



# ***Transplantationskandal: Es sterben die Falschen!***





## Leberallokationsskandal

MELD (Punkte-Score aus Bilirubin, INR und Kreatinin)

(zusätzliche überwiegend onkologische Ausnahmen)

MELD > 30      1 Jahresüberleben 50-60%

MELD < 30      1 Jahresüberleben 80-90%

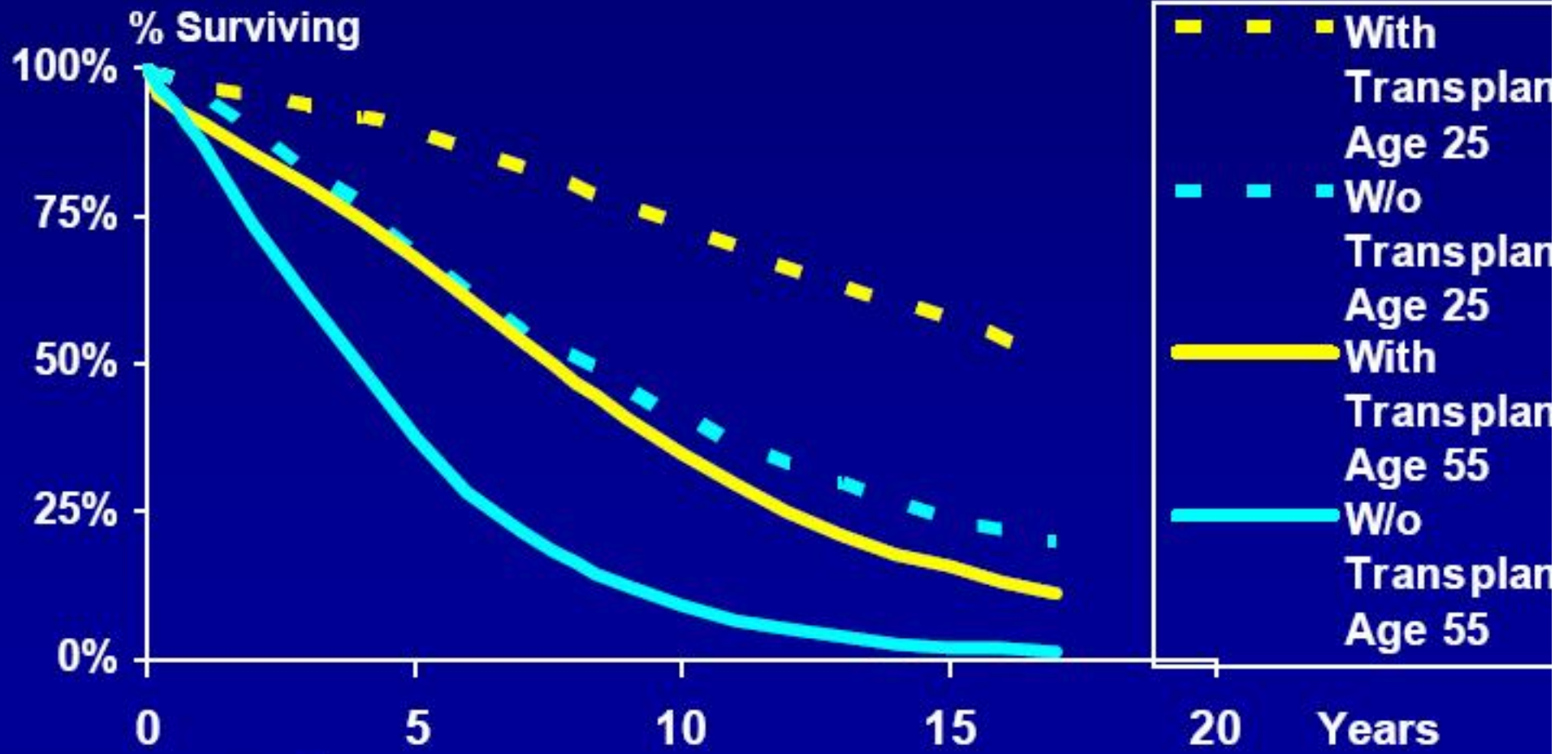


1. Faktum: es gibt **zu wenige** transplantierbare Organe
2. Faktum: es gibt **zu viele** potentielle Organempfänger
3. Faktum: bei begrenzten Ressourcen ist eine **Auswahl** zu treffen (Allokationsentscheidung)
4. Faktum: das deutsche Transplantationsgesetz legt drei wesentliche Kriterien fest.  
