



Claus Wesslau: „Ich kann doch nicht jemanden so lange behandeln, bis er Spender wird!“ Foto: Wolfgang Borts

Keiner, der die Klappe hält

Mehr Organspender sind möglich, meint Claus Wesslau, aber nur wenn man mit dem Konsens bricht

AUS BERLIN HEIKE HAARHOFF

Vielleicht sollte er schweigen. Sich sagen, dass er 67 Jahre alt ist und raus. Raus aus dieser Organisation, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), die ihn zeit seines Arbeitslebens gegängelt hat. Raus aus diesem System, das immer nur Schuldige sucht, Schuldige für die sinkende Zahl an Organspendern, Schuldige in den Krankenhäusern, die potenzielle Spender angeblich nicht erkennen, wenn es ans Sterben geht auf den Intensivstationen. Raus aus dieser liturgischen Überhöhung der Organspende, die jetzt auch die Politik erfasst hat und die verkendet, dass es Grenzen gibt. Medizinische. Juristische. Politische. Persönliche.

Grenzen, die Claus Wesslau jahrelang empirisch erforscht hat und die ihm eine Erkenntnis gebracht haben: Die Zahl der Organspender wird in nennenswertem Umfang kaum zu steigern sein in Deutschland. 15 pro eine Million Einwohner sind es derzeit. 18, maximal 20 könnten es laut Wesslous Statistik sein. Nie aber 34 wie etwa in Spanien, dem europäischen Organspendespitzenreiter. Egal, mit welcher gigantischen Zahlen seine Ex-Chefs von der DSO dieser Tage hausieren gehen, egal, wie wohlmeinend das Parlament in Berlin ab heute graduelle Änderungen des Transplantationsgesetzes debattiert (siehe Kasten).

Schweigen? Wesslau ist keiner, der die Klappe hält. „Wenig wird sich ändern“, sagt er. „Es sei denn, wir wagen den Bruch mit dem, was bislang gesellschaftlicher Konsens war.“

Um die Brisanz dieses Satzes zu verstehen, muss man wissen: Claus Wesslau ist keiner dieser

Zweifler, die etwa der Ansicht sind, Organentnahme und würdiges Sterben seien unvereinbar. Wesslau kennt das Geschäft, er ist, wenn man so will, Deutschlands König der Organ-Akquise. Kaum einer war so erfolgreich wie er, kaum einer verfiel die Organspende leidenschaftlicher. Also fährt man raus zu ihm an einem milden Nachmittag im Advent aufs Land südöstlich von Berlin. Der Wein an der Hauswand verliert seine letzten Blätter, und drinnen im Wohnzimmer greift Claus Wesslau zu Zigaretten und einem mehrseitigen Papier.

Es ist seine „Potenzialanalyse“, ach was, es ist das Standardwerk zur Organspende in Deutschland, dieser Eindruck jedenfalls entsteht, wenn er darüber spricht, eine akribische Auswertung von Krankenhausdaten rund um Hirntod und Organspende aus Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zwischen 2002 bis 2005. Erstellt von Claus Wesslau, Jahrgang 1944. Facharzt für Anästhesie in der Forschungsabteilung Organtransplantation der Charité in Berlin, Hauptstadt der DDR, und später dann, von 1997 bis zum Ruhestand, Geschäftsführender Arzt der DSO-Region Nordost.

Kein anderer Kollege in den übrigen 6 DSO-Regionen konnte kontinuierlich so hohe Spenderzahlen vorweisen wie er. Wieso eigentlich, hat er sich eines Tages gefragt. „Niemand wusste, wie viele Patienten mit Hirnschädigungen es überhaupt gibt auf den Intensivstationen, bei wie vielen der Hirntod tatsächlich eintritt und warum anschließend manche Spender werden und andere nicht.“ Die Verzweiflung hierüber begleitet ihn bis heute, dieser Treppenwitz, dass

es da eine aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Organisation gibt, die DSO, Jahresbudget rund 44,6 Millionen Euro, die nicht bloß sämtliche Organentnahmen bundesweit verantwortet, sondern explizit deren Förderung zum Ziel hat. Und deren Vorstände dann aber zu den elementaren Voraussetzungen, die eine Organentnahme überhaupt erst möglich machen, weder systematisch noch flächendeckend Daten erheben. Bis heute nicht. „In anderen Ländern“, schimpft Wesslau, „gibt es dafür eigene epidemiologische Abteilungen.“

