

Das Leitmedium der Hauptstadt

TAGESSPIEGEL



HAND AUF S HERZ



Würden Sie Ihre
Organe spenden?

- ja
- nein
- vielleicht

Warum
die Bereitschaft
zur Organspende in
Deutschland so gering ist
und wie man das
ändern kann.

In Zusammenarbeit mit



EDITORIALS

Liebe Leserinnen und Leser,

das Thema Organspende wird oft hochemotional diskutiert, vor allem aber hochmoralisch. Wer sich nicht dazu entschieden hat, nach seinem Tod Organe für todkranke Menschen zu spenden, steht schnell da als jemand, der Leben nicht retten will. Und wenn ihnen dann noch vor Augen geführt wird, dass sie sicher froh wären, wenn ihnen jemand seine Organe spendete, stehen sie vollends im moralischen Abseits. Doch ist es tatsächlich so simpel: Wer Organe spendet, ist gut, wer das nicht will, ist schlecht? Das würde bedeuten, dass knapp 70 Prozent der Deutschen auf einer ethisch fragwürdigen Seite stehen, denn nur gut 30 Prozent haben einen Organspendeausweis ausgefüllt.

Aber diejenigen, die keinen haben, sind wahrscheinlich in den seltensten Fällen einfach nur Egoisten. Meist sind sie nur unsicher, was diese Entscheidung für sie bedeuten könnte, fürchten sich davor, dass man ihnen womöglich zu früh Organe entnimmt oder haben es verdrängt, sich mit dem eigenen Tod zu beschäftigen. Denn nicht nur Organspendeausweise werden ungern ausgefüllt, sondern ebenso auch Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Testamente. Dabei betonen Experten immer wieder, wie vernünftig es ist, solche Dinge zu Zeiten zu regeln, wenn das zugrundeliegende Ereignis – das Sterben – noch weit entfernt scheint.

Unwissenheit, Angst, Verdrängung – gegen diese gibt es probate Mittel: Aufklärung, Aufklärung, Aufklärung! Darüber etwa, mit welch großem medizinischen Aufwand in Deutschland verhindert wird, dass Organe vor dem Hirntod entnommen werden. Darüber, wie nach einigen Skandalen nun gesichert wird, dass Spenderorgane gerecht vergeben werden. Darüber, dass man die Möglichkeit hat, die Zustimmung zur Organspende individuell anzupassen. Darüber, wie entlastend es für die Angehörigen ist, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten seinen Willen über die Organspende geregelt und dokumentiert hat und über vieles mehr.

Genau diesem Aufklärungsgedanken ist auch dieses Magazin verpflichtet: Sie finden auf den folgenden Seiten Texte von Expertinnen und Experten, Patientinnen und Patienten und von Journalistinnen und Journalisten, die das Thema von allen Seiten

beleuchten. Das wird sich auf der Podiumsdiskussion fortsetzen, die der Tagesspiegel gemeinsam mit dem Landesverband Berlin-Brandenburg des Marburger Bundes am 24. September durchführt. Eine ganze Reihe der Autorinnen und Autoren, die für dieses Magazin zur Feder gegriffen haben, werden an diesem Tag im Tagesspiegel-Haus über die Organspende diskutieren – gerne auch mit Ihnen. Kommen Sie einfach vorbei!

P.S. Am 16. September wird dem Tagesspiegel ein Organspendeausweis beiliegen. Für den Fall, dass die Texte in diesem Magazin und die Beiträge der Podiumsdiskussion Sie überzeugt haben.

Ingo Bach
Der Tagesspiegel,
Chefredakteur
Gesundheit



Liebe Leserinnen und Leser,

die Zahl der Organspenden in Deutschland ist seit Jahren dramatisch gering und rückläufig! Helfen, ja Leben retten ist per se etwas Gutes! Es ist zutiefst menschlich, solidarisch, sozial und christlich! 80 Prozent der Befragten in Deutschland sagen JA zur Organspende; aber leider nur in Umfragen. Dabei wäre es so einfach: „Ich verfüge, dass ich mit meinem Tod meine Organe für medizinisch indizierte Transplantationen zur Rettung von anderen Menschen zur Verfügung stelle“.

Aber wenn für eine solch aktive Entscheidung Fragen offen bleiben, dann wird schnell die Skepsis zum Alibi einer Verweigerung. Die Waage des Gewissens neigt sich schnell vom hohen Vorsatz zum Zweifel. Die Folge: Die deutsche Spendebereitschaft liegt weit unter dem europäischen Durchschnitt. Nur 30 Prozent haben einen Organspendeausweis. Und die Zahl der gespendeten Organe geht trotz größter Anstrengungen und gesetzlicher Änderungen weiter zurück! Um die Skepsis zu minimieren und um für mehr Vertrauen in die Transplantationsmedizin zu werben, haben wir vom Marburger Bund in Berlin mit vielen Berliner Partnern, wie Gesundheitspolitikern verschiedenster Fraktionen aus dem Berliner Abgeordnetenhaus, mit Medizinern der Ärztekammer Berlin, der Charité, dem DHZB und der DSO und mit Patientenvertretern ein „Bündnis für Organspende“ gegründet und eine „Berliner Erklärung“ für mehr Aufklärung und Transparenz verabschiedet. Einige Vertreter des Bündnisses melden sich in diesem E-Magazin als Autoren und/oder als kompetente Mitdiskutanten in unserer Veranstaltung zu Wort.

EIN „JEIN“ ZUR ORGANSPENDE RETTET KEIN MENSCHENLEBEN



Wir wollen
Sie umfänglich
informieren und Sie vor allem
überzeugen, animieren und bitten:
Werden Sie Organspender/in – retten Sie Leben!

Ihr Reiner Felsberg
Geschäftsführer Marburger Bund
Landesverband Berlin/Brandenburg

We laden Sie herzlich zum FORUM
Wissen und Gesundheit „Auf Herz und
Nieren – was ist die Lösung für mehr
Organspenden“ am 24. September, um
19.00 Uhr im Tagesspiegel-Haus ein.
Anmeldung:
marburger-bund.de/aufherzundnieren

INDEX

- 2 **EDITORIAL**
Ingo Bach | Der Tagesspiegel, Chefredakteur Gesundheit
- 3 **EDITORIAL**
Reiner Felsberg | Marburger Bund
- 6 **LÄNDER SUCHEN LÖSUNGEN BEI ORGANSPENDE**
hew/AFP
- 8 **NICHTS TUN HILFT NICHTS**
Günther Jonitz | Präsident der Ärztekammer Berlin
- 9 **WIDERSPRUCHSLÖSUNG IST KEIN WIDERSPRUCH**
Richard Fribe | Der Tagesspiegel
- 10 **WER DENKT AN DIE EMPFÄNGER?**
Ulrich Frei | Ärztlicher Direktor Charité
- 12 **WARUM DIE DEUTSCHEN KEIN HERZ HABEN**
Michael de Ridder | Der Tagesspiegel, Gastautor
- 16 **BESSER AUFGEKLÄRT ALS UNGEKLÄRT!**
Felix Gronau | Medizinstudent
- 18 **LANGE WARTELISTEN**
Richard Fribe | Der Tagesspiegel
- 19 **ALTERNATIVEN?**
Hannah Seidl | Der Tagesspiegel
- 20 **ORGAN(ISATIONS)VERSAGEN**
Detlef Bösebeck
Geschäftsführender Arzt der Deutschen Stiftung Organtransplantation
- 22 **SCHWIERIGE SCHWELLE**
Adelheid Müller-Lissner | Der Tagesspiegel
- 24 **50 JAHRE HERZTRANSPLANTATION – WO STEHEN WIR HEUTE?**
Volkmar Falk | Ärztlicher Direktor des Deutschen Herzzentrums Berlin
- 26 **EIN HERZ FÜR DIE WELT**
Markus Schönherr | Der Tagesspiegel
- 28 **ZWISCHEN TOD UND LEBEN**
Ingo Bach | Der Tagesspiegel
- 30 **DER WUNSCH NACH ÜBERLEBEN**
Gudrun Ziegler | Forum Organtransplantation Berlin e.V.
- 32 **VON HERZ ZU HERZ ZU HERZ**
Anna Ilin | Der Tagesspiegel

IMPRESSUM

Verlag Der Tagesspiegel GmbH
Askanischer Platz 3
10963 Berlin
Telefon: (030) 290 21 0
leserbriefe@tagesspiegel.de

Registriergericht: AG Charlottenburg
Registriernummer: HRB 43850
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer:
DE 151725755

Geschäftsleitung
Farhad Khalil
Ulrike Teschke

Chefredaktion
Stephan-Andreas Casdorff
Lorenz Maroldt

Redaktion
Ingo Bach
V.i.S.d. § 55 Abs. 2 RStV

Verlagsleitung
Sebastian Stier
(Marketing und Vertrieb)

Die Verlag Der Tagesspiegel GmbH nimmt
nicht an Schlichtungsverfahren nach dem
Verbraucherstreit-
beilegungsgesetz (VSBG) teil.

