserordentlich wichtig, dass wir von ärztlicher Seite her Sorge tragen, dass ein vernünftiges Programm ohne Verzettelung von Mitteln durchgeführt werden kann. Das wünschenswerte Schema ist von der Nephrologischen Gesellschaft in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Organtransplantation ausgearbeitet worden. Es besteht in der dezentralisierten Vor- und Nachbehandlung der Patienten in grösseren und kleineren Dialyseeinheiten und in der Konzentration der Transplantation auf die Universitätszentren.

Neben dem Organspender und dem Organempfänger gilt es auf diesem Gebiete noch einen weiteren Partner zu schützen, nämlich den Arzt des Transplantationsteams. Die Öffentlichkeit muss wissen, dass diese Ärzte Ausführende einer nach bestem Wissen und Gewissen gestellten Indikation sind. Diese Indikation kann allerdings nicht mehr auf dem Entscheid eines Einzelnen beruhen.

Wenn man mit Recht gefordert hat, dass der Organspender durch ein transplantationsunabhängiges Team freizugeben ist, so sollte diese Idee auch zum Schutze des Organempfängers aufgegriffen werden. Dies betrifft die Organtransplantation ohne «Rückzugsmöglichkeit», wie beispielsweise diejenige des Herzens, der Leber und der Lunge. Dies stellt einen scheinbar totalen Bruch mit der Vergangenheit der Chirurgie dar, die dem Chirurgen und nur ihm die letzte Verantwortung für jede Indikation zu überbinden pflegte. Dieser Grundsatz ist aber auch ausserhalb der Organtransplantation durch die Indikationsstellung im Team ergänzt worden, da Beibringung und Beurteilung sämtlicher Teilresultate dem Chirurgen allein oft nicht mehr möglich sind. Für Transplantation ohne «Rückszugsmöglichkeiten» sollte aber nicht nur der Chirurg, sondern auch das Transplantationsteam als ganzes in den Hintergrund treten und erst dann seine Indikationsbesprechung beginnen, wenn ein unabhängiges Team die Transplantation als einzige Möglichkeit erkannt hat, um eine infauste Prognose zu ändern.

Zusammenfassung

1. Bei nüchterner Betrachtung ist die Organtransplantation eine wertvolle therapeutische Möglichkeit für den Kranken, d. h. für den Empfänger. Schon heute kann sie lebensverlängernd, eventuell sogar heilend eingesetzt werden – insbesondere bei der chronischen Niereninsuffizienz. Weitere Fortschritte sind mit Sicherheit zu erwarten. Die Öffentlichkeit ist also interessiert an der Schaffung entsprechender Behandlungsmöglichkeiten.

2. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ergeben eine gute Grundlage, um von der «Pseudoethik» wegzukommen, die den falschen Partner schützt, nämlich den toten Spender statt den lebenden Empfänger.

3. Empfängerschutz bedeutet folgendes:

a) Indikationsstellung im Rahmen eines Teams. Bei Transplantationen ohne «Rückzugsmöglichkeiten» sollte die spontane Prognose des Empfängers unter Ausschluss des Transplantationsteams beurteilt werden. Das Transplantationsteam tritt erst in Erscheinung, wenn diese Prognose als infaust bezeichnet ist.

b) Transplantation optimaler Organe (Berücksichtigung von Gewebstypisierung, Schaffung optimaler Aufbewahrungs- und Transportmöglichkeiten für die entnommenen Organe).

c) Ausbau der Forschung zur Verbesserung der heutigen Resultate.

4. Die Öffentlichkeit als potentieller Empfänger und als Kostenträger muss letztlich darüber entscheiden, wieviel wir tun können und sollen.

Résumé

1. Tout bien considéré, la transplantation d'organes offre une possibilité thérapeutique de grande valeur pour le malade, c'est-à-dire pour le receveur. Aujourd'hui déjà elle permet de prolonger la vie, ou même équivaut à une guérison, surtout dans les insuffisances rénales chroniques. L'on peut s'attendre avec certitude à de nouveaux progrès. Le public est donc intéressé à la réalisation de ces nouvelles possibilités thérapeutiques.

2. Les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales sont utiles et permettent de se dégager d'une «pseudoéthique» qui veut protéger le faux malade, c'est-à-dire protéger le donneur mort au dépens du receveur encore vivant.

3. La protection du malade récepteur signifie:

a) L'indication doit être posée dans le cadre d'une équipe. Dans les cas de transplantation sans «possibilité de recul», il faut que le pronostic du malade récepteur soit posé en excluant l'équipe qui fait la transplantation. Cette équipe n'entre en action que lorsque le pronostic s'est montré mauvais.

b) Il faut transplanter dans des conditions optimales (en tenant compte de la typologie des tissus, en réalisant des conditions optimales de conservation et de transport des organes prélevés).

c) Il faut intensifier les travaux de recherches afin d'améliorer les résultats actuels.

4. Le public en tant que receveur potentiel et tiers payant, doit enfin décider jusqu'où nous pouvons et devons aller.

Riassunto

1. Tutto sommato, il trapianto di organi rappresenta un metodo terapeutico di valore indiscusso per l'ammalato, vale a dire per colui che riceve. Già oggigiorno può essere praticato al fine di prolungare la vita, eventualmente persino per guarire il paziente – specie nei casi di insufficienza renale

cronica. Bisogna attendersi con sicurezza ad ulteriori progressi. L'opinione pubblica è perciò interessata alla realizzazione di metodi terapeutici adeguati.

2. Le direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche rappresentano una buona base per liberarsi da una «pseudo-etica» che protegge la parte sbagliata, cioè il donatore morto invece del ricevitore vivente.

3. Protezione del ricevitore significa quanto segue:

a) Determinare l'indicazione del trapianto nell'ambito di un gruppo specializzato. Nel caso di trapianti «senza possibilità di ritiro», il giudizio sulla prognosi spontanea del ricevitore dovrebbe essere emesso escludendo dalla discussione il gruppo addetto al trapianto. Tale gruppo entra in azione solo al momento in cui la prognosi è dichiarata infausta.

b) Trapianto di organi allo stato ottimale (tessuti tipizzati, ottimali possililità di conservazione e trasporto per gli organi prelevati).

c) Sviluppo delle ricerche al fine di migliorare i risultati odierni.

4. Tocca finalmente al pubblico, in qualità di ricevitore potenziale ed ente finanziatore, di decidere quanto possiamo e dobbiamo fare.

Summary

1. On objective consideration, the transplantation of organs is a valuable therapeutic possibility for patients, that is, for the receivers. Even today it can prolong life and perhaps even effect a cure, especially in cases of chronic renal insufficiency. Farther progress can be expected with certainty. The public is, therefore, interested in the creation of the appropriate possibilities of treatment.

2. The guiding lines of the Swiss Academy of medical Sciences provide a sound basis for the overcoming of the "pseudo-ethics" which would protect the wrong partner, that is the dead donor instead of the living receiver.

3. Protection of the receiver requires the following measures:

a) The establishment of the indication within the frame of a team. In cases of transplantations without "possibilities of retreat", the spontaneous prognosis of the receiver should be evaluated by a team of specialists independent from the transplantation team. This latter makes its own decisions once any other treatment than transplantation is considered hopeless.

b) Transplantation of optimal organs (consideration of the tissue type, providing of optimal conditions of preservation and transportation for the removed organs.)

c) Development of research for the improvement of the present results.

4. The public, as potential receiver and as the bearer of the costs, must in the last instance decide how much we can and should do.

Adresse des Autors: Prof. Dr. M. Allgöwer, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, Bürgerspital, 4000 Basel.