Ohne Budget

Also hat er sich selbst an die Arbeit gemacht, damals, in seiner Region und ohne Budget, hat seine Kollegen für Arbeitszeiten begeistert, von denen die Gewerkschaft lieber nichts wissen möchte, und die Krankenhäuser für die Herausgabe von Patientendaten, wozu diese gar nicht verpflichtet gewesen wären. Laut Gesetz müssen die Kliniken der DSO nur jeden geeigneten Spender melden, nicht aber die Zahl der Patienten, die möglicherweise Spender hätten werden können und es dann aber aus welchen Gründen auch immer nicht wurden. „Aber genau diese Zahlen brauchen wir“, Wesslau ruft es fast, „und diese Daten kriegen Sie nur, wenn Sie, anders als der DSO-Vorstand, den Kliniken signalisieren, dass es nicht um Kontrolle geht, sondern um Kooperation und Transparenz.“

Organspende setzt zwingend Intensivmedizin voraus. Sobald das Gehirn im Wortsinn den Geist aufgibt, entfallen sämtliche Steuerungsfunktionen. Diese übernimmt sodann die Apparatemedizin. Das heißt aber

auch: Nur wenn der Körper über den Tod hinaus beatmet wird, bleiben die Organe erhalten. „Man darf diesen Umstand nicht verschleiern“, sagt Wesslau, auch wenn seine Daten zeigen, dass deswegen eine stetig wachsende Gruppe ausscheidet als Organspender: diejenige, die die Intensivstation erst gar nicht erreicht. Weil Patientenverfügungen dies ausschließen oder Angehörige eine palliativmedizinische Versorgung bevorzugen. Oder weil Ärzte die Auffassung vertreten, dass Betten auf der Intensivstation nicht mit Todgeweihten belegt werden sollten, sondern mit Patienten mit relativen Überlebenschancen.

Dann gibt es Menschen, die zwar mit einer Hirnschädigung auf die Intensivstation gelangen, aber als Organspender nicht in Frage kommen, weil sie, Stichwort alternde Gesellschaft, beispielsweise Krebs haben oder Diabetes. Oder sie sterben an Kreislaufversagen, noch bevor der Hirntod diagnostiziert werden konnte.

Claus Wesslau in seinem Wohnzimmer lehnt sich zurück. „Natürlich können Sie den Sterbeprozess lenken“, sagt er. „Natürlich können Sie als Arzt das Kreislaufversagen hinauszögern.“ Wesslau ist ein Mann mit klaren Interessen, und für die Organspende würde er persönlich wohl ziemlich weit gehen. In seiner Zeit als Geschäftsführender Arzt habe er den Krankenhäusern den größtmöglichen „personellen Support“ geboten, wie er sagt. Wenn es etwa darum ging, die Klinikkollegen bei den aufwendigen Behandlungen und zeitintensiven Untersuchungen der Hirntoten bis zur tatsächlichen Organentnahme zu entlasten, dann schickte Wess-

lau zum Unmut seiner Vorstände zuweilen gleich mehrere DSO-eigene Ärzte. Wenn man ihm eine Weile zuhört, dann wird klar: Er hat die Spielräume des Systems ausgereizt.