In Kooperation mit:
Marburger Bund
Landesverband Berlin/Brandenburg
Bleibtreustr. 17, 10623 Berlin
Geschäftsführer Reiner Felsberg
Telefon: (030) 7920027
info@marburgerbund-lvbb.de
marburger-bund.de/landesverbaende/
berlin-brandenburg

Marburger **forum**
Bund **wissen & gesundheit**

Auf Herz und Nieren – was ist die Lösung für mehr Organspenden?

Podiumsdiskussion mit:

Jens Spahn Bundesgesundheitsminister (angefragt), **Diana Golze** Gesundheitsministerin Brandenburg,
Catherina Pieroth gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen im Berliner Abgeordnetenhaus,
Prof. Frank Ulrich Montgomery Präsident der Bundesärztekammer, **Dr. Günther Jonitz** Präsident der
Ärztekammer Berlin, **Prof. Volkmar Falk** Direktor des Deutschen Herzzentrums Berlin,
Prof. Ulrich Frei Ärztlicher Direktor der Charité, **Dr. Detlef Bösebeck** Geschäftsführer der Deutschen
Stiftung für Organspende, **Dr. Michael de Ridder** Chefarzt Innere Medizin a. D.

Begrüßung **Reiner Felsberg** Geschäftsführer Marburger Bund LVBB und **Ingo Bach** Chefredakteur
Gesundheit Tagesspiegel | Moderation: **Hannes Heine** Tagesspiegel

Anmeldung unter: info@marburgerbund-lvbb.de · www.marburger-bund.de/aufherzundnieren



in Kooperation mit dem



24. September 2018 · Beginn 19 Uhr (Einlass 18.30 Uhr)
Tagesspiegel-Haus · Askanischer Platz 3 · 10963 Berlin

Anzahl der Organspender in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2017

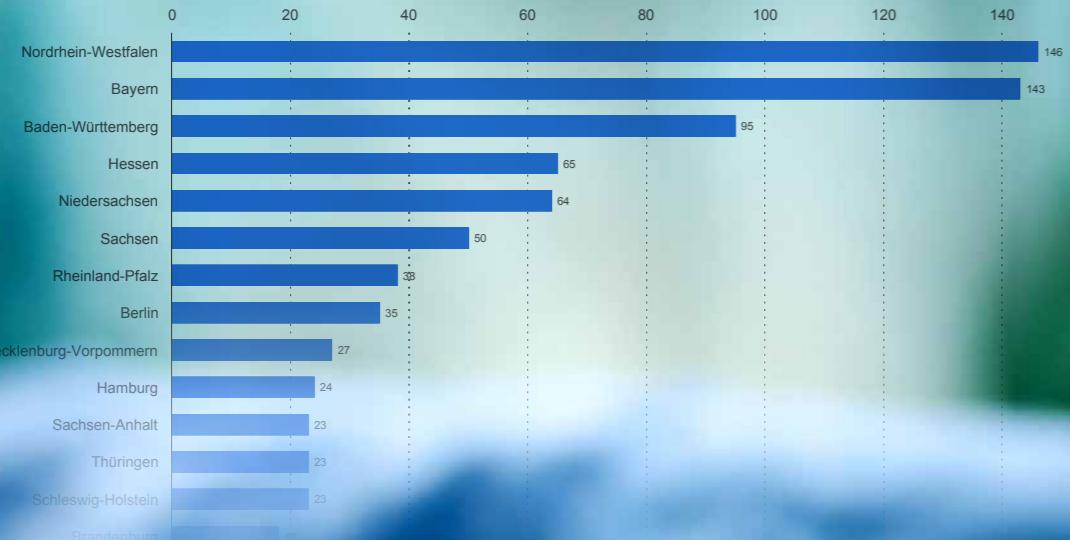


Foto: Adobe Stock

LÄNDER SUCHEN LÖSUNGEN BEI ORGANSPENDE

DIE ZAHL DER SPENDER IST 2017 WEITER GESUNKEN.
GESUNDHEITSMINISTER WOLLEN DEBATTE NEU ANSTOSSEN

Angesichts des Mangels an Spenderorganen in Deutschland wollen die Bundesländer die Debatte über eine verpflichtende Entscheidung zur Organspende anstoßen. „Wir müssen alle Kräfte mobilisieren, um den Negativtrend in Deutschland umzukehren“, sagte Hamburgs Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) zum Abschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in Düsseldorf. Der Bundestag solle sich nach dem Willen der Länder erneut mit dem Thema befassen.

2017 war die Zahl der Organspender in Deutschland auf den niedrigsten Stand seit 20 Jahren gesunken – bundesweit gab es nur 797 Spender, 60 weniger als im Jahr zuvor. Die Zahl der gespendeten Organe ging um 9,5 Prozent auf 2594 zurück.

Aktuellen Umfragen zufolge stehen 84 Prozent der Bürger dem Thema Organspende grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber. Allerdings haben derzeit nur 36 Prozent einen Organspendeausweis. In Deutschland gilt bei Organspenden die Entscheidungslösung. Jeder, der älter als 16 Jahre ist, wird von seiner Krankenkasse in regelmäßigen Abständen aufgefordert, eine freiwillige Erklärung über seine Bereitschaft zur Organspende abzugeben. Wird dies nicht dokumentiert, werden im Todesfall die Angehörigen befragt, ob sie im Sinn des Verstorbenen einer Spende zustimmen oder nicht.

Nötig sei eine „breite gesellschaftliche, politische, parlamentarische Debatte“, ob nicht die sogenannte Widerspruchslösung oder eine verbindliche Entscheidungslösung eine Option wären, sagte Prüfer-Storcks. Bei der auch von der Ärzteschaft geforderten Widerspruchslösung wird eine Zustimmung zur Organspen-

de vorausgesetzt, wenn ein Mensch dem nicht aktiv widerspricht.

Schleswig-Holstein hatte sich bei der GMK für eine verpflichtende Entscheidungslösung eingesetzt, wonach die Entscheidung zur Organspende auf einem offiziellen Dokument wie Führerschein oder Ausweis dokumentiert werden soll. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) betonte, es müsse über die persönliche Organspendebereitschaft „grundsätzlicher“ diskutiert werden. Die Widerspruchslösung lehnt er bislang ab. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) begründet die sinkende Spendenbereitschaft unter anderem mit Defiziten bei der Arbeit in den Kliniken. Ärzte würden bei der Behandlung unheilbar kranker Menschen bisher nicht systematisch genug die Möglichkeit einer Organspende ansprechen, um potenzielle Spender zu gewinnen. Das Problem sind der DSO zufolge „organisatorische Schwachstellen“ in Kliniken.

In anderen Ländern wie Österreich, Spanien, Italien und Tschechien gilt die Widerspruchslösung bereits. Je nach Land haben die Angehörigen das Recht, einer Organentnahme bei der verstorbenen Person zu widersprechen, sollte keine Entscheidung der verstorbenen Person vorliegen. Den Angaben von Eurotransplant zufolge, die die Organvergabe in einigen EU-Ländern regelt, ist die Spendenbereitschaft dort höher, wo die Widerspruchslösung gilt. In Spanien spenden im Schnitt sechs Menschen täglich ihre Organe, jeden Tag werden durchschnittlich 14 Organe transplantiert. Damit liegt das Land weit über dem europäischen Durchschnitt.

hew | AFP

NICHTS TUN HILFT NICHTS

In der Medizin geht es zum Glück nicht immer um Leben oder Tod, außer wenn man ein neues Herz oder eine neue Leber braucht. Die Transplantationsmedizin ist von enormer Bedeutung. Sie kann akut Leben retten und vor allem bei schleichend verlaufenden Krankheiten der inneren Organe Freiheit und Selbstbestimmung für diese schwer erkrankten Patienten wieder herstellen.

Transplantationsmedizin ist sehr aufwendig. Man braucht gut eingespielte und höchst qualifizierte Teams von Ärztinnen und Ärzten, Krankenpflegekräften und Technikern. Dazu gehört eine lückenlose und schnelle Transportkette hin zu demjenigen, der dringend ein Organ zum Überleben braucht. Alles, was wir uns, wenn wir oder unsere Angehörigen betroffen wären, selber wünschen würden. Die größte Herausforderung ist, die Zahl der Organspender zu erhöhen. Hirntote kehren nicht mehr ins Leben zurück. Die Anforderungen an die Feststellung des Hirntodes sind sehr hoch. Warum geht die Zahl der Spender zurück?

Der erste Grund ist profan: Den Krankenhäusern, in denen Organspender liegen, entsteht großer Aufwand, für den die Kassen nicht aufkommen. Gerade weil ein Patient mit einem neuen Organ besser und für die Kassen preiswerter ist, muss das nachgebessert werden.