Alle Patienten mit Organversagen sollen auf einer WL registriert werden, nach **NOTWENDIGKEIT und ERFOLGSAUSSICHT**  
Die Allokation soll erfolgen nach Regeln basierend auf dem Stand der Wissenschaft, insbesondere nach **ERFOLGSAUSSICHT und DRINGLICHKEIT**  
Die Warteliste soll bundesweit als „einheitlich“ betrachtet werden.
5. Faktum: Allokationsentscheidungen sind „Entscheidungen über **Lebenschancen**“

# Median Survival

## Survival Curves

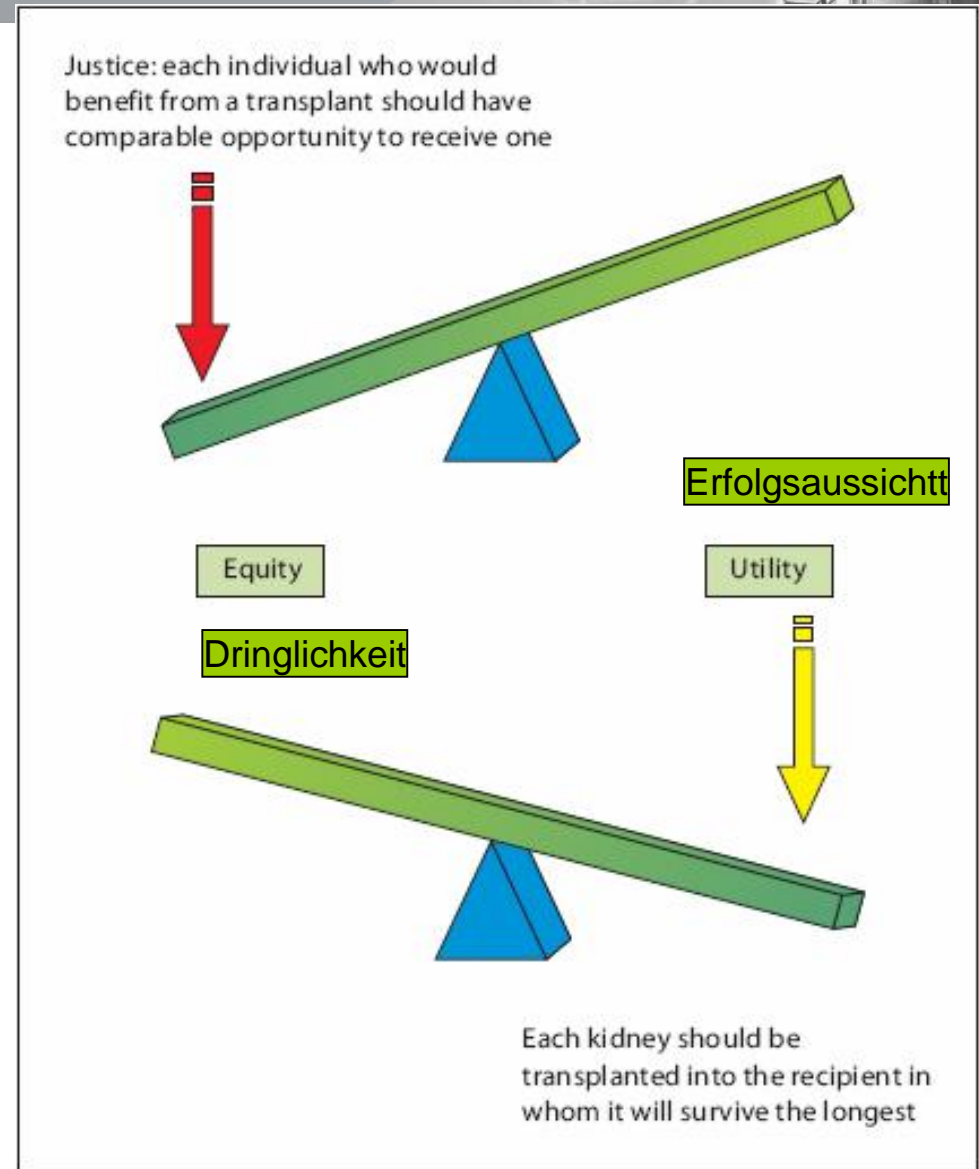
Age 25 and 55, Diabetic, Kidney-alone candidate