Alles Weitere wäre demnach: Grenzverschiebung. Aber wohin? Wie weit geht diese Gesellschaft für ein paar Organe mehr im Jahr? Wird sie dafür künftig festlegen: Organspendeausweis sticht Patientenvorgabe? Wesslau ist nicht das Parlament. Wesslau ist Arzt. Er sagt: „Ich kann doch nicht jemanden so lange behandeln, bis er Spender wird!“

Extreme Ablehnungsrate

Zumal die Zahlen dadurch auch kaum besser würden. Es ist ja nicht so, dass Wesslau gewisse Dinge nicht probiert hätte. In Deutschland ist die Zustimmung, notfalls durch die Angehörigen, zwingend vorgeschrieben, bevor Organe entnommen werden dürfen. Zeichnete sich der Tod ab, dann, so fand Wesslau heraus, fragten die Ärzte in den Krankenhäusern die Angehörigen häufig bereits zu einem frühen Zeitpunkt, zu dem noch gar nicht klar war, ob der Sterbende jemals den Hirntod erreichen und damit als Spender in Frage kommen würde. Die Ablehnungsrate war extrem. 50, 60 Prozent, in manchen Regionen 80 Prozent. Also empfahl er, die Befragung später durchzuführen, etwa dann, wenn der Hirntod bereits eingetreten war, die Organentnahme also nicht nur eine theoretische Möglichkeit, sondern eine tatsächliche Option war. Allein: Die Ablehnung war gleich hoch. „Die Leute hatten sich zu Lebzeiten schlicht nicht mit dem Thema auseinandergesetzt und trauten sich nun nicht zuzustimmen, weil sie nicht wussten, ob dies im Sinne des Verstorbenen gewesen wäre“, sagt Wesslau.

Er habe sich daraufhin für mehr Aufklärung an den Schulen eingesetzt, er fand, das Thema müsse in die Familien hineingetragen werden. Das sei nicht seine Aufgabe, rügte die DSO-Vorstände. Seine Aufgabe war es nach ihrem Verständnis offenbar auch nicht, nach Spanien zu reisen und hierüber anschließend zu berichten: Dass man den Tabubruch riskiere, würde man in Deutschland die Bedingungen der spanischen Gesetzgebung anpassen. Dort gilt automatisch als Organspender, wer zu Lebzeiten nicht aktiv widersprochen hat. „Selbst wenn Sie zusätzlich noch die Angehörigen fragen, fragen Sie natürlich anders. Sie müssen dann nicht herausfinden, ob der Mensch sich jemals zustimmend geäußert hat, sondern nur noch, ob er widersprochen hat.“ Auch besäßen die Transplantationsbeauftragten in den spanischen Kliniken mehr Hausmacht als in Deutschland. Sie hätten fast uneingeschränkter Zugang zu den Stationen und könnten bei Verdacht auf Hirntod eine Verlegung auf die Intensivstation anordnen – eine Undenkbarkeit im deutschen Krankenhausystem, in dem Professoren ihre Stationen hüten wie einen Gral.

Es ist spät geworden auf dem Land südöstlich von Berlin. Zum Abschied sagt Claus Wesslau, dass man möglicherweise die Wunschvorstellung aufgeben müsse, es werde eines Tages in Deutschland genügend Organe für alle Wartenden geben. Und dass dies auch aus ärztlicher Sicht begründbar sei.

Transplantationsgesetz

Das Transplantationsgesetz von 1997 muss reformiert werden. Anlass ist eine in nationales Recht umzusetzende EU-Richtlinie über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe, die transplantiert werden sollen. Größte Neuerung ist, dass künftig alle Krankenhäuser, die Organe entnehmen, mindestens einen Transplantationsbeauftragten vorweisen müssen. Das Parlament will darüber hinaus im nächsten Jahr die derzeit geltende Zustimmungslösung dahingehend gesetzlich verändern, dass die Entscheidung für oder gegen die Organspende zu Lebzeiten mit mehr Nachdruck abgefragt werden und möglichst auch zentral dokumentiert werden soll, etwa auf der elektronischen Gesundheitskarte. Ziel ist eine Steigerung der Organspenderzahlen.