Foto: Christo Libuda

Der zweite Grund ist der Vertrauensverlust, den die Transplantationsmedizin durch mehrere Fälle von Machtmissbrauch erlitten hat. Daran wird gearbeitet, nicht nur vor Gericht, sondern auch intern. Transparenz ist das Gebot der Stunde.

Der dritte Grund ist die Zustimmungslösung. Der betroffene potentielle Organspender muss selbst zu Lebzeiten eindeutig oder seine Angehörigen explizit einer Organentnahme zustimmen. Diese Hürde ist hoch. Hier muss für Entlastung gesorgt werden. Bei der Widerspruchslösung müssten Patient oder Angehörige explizit einer Organentnahme widersprechen. Damit wären wir auch im Gleichklang mit fast allen anderen europäischen Ländern. Wir geben unseren Patientinnen und Patienten in den meisten Fällen Organe aus Ländern mit Widerspruchslösung, beteiligen uns selbst aber nicht. Das sollten wir ändern.

An den ersten beiden Punkten wird erfolgreich gearbeitet. Den dritten muss die Politik entscheiden und dabei weise zum Wohle des Volkes und der Patientinnen und Patienten handeln. Bis dahin gilt, der Patient ist furchtbarer Weise verstorben. Seine Organe können weiterleben. Wollen sie das nicht ermöglichen?

Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

Der Autor wird am 24. September an der Podiumsdiskussion vom Marburger Bund und dem Tagesspiegel zum Thema „Organspende“ teilnehmen. Alle Infos auf Seite 5.

WIDERSPRUCHSLÖSUNG IST KEIN WIDERSPRUCH

Organspende: Allein der Begriff ist paradox, auf mehreren Ebenen. Denn Organspender sind – mit Ausnahme derer, die eine ihrer zwei Nieren oder ein Stück Leber hergeben, um jemand Nahestehenden zu retten – per Definition zum Zeitpunkt, da sie spenden, tot. Wer einen Organspenderausweis im Portemonnaie hat, ist jedenfalls kein aktiver Spender von irgendetwas, sondern nur jemand, der oder die nichts dagegen hat, dass nach offiziell festgestelltem Hirntod einzelne Organe oder Gewebe im Körper anderer weiterleben.

De facto also ist der Ausweis (auf dem man Organentnahme übrigens auch komplett ablehnen kann) kein Beleg selbstloser Hilfsbereitschaft, denn das „Selbst“ hat zum Zeitpunkt X mit dem Körper schon nichts mehr zu tun. Er ist nur ein Dokument, das jemanden als denkendes Wesen ausweist, das sich mit dem eigenen Tod und dem Leid anderer über den eigenen Tod hinaus bewusst und konsequent beschäftigt hat. Gründe, Organspende abzulehnen, kann es nur drei geben: erstens religiöse. Zweitens Ablehnung aus welchen anderen Gedanken oder Gefühlen heraus auch immer. Drittens begründetes Misstrauen in jene, die Organspende organisieren und die, die potenzielle Spender für hirntot erklären müssen. Religiöse und selbst jene diffusen anderen

Beweggründe gilt es zu akzeptieren. Für jenes Misstrauen wären schon ein paar echte Belege jenseits irrationaler Angst wünschenswert. Und die sind zumindest in Deutschland angesichts der wirklich strengen, vielfach alles absichernden Praxis gegenwärtig schwer zu finden.

Entscheidend ist aber etwas anderes: Mit keinem dieser drei Nein-Gründe ist die Praxis zu rechtfertigen, dass mündigen Menschen, die sich – warum auch immer – nie mit dem Thema beschäftigt haben, deren Wille also nicht feststellbar oder ableitbar ist, eigentlich keine Organe entnommen werden dürfen. Von der Last, die solche Ignoranz Angehörigen aufbürdet, ganz zu schweigen. Denn die müssen dann nicht nur für einen Toten entscheiden, sondern auch über die Lebenschancen oft sogar mehrerer Lebender auf den Wartelisten. Die Widerspruchslösung, die derzeit auch in Deutschland wieder diskutiert wird, würde es jedem ermöglichen, Nein zu sagen. Das genügt. Man muss dafür ein bisschen nachdenken. Das geht am besten, solange man nicht hirntot ist.

Richard Friebe | Der Tagesspiegel

WER DENKT AN DIE EMPFÄNGER?



© Uwe Nölke

Der Mangel an verfügbaren Spenderorganen hat in Deutschland zu einer neuen Diskussion zur Frage der Einwilligungslösung geführt. Auch ist man sich öffentlich durchaus bewusst, dass die Kooperation der Krankenhäuser trotz einiger Maßnahmen wie der Einsetzung von Transplantationsbeauftragten bei Weitem nicht ausreichend ist. Im Gegenteil, Organspende wird in den meisten Krankenhäusern immer mehr zu einer exotischen Maßnahme, über die das Personal auf Intensivstationen und in den Operationssälen kaum noch detaillierte Kenntnis hat. Die Folge ist, dass aus Unkenntnis, aus Konfliktscheu und zu stark ökonomisiertem Denken in den DRG- und Effizienzkategorien auch mögliche Organspenden nicht stattfinden. Die Diskussion ist derzeit sehr abstrakt und nur von den immer weiter sinkenden Spenderzahlen getrieben.

Dringend notwendig wäre es für die Allgemeinheit, aber vor allem für das Krankenhauspersonal, wieder die Not und den dringenden Bedarf der wartenden Empfänger vor Augen zu halten. Organspende ist ja kein Selbstzweck, sondern jede Organspende kann mehreren Empfängern gleichzeitig Todesgefahr und langfristiges Leiden ersparen.

Man stelle sich vor: Ein Patient mit endgültigem Nierenversagen, behandelt mit der Dialyse, wartet, wenn er die am häufigsten vorkommende Blutgruppe Null (0) hat, 8–10 Jahre auf eine Niere, wenn er nicht das Glück hat – was nur in 20 Prozent der Fälle vorkommt – eine sehr gute Übereinstimmung der Gewebeeigenschaften mit einem Spender zu haben. Man stelle sich diese 10 langen Jahre vor, 3x wöchentlich zur

Dialysebehandlung, verbunden mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, Nachteilen im Beruf, in der Partnersuche oder in der Partnerschaft, komplizierte Urlaubs- und Freizeitgestaltung, fortdauernde Anspannung beim Blick auf das Telefon. Bei Frauen wenig Chancen auf Nachwuchs. Der Freundeskreis wird kleiner wegen der geringen zeitlichen Verfügbarkeit. Partnerprobleme stellen sich ein, Trennung, weil der Zustand schwer erträglich ist. Es kommt zu Einsamkeit, Schlafstörungen und Depression.

Und dazu nach und nach ein langsamer Verfall der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Entwicklung von Zweiterkrankungen wie Herzinfarkt und Durchblutungsstörungen. Öfter werdende Krankenhausaufenthalte wegen Problemen mit dem Gefäßzugang, mit den Knochen und Gelenken, wegen Infekten.

Noch schwieriger, ja verzweifelt ist die Situation von Patienten mit Leberversagen. Während es bei akuten Leberversagen innerhalb von Tagen um Leben und Tod geht und dieser nur durch die rasche Verfügbarkeit eines Spenderorgans abgewendet werden kann, ist die Situation bei Patienten mit einem schleichenden chronischen Ausfall der Leberfunktion noch viel belastender. Da die Verteilung von Spenderlebern einem Punktesystem folgt, das die Wahrscheinlichkeit des Versterbens bewertet, kann es für den chronisch Leberkranken sehr lange gehen, bis er einen ausreichend hohen Punktewert hat. Dennoch leidet er unter vielfältigen Symptomen wie Appetitmangel, Gewichtsabnahme, Juckreiz, Gelbverfärbung der Haut, Wasseransamm-

lung (Aszites) im Bauchraum und Blutungsgefahr aus Varizen (Krampfadern) im Darmtrakt. Letzte können auch schon lange, bevor eine Transplantation erfolgen kann, tödlich verlaufen. Die Situation ist auch deshalb weit problematischer als beim Nierenkranken, weil es kein technisches Leberersatzverfahren wie die Dialyse gibt.

Im Gegensatz dazu steht Patienten mit einer tödlichen Herzschwäche heute als Überbrückung bis zu einer Herztransplantation die Behandlung mit einem "Kunstherz" zur Verfügung. Dies klingt besser, als es die tatsächliche Situation ist. Auch solche Kunstherzen sind bei Weitem nicht perfekt. Es besteht eine ständige Abhängigkeit von einer externen Stromversorgung oder von sich erschöpfenden Batterien. Der Durchtritt von Schläuchen durch die Haut kann sich entzünden, und es können Probleme mit der Blutgefärrinnung auftreten. Auch leiden diese Patienten nicht selten an psychischen Problemen, verursacht durch die ständige Abhängigkeit vom Kunstherz.

