

## ORGANTRANSPLANTATION

Die Weiterentwicklungen in der Transplantation verbessern die Versorgung (DÄ 14/2014: „Transplantationsmedizin: Mehr Sicherheit für Arzt und Patient“ von Gisela Klinkhammer und Nicola Siegmund-Schultze).

### Der Mensch ist keine Handelsware

... Nicht das bestmögliche Ergebnis für den Organempfänger steht im Zweifel im Vordergrund, sondern der maximale Schutz des Lebendorganspenders. Die von uns immer wieder aufgezeigten Schäden, die durch die Organentnahme entstehen, rechtfertigen unumstößlich das Subsidiaritätsprinzip. Tatsächlich wird hiervon in der Praxis bereits abgewichen ...

Vor dem Hintergrund der durch uns der Öffentlichkeit zugänglich gemachten tatsächlichen Schäden, die eine Organamputation am lebenden Körper verursacht, kann nur eine tragfähige innige Beziehung zwischen Empfänger und Spender auftretende Lebensqualitätsverluste des Spenders für diesen erträglich machen. Darüber hinaus gehen die bestehenden gesetzlichen Eingrenzungen des Personenkreises noch gar nicht weit genug. So ist es durch Studien bekannt, dass die Entnahme einer Niere bei jungen Menschen immer zu gesundheitlichen Einschränkungen (Fatiguetendenzen) führt (Giessing, Berlin 2004). Eine Organlebenspende kann daher nur bei Spendern infrage kommen, die circa 50 Jahre oder älter sind, sozial abgesichert und nicht körperlich oder geistig überdurchschnittlich gefordert sind (zum Beispiel führt ein Nierenfunktionsverlust auch schon in geringem Maße zum Verlust kognitiver Fähigkeiten). Ethisch zulässig kann eine Organlebenspende daher nur sein, wenn sie nach wirklich umfassender Risikoaufklärung zwischen älteren Lebenspartnern oder von Eltern für Kinder (nicht umgekehrt!) erfolgt. In Ausnahmefällen auch unter Geschwistern, bei denen zumindest der Spender die Alters- und Sozialkriterien erfüllt. Freundschaften, wie auch die künstlich klinikgeführt herbeigeführte Freundschaft von Paaren zum Zwecke der Durchführung einer gesetzlich nicht zugelassenen „Cross-Over-Spende“, reichen als Spendezulassungskriterium nicht aus ...

Das TPG ist schon jetzt, trotz mancher Schwächen, gerade wegen seiner glasklaren Limitierungen, ein gutes Schutz-Ge-

setz. Es muss verteidigt werden vor dem Zugriff gieriger Interessenvertreter, die es nur zu eigenem Nutzen aufweichen wollen und dabei nicht scheuen, das grundgesetzlich verbriefte Recht auf körperliche Unversehrtheit aufzugeben. Der Mensch, auch als potenzieller Organlebensspender, ist aber keine Handelsware.

Ralf Zietz, 1. Vorsitzender der Interessengemeinschaft Nierenlebenspende e.V., 27321 Thedinghausen

### Wissenschaftliche Diskussion angezeigt und überfällig

Professor Banas wird in diesem Artikel zu den „verschiedenen Interpretationen des Begriffs Dialyse“ im Spannungsfeld der MELD-Allokation bei der Lebertransplantation zitiert. Seine Aussage, „dass Albumin-Dialysesysteme wie MARS keine der Hämodialyse äquivalenten Nierenersatzefekte haben und anders als vereinzelt postuliert in diesem Kontext nicht mit Dialyse gleichgesetzt werden könnten“ ist wissenschaftlich nicht korrekt. So können zum Beispiel mittels einer MARS-Behandlung dialyse-adäquater Volumenentzug, Entgiftung und Ausgleich des Säure-Base-Haushalts realisiert werden. Die Diskussion ist insofern bedeutsam, als dass es bis heute keine Evidenz dafür gibt, dass die klassischen Nierenersatzverfahren die Entwicklung eines prognostisch fatalen Nierenversagens beim Leberversagen verzögern oder gar aufhalten können. Im Gegensatz hierzu gibt es jedoch Hinweise, dass der frühzeitige Einsatz des MARS-Verfahrens bei Nierenfunktionseinschränkungen beim Leberversagen für den Patienten von Nutzen sein kann. So kann die Behandlung unter anderem zu einer hämodynamischen Stabilisierung und zur Verbesserung der renalen Perfusion führen. Jedenfalls sollten die alternativen Behandlungsformen für kombiniertes Nieren- und Leberversagen als potenziell hilfreich wahrgenommen und besprochen werden. Eine wissenschaftliche Diskussion bezüglich der bestmöglichen extrakorporalen Therapie bei leberversagens-assoziiertem Nierenversagen ist angezeigt und überfällig. Dies ist auch gerade wegen der politischen Diskussionen zur korrekten MELD-Allokation bedeutsam. In den Richtlinien der Bundesärztekammer kann man hierzu bisher keinerlei Kommentierungen nachlesen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Steffen Mitzner, Universitätsmedizin Rostock, Zentrum für Innere Medizin, Klinik II, 18057 Rostock

## RANDNOTIZ

Die Grünen sind auf dem besten Wege, sich einen Namen als „Hebammenpartei“ zu machen (DÄ 17/2014: „Klientelpolitik in grün“ von Birgit Hibbeler).

### Sehr einseitig

... Erschreckt hat mich der Kommentar zum Thema Hausgeburt oder Entbindung im Geburtshaus. Unterstellt wird, dass eine bestimmte Klientel diese Angebote wünscht und die Solidargemeinschaft für die sich daraus ergebenden Risiken haften muss. Frage: Um wie viele Risiken handelt es sich im Einzelnen? Und um welche Beträge geht es hier? Kostet eine Entbindung in der Klinik kein Geld? Sie wird in einer DRG abgerechnet, meines Wissens nach wird diese in Euro bezahlt.

Die Geburt eines Kindes und die Tätigkeit der Hebamme sind seit einer Ewigkeit etwas Natürliches und etwas Normales – bis wir die Geburten in die Kliniken geholt haben. Seither scheint alles Natürliche plötzlich unnormal zu sein. Hat sich das subjektive und normale Empfinden der werdenden Mutter einer gesteuerten Entwicklung unterzuordnen? Dann wundere ich mich definitiv nicht mehr über sinkende Geburtenraten.

Die Randnotiz ist aus meiner Sicht sehr einseitig und ... unqualifiziert ...

Anita Schöllhorn, 89231 Neu-Ulm

## ÄRZTIN IN TEILZEIT

Wie schwierig es ist, als Fachärztin für Allgemeinmedizin mit drei Kindern eine Teilzeitstelle zu bekommen (DÄ 14/2014: „Von Hindernissen im Lebenslauf“ von Kerstin Ehrlich).

### Aus der Seele gesprochen

Danke für diesen Kommentar! Ich fühle mich sehr angesprochen. Ich bin 29 Jahre alt, habe zwei Kinder (geplant während des Studiums bekommen) und bin nun auf Stellensuche zum Berufseinstieg in der Inneren Medizin. Ich „traue“ mich gar nicht nach einer Teilzeitstelle zu fragen, weil ich befürchte, so nie einen Job zu finden. Die Kinder muss in der ersten Zeit dann hauptsächlich mein Mann versorgen, der glücklicherweise kein Arzt ist. Ein trauriges Eingeständnis des Wunsches der Gesellschaft nach „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, gerade für Akademikerinnen, und der Wirklichkeit!

Name ist der Redaktion bekannt