# Transplantationsskandal

Die Balance zwischen Dringlichkeit (Fairness) und Erfolgsaussicht ist nur schwer zu halten.

Am besten ist es Allokationsentscheidungen durch eine ausreichend verfügbare Resource zu vermeiden.





- Wo lagen die Risiken?
- Was wurde angepasst?
- Was läuft falsch in unseren Allokationssystemen?
- Was muss sich ändern?



## – wo lagen und liegen die Risiken

- **Organmangel !!!**
- Interpretierbare gesetzliche Vorgabe (Erfolgsaussicht und Dringlichkeit) – Folge System aus der Balance
- Mangel an demokratischer Legitimation
- Mangel an objektiven Kriterien
  - Zur Beschreibung von Erfolgsaussicht und Dringlichkeit
  - Zur Ermittlung von Entscheidungskriterien (wann Dialyse bei hepatorenalem Syndrom?)
- System „im eigenen Saft“ (überwiegend Ärzte kontrollieren Ärzte)
- Vermischung der Entscheidungsebenen
- Persönlicher und institutioneller Ehrgeiz (inklusive Fehlanreize)
- Inkonsequente Strukturpolitik



## - was wurde angepasst?

- Schärfere Kontrollen durch Nichtärzte
- Regelmäßige Interdisziplinarität der Entscheidungen (mehr-Augen)
- Veränderungen bei der DSO (warum?)
- Schließung von Programmen (Bayern, warum nicht Niedersachsen?)





## – was muss sich ändern

- Präzisierung der gesetzlichen Vorgaben
- Öffentliche Allokations-Regelentwicklung und Diskussion
- Multidisziplinäre Entscheidungsprozesse (ggf. mit Öffentlichkeit)
- Stärkung der Patientenrechte – Klagemöglichkeit(?)
- Kriterien für Aufnahme nicht nur für Allokation (Nachvollziehbarkeit)
- Ausschluss von Interessenkonflikten (Regeln, Programme, Patienten)



## – was muss sich ändern

- Konsolidierung der TX-Zentren
- Vorhaltefinanzierung von TX-Zentren (Strukturkriterien....)
- Transparenz der Zentren, ihrer Entscheidungen und Ergebnisse für eine kritische Öffentlichkeit
- Aufbau eines Registers (Versorgungsforschung) zur Unterstützung der Kriterien-Entwicklung
  
- Betrachtung der Regeln und Kriterien auch für die nicht betroffenen Organe (Niere, Herz/Lunge)
- Patienten- und ergebnisorientierte Allokation (ganz kritische Fragen wie: ist man nach 10 Jahren Wartezeit noch ein guter TX-Kandidat?)
- Register für Nierentransplantation und Dialyse zu Beantwortung der Fragen nach Prognose und Risiko

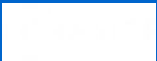


## – was müssen wir tun?

- Wir – gesprochen jetzt als Transplantationsmediziner – müssen uns zurücknehmen – es geht in erster Linie um die Patienten und nicht um Bedeutsamkeit, Deckungsbeiträge und Drittmittel
- Wir müssen durch transparente Strukturen Vertrauen zurück gewinnen
- Es muss öffentlich klar gemacht werden, dass durch Ablehnung der Organspende nicht Chirurgen bestraft werden sondern Wartende sterben
- Wir müssen das Thema mit emotionalen Beispielen besetzen
- Wir Nephrologen – insbesondere in Kliniken – müssen uns täglich für Organspende einsetzen



**C** CHARITÉ  
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



# Transplantationsskandal



# Transplantationsskandal