Eine ebenfalls besonders belastete Empfängergruppe sind Patienten, die ein chronisches, immer weiter sich entwickelndes Lungenvver sagen haben. Unter den jüngeren sind solche, die z.B. eine Mukoviszidose haben, eine Erkrankung der Schleimbildung, die ganz überwiegend in der Lunge zu ständigen, häufig schweren Infekten der Lungen und der Atemwege führt. Wiederholte Krankenhausaufenthalte sind die Regel. In fortgeschrittenen Stadien auch eine permanente Abhängigkeit von einer Sauerstoffversorgung. Sie kämpfen mit einer erschöp-

fenden Atemarbeit. In weit fortgeschrittenen Stadien ist auch eine künstliche Beatmung erforderlich, die mit der damit verbundenen Infektionsgefahr dann auch gelegentlich eine Transplantation zeitweilig unmöglich macht. Die zweite Gruppe der Wartenden auf eine Lungentransplantation sind Patienten mit einem Lungenemphysem, einer Lungenüberblähung. Diese Patienten haben einen Verlust an Austauschfläche für Sauerstoff und sind deswegen fast dauerhaft in Sauerstoff- und Luftnot.

Die Schilderung der Empfängersituation und die Information des pflegerischen und ärztlichen Intensivpersonals und ebenfalls der Bevölkerung ist unbedingt nötig, damit alle erkennen, dass es sich bei der Unterstützung der Organspende und bei der Zustimmung oder Verweigerung einer möglichen Organspende um ganz konkrete, aufs schwerste leidenden Mitmenschen geht, die man zwar nicht persönlich kennt, die aber vom eigenen Handeln bitter abhängig sind. Auch sollte man sich durchaus vor Augen halten, dass alle geschilderten Krankheitsbilder einen selbst oder nahe Angehörige betreffen könnten, eine Situation, wo man dann ganz schnell zum Bittsteller um ein Organ wird.

Der gegenwärtige Mangel an Organspenden ist daher kein abstraktes, juristisches oder politisches Problem. Es ist ein zutiefst medizinisches und lebensentscheidendes Problem. Das Schicksal der potentiellen Empfänger sollte einem immer vor Augen stehen. Dieses Schicksal abzuwenden ist unser aller Pflicht, an jedem Ort der möglichen Handlungskette.

Ulrich Frei | Ärztlicher Direktor Charité

Der Autor wird am 24. September an der Podiumsdiskussion vom Marburger Bund und dem Tagesspiegel zum Thema „Organspende“ teilnehmen. Alle Infos auf Seite 5.

WARUM DIE DEUTSCHEN KEIN HERZ HABEN

Nie waren die Organspenderzahlen niedriger als 2017
Eine Ursache ist die unredliche Aufklärung
Kulturelle und religiöse Ängste werden unterschätzt

Die Spende eines Organs ist ein Akt menschlicher Hilfsbereitschaft und Solidarität. Er ermöglicht einerseits zahllosen Menschen mit einem versagenden Organ das Überleben. Er greift andererseits tief in die körperliche und seelische Integrität des Spenders ein. Er berührt sein individuelles Todesverständnis, seine religiösen oder spirituellen Überzeugungen, sein Selbstbestimmungsrecht, sein Vertrauen in die Medizin sowie sein Verhältnis zu ihm nahestehenden Menschen. Ängste und Unsicherheiten sind also mit dem Für und Wider einer Zustimmung zur Organspende eng verflochten. Deswegen ist die Hemmschwelle vieler Menschen hoch und lässt sie zögern, zu Lebzeiten ihre Zustimmung schriftlich mit einem Organspendeausweis oder einer Patientenverfügung zu dokumentieren.

Erneut musste die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) zu Jahresanfang eine Hobbotschaft verkünden: Haben 2007 noch 1313 Menschen ein Organ gespendet, so ging die Zahl seitdem kontinuierlich auf 797 Spender im Jahr 2017 zurück – die niedrigste Spenderrate seit 20 Jahren. Umso erstaunlicher ist, dass mehr als 80 Prozent der Deutschen eine grundsätzlich positive Haltung zur Organspende einnehmen, doch nur 32 Prozent haben ihre Entscheidung in einem Organspendeausweis dokumentiert (unter diesen wiederum 74 Prozent zugunsten einer Organspende). Mangelt es also in Deutschland, wie die DSO konstatiert, an einer „Kultur der Organspende“? Hat unser ansonsten so hilfsbereites und spendenfreudiges Land im

wörtlichen wie im übertragenen Sinne kein Herz für Schwerstkranke und Todgeweihte?

An Erklärungsversuchen für die Krise der Organspende mangelt es nicht, eine schlüssige Erklärung für den Rückgang der Organspenderzahlen kann bis heute allerdings niemand geben: Der Organspendeskandal 2012 wird als Grund genannt – obwohl der Rückgang der Spenderzahlen schon wesentlich früher begann. Mediziner in verschiedenen Kliniken sollen Empfängerlisten manipuliert haben. Von zu vielen Transplantationszentren ist außerdem die Rede, manchmalhafter Organisation, einer niedrigen, weil zu gering vergüteten Meldebereitschaft der Krankenhäuser. Bis heute fehlt ein Transplantationsregister, das Daten von Spendern und Empfängern zentral zusammenführen soll; die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel für die Transplantationsbeauftragten der Kliniken würden allzu oft zweckfremd verwendet; Intensivmediziner und -pflegepersonal hätten Vorbehalte gegen die Organspende; es herrsche eine ungute Konkurrenzsituation zwischen der Betreuung potenzieller Organspender und der Behandlung Schwerstkranker auf Intensivstationen.

Mit dem starken Rückgang wurde auch die politische Debatte um die sogenannte „Widerspruchslösung“ befeuert. Bei jedem Bürger würde dann die Spendebereitschaft vorausgesetzt, es sei denn, er widerspricht explizit. „Organspende niedrigste Rate. Brauchen Widerspruchslösung. Das System versagt. Zu viele unnötige Tote. Keine Ethik der Unverantwort-

lichkeit!“, twitterte der Gesundheitsexperte der SPD, Karl Lauterbach, zu Jahresanfang und fordert die Einführung der Widerspruchsregelung. Im Mai sprach sich auch der Deutsche Ärztetag für diese Lösung aus. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat für September einen Gesetzentwurf zur Organspende versprochen. Die Frage der Zustimmung wird darin nicht neu geregelt – es bleibt dabei, dass es die explizite Zustimmung eines Bürgers braucht, um seinem Körper Organe zu entnehmen. Verbessert werden soll laut Spahn zunächst die Situation in den Kliniken, etwa durch eine Stärkung der Transplantationsbeauftragten. Doch der Gesundheitsminister sagte zu, die Debatte über die Organspende in der Gesellschaft voranzutreiben.

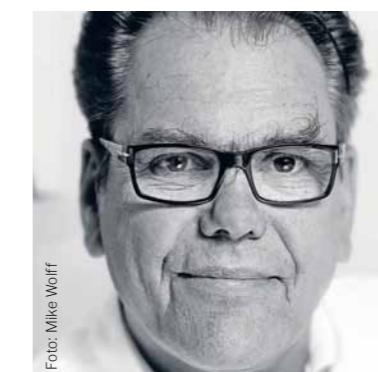
Die Widerspruchslösung allerdings ist keine Lösung des Problems. Nach Ansicht der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin sollte ein Wechsel der rechtlichen Regelung nur dann zur Disposition gestellt werden, wenn sie nachweislich etwas verbessern würde. Ein Blick auf andere Länder kann diese Erwartung jedoch nicht bestätigen. Während in einigen Ländern die Spenderrate unter der Widerspruchslösung anstieg (zum Beispiel in Belgien), veränderte sich die Rate in anderen Ländern nicht (in Schweden und Singapur) oder sank sogar (in Brasilien, Dänemark, Lettland). Gleichzeitig sind auch Länder bekannt, in denen sich umgekehrt die Einführung der Zustimmungslösung mit einer Erhöhung der Spenderrate verband (Australien, USA).

Die Bürger quasi per Gesetz zu Spendern zu machen, kann also nicht die Lösung sein. Würde sich jemand wirklich dafür interessieren, warum die Deutschen nicht spenden, könnte er leicht zu folgendem Schluss kommen: Wir müssen ihre Ängste ernst nehmen und sie mündig machen. Die bisherigen Aufklärungsmethoden leisten das nicht.

Das Transplantationsgesetz beinhaltet seit 2012 die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Mitglieder regelmäßig schriftlich über den guten Zweck der Organspende zu informieren und die Aufforderung, ihre Ablehnung oder Einwilligung zu bekunden. Zwar beabsichtigt der Gesetzgeber mit dieser Regelung die Erhöhung der Spendebereitschaft der Bevölkerung; zugleich besteht er darauf, „dass die Aufklärung die gesamte Tragweite der Entscheidung umfassen und ergebnisoffen sein muss“. Damit bekennt er sich zur Selbstbestimmung und freiwilligen Entscheidung des einzelnen Bürgers.

Aufklärung – ein genuin auf Offenheit angelegter diskursiver Prozess der (selbst-)kritischen Auseinandersetzung – zielt auf Mündigkeit der Aufzuklärenden; sie soll freies, selbstbestimmtes Entscheiden und wohl erwogenes Handeln ermöglichen; sie dient der Vergewisserung unserer selbst und der Antwort auf die Frage, wer wir sind und wer wir sein wollen; sie muss zudem am vorhandenen Wissen und an den herrschenden Anschauungen der Aufzuklärenden ansetzen.

Im Kontext der Organspende kann und darf sich Aufklärung nicht allein darauf beschränken, Solidarität, Nächstenliebe, gar die Heldenhaftigkeit des Spenders zu überhöhen; sie kann das notorisch umstrittene Hirntodkonzept nicht undiskutiert lassen; sie darf die Diskussion zentraler und klassischer Begriffe der abendländischen Ethik wie Leben, Körper, Natürlichkeit, Integrität, Menschenwürde, Autonomie, Person(-alität) und Pietät nicht außer Acht lassen zugunsten einer „Aufklärung“, die letztlich einseitig altruistisch argumentiert und dabei simplicistisch auf den allein biologisch verstandenen Tod rekurriert. Gerade in einer Zeit, in der Sterben und Tod wie nie zuvor manipulierbar geworden sind und viele Menschen den Möglichkeiten und der Macht der Medizin mit Skepsis oder Misstrauen begegnen, ist eine solche Verkürzung unangemessen, weil sie exis-



Michael de Ridder
Gastautor Der Tagesspiegel
Chefarzt a. D.,
war viele Jahre Leiter der
Rettungsstelle des Urban-Krankenhauses in Berlin.

tenzielle Fragen, Ängste und Zweifel unberücksichtigt lässt. In Fragen der Aufklärung zur Organspende ist indes, wie sonst nirgends in der Medizin, äußerste Sensibilität, Offenheit und Redlichkeit gefordert. Davor aber sind die institutionellen Aufklärungskampagnen weit entfernt.

Diverse, der Öffentlichkeit weitgehend unbekannte wissenschaftliche Analysen, zum Beispiel das von der Volkswagenstiftung geförderte Projekt „Tod und toter Körper“ widmen sich den Inhalten und der Qualität der Aufklärung zur Organspende. Sie haben sowohl die „Herstellung“ von Wissen über die Organspende wie auch die Methodik der Bevölkerungsbefragungen, zumal zur Frage des Hirntods, untersucht. Es stellt sich heraus, dass es den Produzenten des Aufklärungsmaterials primär um eine Imagekampagne im Sinne eines „sauberen Transplantationsverfahrens“ geht. In nur sechs von 32 analysierten Kurzfilmen wird das Hirntodkriterium explizit angesprochen. Die Studie kommt außerdem zu dem Schluss, dass die Bevölkerung den Hirntod keineswegs ganz allgemein mit „dem Tod“ des Menschen gleichsetzt – anders als es die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung behauptet. Immerhin stimmten 28 Prozent der Befragten der Aussage zu: „Hirntote Spender sollten nicht als Organspender benutzt werden“ und 37 Prozent hätten lieber ein künstliches oder ein aus Stammzellen gezüchtetes Organ als das eines Hirntoten, wenn sie auf eines angewiesen wären.

Wird die Frage der Legitimität der Hirntoddiagnostik überhaupt erörtert, dann allein mit dem Verweis auf die Existenz des Transplantationsgesetzes; als sei allein die Tatsache, dass es ein Gesetz gibt, hinreichend dafür, Zweifel an der Organspendepraxis nicht aufkommen zu lassen. Dabei vertritt nicht einmal der Deutsche Ethikrat in der Frage des Hirntods eine einheitliche Meinung: Zwar plädierten alle 25 Mitglieder dafür, den Hirntod als Organentnahmekriterium zu akzeptieren, doch nur 18 seiner Mitglieder setzen das irreversible Erlöschen aller Hirnfunktionen (Hirntod) mit „dem Tod“ des Individuums gleich. Die übrigen sieben hingegen halten den Hirntod zwar auch für ein Entnahmekriterium, nicht jedoch für „den Tod“ des Menschen schlechthin. Womit Raum gegeben ist für die diffizile Frage, ob Hirntote nicht doch – wenn

auch unwiderruflich – als Sterbende und damit noch Lebende anzusehen sind.

Zu aufschlussreichen Ergebnissen gelangen auch Analysen der Ikonografie bundesweit bei „Informationskampagnen“ eingesetzter Plakate und anderer Bildmaterialien zur Organspende, so etwa ein Video der Stiftung „Fürs Leben“: Ein junger Mann wartet an einer menschenleeren U-Bahn-Station (Gesundbrunnen) unter einer Anzeigetafel („Betriebsstörung“) mit einem tragbaren Dialysegerät – eine surreale Situation, die dem Betrachter eine verzweifelt leidende Person vor Augen führt. Ihr nicht zu helfen, kommt dem „Tod auf der Warteliste“ gleich. Der Betrachter wird als potenzieller Organspender in die Szenerie geradezu hineingesogen – mit der Botschaft einer Verpflichtung, dem Sterbenden ein Weiterleben zu ermöglichen. Der nicht handelnde und nicht leidende Betrachter, so die Botschaft des Films, ist verantwortlich für das Leiden des Patienten. Derartige Bilder mögen zwar motivieren, von Information und Aufklärung sind sie weit entfernt.

Der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte „Göttinger Organspende-Survey“ ging der Frage nach den tieferen Ursachen für die Zurückhaltung gegenüber einer Organspende in Deutschland nach. Befragt wurden in den Jahren 2008 und 2015 Studenten. Er kommt zu dem Resultat, dass es weniger um erschüttertes Vertrauen der Bevölkerung in unser Transplantationssystem geht; auch sind Ignoranz und Desinteresse der Bürger nicht die Hauptgründe für die geringe Bereitschaft zur Organspende. Vielmehr seien es Skepsis gegenüber der Gleichsetzung des Hirntods mit dem Tod des Menschen sowie generelle, kulturell tief verwurzelte Körperkonzepte, die die (Nicht-)Bereitschaft zur Organspende beeinflussten. Nicht spendebereite Personen sehen den Körper nicht allein als physisch, sondern als Ganzheit, die Identität und Persönlichkeitseigenschaften formt. So lehnten 88 Prozent der Befragten den Satz ab: „Der Körper ist eine Maschine.“ 35 Prozent unterstützten die Idee, dass manche Organe die Individualität und Einzigartigkeit einer Person konstituieren und nicht transplantiert werden sollten, etwa das Herz, weil es der Sitz der Seele sei.

Insgesamt kann man sagen: Die Aufklärer verstehen sich eher als Träger einer Mission denn als Bereitsteller von Information. Der Entschluss zur Organspende wird dem Bürger als moralisch höherwertig, wenn nicht gar als moralische Pflicht vermittelt. Damit gerät jeder potenzielle Organspender unter Druck. Eine freie und wohl erwogene Entscheidung wird konterkariert. Bei manch Unschlüssigem wird eher das Gegenteil des Gewünschten erreicht. Auch der Ablehnung einer Organspende oder die Nichtäußerung kann eine wohlerwogene Entscheidung sein. Niemandem steht es zu, dies moralisch zu bewerten.

Dass die Bevölkerung für diese Zusammenhänge ein Gespür hat und deshalb mit Widerständen reagiert, hält Weymar Lübbe, ehemaliges Mitglied des Deutschen Ethikrates, für hoch wahrscheinlich: Die verantwortlichen Institutionen sollten die Bürger als Diskussionsteilnehmer behandeln und nicht als Objekte von mehr oder weniger durchschaubaren Kommunikationsstrategien zur Steigerung des Spendenaufkommens.

Der Wert der Organspende als Akt menschlicher Hilfsbereitschaft ist nicht hoch genug einzuschätzen, doch ist er durchwirkt von höchst persönlichen weltanschaulichen und spirituellen Fragen, Zweifeln und Unwägbarkeiten. Eben deswegen ist eine gewissenhafte und verantwortliche Entscheidung den Bürgern nur zuzumuten, wenn ihre Alternativen in der Gesamtheit ihrer Dimensionen aufgeblättert werden und den Bürgern zugänglich sind. Daran aber mangelt es. Die Aufklärung muss echte Aufklärung werden, so mühsam das sein mag. Sonst wird das Unbehagen an der Organspende fortbestehen.



BESSER AUFGEKLÄRT ALS UNGEKLÄRT!



Foto: Privat

„Was machen Sie hier? Organspende in der Schule? Sollen die Kinder hier etwa Organe spenden?“, kommentiert ein Familienvater beim Tag der offenen Tür in einem Gymnasium in Berlin-Marzahn unseren Stand, den wir gemeinsam mit Schüler*innen der Schule aufgebaut haben. Nach ein paar erklärenden Worten ist das sicherlich nicht ganz ernst gemeinte Missverständnis aus dem Weg geräumt und der Vater öffnet sich unseren Erklärungen. Ja, wir bringen als Studierendeninitiative das Thema Organspende in die Schulen und konfrontieren so auch 14-Jährige mit dem Thema Tod und Sterben. Unser Ziel ist es, die Schüler*innen in die Lage zu versetzen, selbst entscheiden zu können, was im Falle eines Hirntodes mit ihren Organen geschehen soll. Sicherlich eine große Entscheidung mit Folgen, die in so jungen Jahren noch gar nicht vollständig überblickt werden können. Wir erreichen jedoch in den allermeisten Fällen, dass die Schüler*innen sich Gedanken über das Thema machen und mit ihren Familien darüber sprechen. Organspendeausweise, die wir bei jedem Schulbesuch austeilen, werden ebenfalls gerne mitgenommen und ausgefüllt. Wo jede*r das Kreuz setzt, geht uns als AG nichts an, darauf weisen wir dezidiert hin. Neutralität ist schließlich der Schlüssel, der uns erlaubt, in die Schulen zu gehen und somit Leitgedanke der AG Aufklärung Organspende.

Entstanden ist diese Initiative 2014 mit der Lokalgruppe an der Charité in Berlin, wobei mittlerweile von insgesamt 15 medizinischen Fakultäten in ganz Deutschland aus Schulbesuche, Social-Media-Kampagnen und Kurzfilme sowie Lehrerfortbildungen und Tutorien geplant und durchgeführt werden. Um sich in das komplexe Thema Organspen-

de einzufinden und auch auf detailliertere Fragen der Schüler, wie etwa „Gilt mein Organspendeausweis auch im Urlaub im Ausland?“ antworten zu können, bietet jede Lokalgruppe eine Vortragsreihe an, bei der Dozierende verschiedener Fachrichtungen ihren beruflichen Blickwinkel auf die Organspende beleuchten. Dies ist unter anderem notwendig, da die Themen Hirntod und Organspende selbst im Medizinstudium stark unterrepräsentiert sind.

Der Organspendeausweis hat nur in Deutschland seine Gültigkeit, wobei natürlich immer, wenn möglich, die Angehörigen nach der Einstellung des potentiellen Spenders befragt werden. Auch in Ländern, die die Widerspruchslösung eingeführt haben, wird nicht wider der Einschätzung der Angehörigen transplantiert. Darauf weisen wir bei Schulbesuchen immer besonders hin, um dem immer noch weit verbreiteten Vorurteil entgegenzuwirken, Organspender erhielten eine per se schlechtere Behandlung und Therapie, da die Ärzt*innen stets den großen Mangel an Spenderorganen im Hinterkopf hätten. An diesem Punkt kommt immer auch ein Mangel an Vertrauen in das Gesundheitssystem zum Ausdruck, der auch bei Zehntklässlern*innen bereits ausgeprägt ist. Ökonomisierung und Rationalisierung bedrohen für viele den Grundsatz, dass jedem Patienten immer die bestmögliche Therapie zugute kommt. Viele Schüler*innen haben auch die Organspendeskandale miterlebt, die das Vertrauen in das Organspendesystem nachhaltig erschüttert haben. Anhand der sinkenden Spenderzahlen besprechen wir die Schwachstellen des Systems und mögliche Lösungen für das Problem des Organmangels in Deutschland.



Die große Angst, die bei vielen in diesem Zusammenhang besteht, ist eine Organentnahme, ohne dass der Hirntod eingetreten ist. Für uns immer wieder ein besonders großes Ärgernis, stellen dann Zeitungsartikel dar, in denen Fälle geschildert werden, bei denen „Schein-Hirntote“ quasi in letzter Sekunde bereits auf dem OP-Tisch liegend doch noch erwachen und die Organentnahme deshalb abgebrochen werden muss. Derartige Schilderungen sind natürlich grober Unfug, einerseits weil die Hirntoddiagnostik von Ärzt*innen durchgeführt wird, die mit der Transplantation nichts zu tun haben und andererseits, weil die Hirntoddiagnostik auf dem höchsten medizinischen Standard und mit größter medizinischer Sicherheit Hirntote von Nicht-Hirntoten unterscheiden kann.

Die Richtigstellung dieser Aussagen kann dabei nicht etwa ein Plakat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung leisten, dazu sind nur wir als AG in der Lage, indem wir die Zusammenhänge erklären, beleuchten und für Laien verständlich machen. Die Hirntoddiagnostik ist nun mal ein komplexes Verfahren, das nicht ohne Grund unter Ausschluss von verfälschenden Faktoren wie Medikamenten und Unterkühlung nur von Spezialist*innen durchgeführt werden darf.

Obwohl es uns lediglich um die Beseitigung derartiger Vorurteile geht, sind wir in den sozialen Netzwerken auch in den Fokus von Personen geraten, die Organspende als Mord betrachten, Organempfängern kein würdiges Leben zusprechen und uns als Studierende für bezahlte Hilfskräfte der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) halten, die durch Propaganda die Spenderzahlen erhöhen sollen. Es liegt auf der Hand, dass alle drei Aussagen falsch sind. Offensichtlich ist auch, dass wir diese Personen nicht von ihren Vorurteilen befreien können. Unsere Aufklärung setzt eben dort an, wo dies noch möglich ist: bei jungen und geistig flexiblen Menschen. Neben dem Personal im Krankenhaus auf den Intensivstationen oder im OP, das direkt in ihrem Arbeitsumfeld mit Organspende in Berührung kommt, muss auch die Allgemeinbevölkerung über dieses Thema Bescheid wissen. Der Hirntod ist zwar ein seltenes Ereignis, kann aber beispielsweise bei einem schweren Verkehrsunfall leider auch bei 14-Jährigen eintreten. Wir fordern daher, dass das Thema Organspende in jedem Bundesland in den Lehrplan der Schulen aufgenommen wird. Egal ob Entscheidungs- oder Widerspruchslösung, eine fundierte Aufklärung über Organspende ist für beide Lösungen unabdingbar.

Felix Gronau | Medizinstudent



LANGE WARTELISTEN

INITIATIVEN SUCHEN WEGE ZU MEHR ORGANSPENDEN

Vor 50 Jahren hat der südafrikanische Chirurg Christiaan Barnard zum ersten Mal ein Herz von einem Menschen einem anderen verpflanzt. Der 2. Juni ist deshalb der Tag der Organspende. 1968 wurden weltweit bereits 100 solche Transplantationen vorgenommen. Doch das damals erwartete goldene Zeitalter des Organersatzes brach nicht an. Heute wie damals gibt es einen Mangel an Spenderorganen.

Nach dem sogenannten Organspende-Skandal 2010/11, im Zuge dessen einzelnen Transplantationszentren an deutschen Unikliniken Richtlinienverstöße bei der Vergabe von Spenderorganen nachgewiesen wurden, sank die Bereitschaft in der deutschen Bevölkerung noch einmal. Derzeit gibt es in Deutschland Initiativen, die bewirken sollen, dass in Zukunft mehr Organe zur Verfügung stehen. Zudem wird weltweit verstärkt an Alternativen geforscht.

Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP) will nun mit einem neuen Vorstoß den Spender-Mangel angehen. Ähnlich wie in den USA sollten die Menschen beim Beantragen von behördlichen Dokumenten wie Personalausweis, Reisepass oder Führerschein angeben müssen, ob sie im Fall ihres Todes Organspender sein wollen oder nicht, sagte Garg der Deutschen Presse-Agentur. Falls jemand bereit sei zur Organspende, würde das Dokument entsprechend gekennzeichnet. Garg favorisiert damit eine Variante der sogenannten Widerspruchslösung, die etwa in den Niederlanden gilt. Danach sind alle Menschen potenzielle Organspender, es sei denn, sie haben sich ausdrücklich dagegen ausgesprochen. Die Widerspruchslösung war zuletzt 2011/2012 in Deutschland intensiv debattiert worden, aber auf starken Widerspruch gestoßen und gescheitert.

Rund 10 000 Menschen stehen in Deutschland auf den Wartelisten für ein Spenderorgan. Täglich stürben statistisch gesehen drei von ihnen, weil für

sie nicht rechtzeitig ein passendes Organ verfügbar sei, heißt es bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) in Frankfurt am Main. Im vergangenen Jahr fiel die Zahl der Organspender mit 797 nach Angaben der DSO auf den niedrigsten Stand seit 20 Jahren. Weil im Todesfall oft mehrere Organe gespendet werden, erhielten 2700 Menschen ein fremdes Organ.

Die Widerspruchslösung sei „aus medizinischer Sicht, vor allem aber aus Sicht der vielen schwer kranken Patienten auf der Warteliste“ der Idealfall, sagte Ärztepräsident Frank Ulrich Montgomery. Ähnlich äußerte sich auch SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach: „Wir könnten damit so vielen Menschen den Tod ersparen oder ein besseres Leben ermöglichen.“ Auch der Deutsche Ärztetag in Erfurt hatte sich Anfang Mai klar für die Widerspruchslösung ausgesprochen. Es gibt aber auch kritische Stimmen. Rudolf Henke, Vorsitzender der Ärzte-Gewerkschaft Marburger Bund, sagte, das Transplantationswesen lebe von Vertrauen. Dass eine Widerspruchslösung das Vertrauen stärkt, bezweifelt er. Man müsse stattdessen die Menschen überzeugen und die Strukturen verbessern. Die generelle Sicht auf Organspenden hat sich neuen Umfragedaten zufolge in letzter Zeit wieder verbessert.

In der biomedizinischen Forschung wird derweil nach Methoden gesucht, wie die Abhängigkeit von menschlichen Spenderorganen reduziert werden könnte. Künstliche Ersatzorgane werden mittlerweile bereits routinemäßig bei Herzpatienten eingesetzt, um so die Zeit bis zur Verfügbarkeit eines echten Organs überbrücken zu können. Am Deutschen Herzzentrum Berlin wird an neuen Kunsterzen mit komplett biologischer Oberfläche gearbeitet. Das soll die Gefahr der Bildung von Blutgerinnseln verringern.

Richard Friebe | Der Tagesspiegel

ALTERNATIVEN?

Künstliches Lebergewebe wächst und arbeitet

Forscher in den USA haben eine neue Methode entwickelt, um Lebergewebe zu züchten und zu vermehren. Die Gewebestrukturen enthalten drei der menschlichen Leber entnommene Zelltypen. In Mäuse-Bauchhöhlen eingesetzt begannen sie zu wachsen und Aufgaben der Leber zu übernehmen. Sangeeta Bhatia vom Massachusetts Institute of Technology (MIT) und ihre Kollegen veröffentlichten dazu eine Studie im Fachblatt "Science Translational Medicine".

Gezüchtete Organe könnten nicht nur die Knappheit an Spenderlebern ausgleichen und damit Patienten helfen, die etwa aufgrund von Leberzirrhose oder Hepatitis lebensbedrohlich erkrankt sind. Profitieren würden auch Menschen mit chronischen Leberleiden, die gar nicht erst auf eine Warteliste für ein Organ kommen. "Es ist vorstellbar, die Leberfunktion dieser Patienten durch eine kleine, künstliche Leber zu unterstützen", sagte die Studienautorin Bhatia.

Die Forscher setzen auf eine zentrale Stärke von Leberzellen, nämlich ihre Fähigkeit, sich zu vermehren und neues Gewebe zu bilden. Wie ein Samen sollen die kleinen Strukturen in den Empfängerkörper eingepflanzt werden und dort heranreifen und wachsen.

Die Wissenschaftler bastelten Strukturen, die dreidimensionale, organähnliche Gebilde umfassen. Diese bestehen aus drei Zellarten: den Leberzellen, Bindegewebezellen und Zellen der Gefäßinnenwand (Endothel). Die Gewebestrukturen wurden in Fibrin eingebettet, einem für die Blutgerinnung zuständigen Protein. In den Mäuseköpfen empfingen die Implantate "regenerative Signale", also Wachstumsfaktoren, Enzyme und Moleküle, wie das auch bei Leberschäden erfolgt. Die Zellen der Gefäßinnenwände bildeten Blutgefäße und förderten die Vermehrung von Leberzellen. Das Gewebe wuchs um das 50-fache. Der Aufbau des entstehenden Gewebes ähnelt laut den Forschern stark jenem der Leber.

Hannah Seidl | Der Tagesspiegel





Foto: DSO

Der Autor wird am 24. September an der Podiumsdiskussion vom Marburger Bund und dem Tagesspiegel zum Thema „Organspende“ teilnehmen. Alle Infos auf Seite 5.

ORGAN(ISATIONS)VERSAGEN

In Deutschland gilt bei Organspenden die sogenannte Entscheidungslösung: Jeder, der älter als 16 Jahre ist, wird von seiner Krankenkasse in regelmäßigen Abständen aufgefordert, eine freiwillige Erklärung über seine Bereitschaft zur Organspende abzugeben. Keiner muss sich entscheiden! Im Todesfall werden dann die Angehörigen befragt, ob sie im Sinne des Verstorbenen einer Spende zustimmen oder nicht. Unabhängig davon, wie sie entscheiden, kann es zu sog. „Nachentscheidungsdissonanzen“ – also Zweifeln an der Richtigkeit der Entscheidung – kommen, die erheblich belasten können! Der Außenminister a.D. Klaus Kinkel hat diese Situation in einem Focus-Interview eindringlich beschrieben. Sein NEIN gegen Organspende am Krankenbett und die Einschätzung seiner Familie zu Hause, dass eine Organspende im Sinne seiner Tochter gewesen wäre, hatte ihn zusätzlich belastet.

Zunächst einmal sei klargestellt: Auch bei einer Widerspruchslösung zählt die eigene Entscheidung und wird respektiert! Gegen den Willen eines Individuums werden keine Organe entnommen. Das ist auch in allen Staaten, die die Widerspruchslösung praktizieren, gelebte Normalität.

Normal ist auch, dass die Angehörigen noch einmal befragt werden. Aber wie ist das mit dem Entscheidungsaufwand für den Einzelnen? Ist dieser bei beiden Regelungen gleich hoch?

Die Sozialpsychologen Shai Davidai, Tom Gilovich, and Lee Ross aus Stanford (*Davidai, S., Gilovich, T., & Ross, L. (2012). The meaning of default options for potential organ donors. Proceedings of the National Academy of Sciences*) untersuchten, inwieweit die psychischen Transaktionskosten sich bei der Zustimmungslösung und der Widerspruchslösung unterscheiden. Die Organspende-Entscheidung wurde von den Teilnehmern der Studie bei einer

Widerspruchslösung als ethisch trivial und belanglos beurteilt (vergleichbar dem Vorlassen einer anderen Person, wenn man in einer Warteschlange steht). Bei der Zustimmungslösung ist die aktive Entscheidung, die Angehörige treffen müssen, schon gravierender. Sie entsprach der vergleichbaren Entscheidung, die Hälfte seines Vermögens wohltätigen Zwecken zu spenden oder in einen Hungerstreik zu treten. Die Untersuchung unterstreicht die Erfahrungen, dass auch, wenn Angehörige in beiden gesetzlichen Regelungen regelhaft gefragt werden, die psychischen Belastungen bei einer benötigten aktiven Zustimmung deutlich höher ausfallen.

Löst die Widerspruchslösung dann die Probleme der Angehörigen und die Probleme des Organmangels? Nach Meinung des Autors ist eher das Erstere der Fall, denn die Probleme des Organmangels sind nicht auf die Entscheidungssituation allein zurückzuführen. Seit Jahren steigt die Zustimmung zur Organspende in der Bevölkerung. Daraus hat auch die skandalöse Bevorzugung von Patienten auf der Warteliste anhand von Datenmanipulationen nichts geändert. Die Zustimmung lässt sich aber auch anders deuten: Auf eine Organtransplantation könnte theoretisch jeder im Falle einer Erkrankung auch selbst angewiesen sein. Und der Sinn einer Organspende bleibt erhalten, auch wenn einzelne „schwarze Schafe“ ein über Jahrzehnte funktionierendes und vertrauenswürdiges System diskreditiert haben. Wenn jedoch die Zustimmung bei der Bevölkerung steigt, die Organspenden aber de facto seit Jahren stetig abnehmen, dann funktioniert irgendwas anderes nicht. Es mag durchaus sein, dass bei Ärzten und Pflegekräften mehr Vertrauen in das System verloren gegangen ist als in der Allgemeinbevölkerung. In meiner täglichen Arbeit treffe ich aber immer wieder auf sehr engagierte Ärzte und Pflegende. Die haben aber mit anderen Problemen zu kämpfen als mit den fehlenden Organspenden. 80 000 fehlende Pflegestellen und fehlende Ärzte auf Intensivstationen haben den Alltag der Krankenversorgung nachhaltig verändert. Die unzureichenden Investitionen der Länder zwingen die Krankenhäuser, sich

die Mittel mit einer Ausdehnung der Leistungsfälle zu beschaffen, ergab ein aktuelles Gutachten des Finanzministeriums.

Damit ist eine bedrohliche Spirale in Gang gesetzt worden: Immer mehr Fälle, in kürzerer Zeit mit immer weniger Personal – das ist auf die Dauer nicht zu leisten. Mehrarbeit für wenige Fachkräfte, die dann mit Kündigung und Jobwechsel reagieren. Übrig bleiben dann noch einige Wenige mit noch viel mehr Arbeit. Und wenn schon keine Zeit für die Grundpflege bleibt, wie sollte dann der zusätzliche Aufwand für eine Organspende geleistet werden?

Die Beschäftigten tun das für sie Folgerichtige in einem krank gewordenen System – und da bleibt vieles auf der Strecke, nicht nur die Organspende.

Der Fachkräftemangel in den Krankenhäusern hat zu weiteren Notfallmaßnahmen geführt: den Leasingkräften. Für ein Mehrfaches des normalen Stundenlohnes lassen sich Ärzte und Pflegekräfte über Agenturen vermitteln, um tage- oder wochenweise eingesetzt zu werden. Für das Stammpersonal, das für einen Bruchteil des Lohnes arbeitet, ist das frustrierend. Diese Aushilfen haben meist weder eine Bindung an die Station, noch eine gewachsene, vertrauliche Beziehung zu den Angehörigen im Falle einer Organspende. Auch die ernannten Transplantationsbeauftragten, also diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich in Krankenhäusern mit Intensivstationen um die Organspende kümmern sollen, sind in der Regel weder bezahlt noch für ihre Tätigkeit freigestellt, obwohl die Kassen pro Jahr 18 Millionen Euro zur Verfügung stellen. Kontrolle des Mitteleinsatzes? Fehlanzeige! Den Organmangel kann man also weder der Bevölkerung noch den Krankenhäusern so richtig ankreiden. Diese verhalten sich schlachtweg „ökonomisch rational“! Dennoch fokussieren sich in Zeiten dramatisch rückläufiger Organspenden Verbände wie Politiker auf „eine“ Maßnahme, ohne den Kontext zu berücksichtigen: die Widerspruchslösung.

Dabei wird häufig verkannt, dass eine Widerspruchslösung voraussetzt, dass ein möglicher Spender erkannt wurde, seine medizinische Eignung

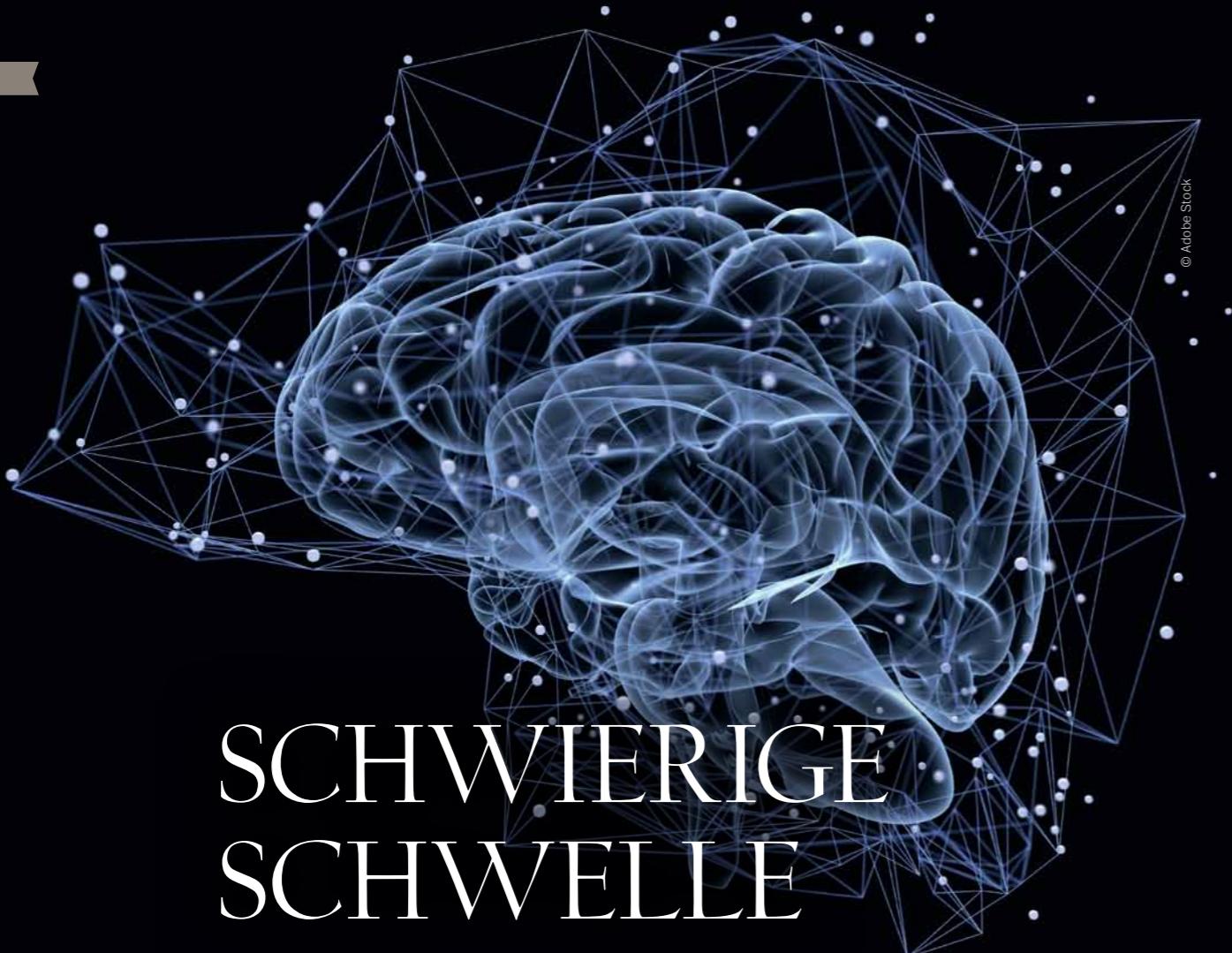
geprüft und er der Deutschen Stiftung Organtransplantation gemeldet wurde. Erst dann kann die Frage, ob ein Widerspruch vorliegt, überhaupt erst relevant werden.

Zu spät, denn die meisten Spender werden schlachtweg übersehen. Therapien am Lebensende werden ohne Frage nach der Organspende eingestellt. Lieber schaut man weg, bevor man mit Angehörigen über Organspende spricht. Nachdem alle Therapien vergeblich waren, soll man anschließend noch den Arbeitsaufwand maximieren und die ohnehin schon überlastete „Mannschaft“ völlig überfordern?

Eines ist richtig: Die Länder um uns herum mit einer Widerspruchslösung haben fast doppelt so viele Organspenden wie wir in Deutschland. Aber sie ist eingebettet in eine Kultur der Organspende und einen medizinischen Konsens, in der „alle“ Ja zur Organspende sagen und diese mit aller Kraft unterstützen. Dazu gehören die Bevölkerung, die Medien, die Politik, die Kirche, die Krankenhäuser mit ihren Fachkräften und auch die Krankenkassen, die finanziell mit Blick auf die Dialysekosten am meisten von Transplantationen profitieren würden.

Die Organspende selbst ist ein Akt der Nächstenliebe! Unentgeltlich, von Herzen! Neben dem sicher notwendigen Ruf nach gesetzlichen Veränderungen, mehr Personal und stärkerer Unterstützung auf Intensivstationen sollte sich ein jeder fragen, ob man trotz aller Hindernisse nicht doch einen kleinen ersten Schritt selbst gehen kann. Eine autonome Option nach dem Tod zu wählen und im Organspendeausweis zu dokumentieren, kann jedem Mitbürger zugemutet werden. Angehörige würden damit entlastet und im Falle eines JA zur Organspende viele Leben gerettet werden.

Detlef Bösebeck
Geschäftsführer Arzt der Deutschen Stiftung Organtransplantation



SCHWIERIGE SCHWELLE

ORGANE DÜRFEN NUR HIRNTOTEN ENTNOMMEN WERDEN.
ABER IST DER HIRNTOD WIRKLICH DER TOD EINES MENSCHEN?

Von „ungeheurer Dankbarkeit“ spricht der Berliner Schriftsteller David Wagner. Mit seinem Buch „Leben“ wollte er auch dem Verstorbenen ein literarisches Denkmal setzen, dessen Leber nun in seinem Körper arbeitet. Kein Zweifel: Eine Organspende kann schwerkranken Menschen eine Zukunft eröffnen. Trotzdem haben heute viele Menschen erhebliche Zweifel, sobald die Sprache auf das Thema Organspende kommt.

In Deutschland trugen dazu sicher die Skandale aus dem Sommer 2012 bei: In vier Transplantationszentren hatte es systematische Manipulationen bei der Vergabe von Spenderlebern gegeben. Dabei gelangten Patienten durch falsche Angaben von Ärzten auf den Wartelisten nach oben. Seitdem sind die Kontrollen strenger. Doch das Misstrauen ist nicht besiegt. Das Missverhältnis zwischen „Angebot“ und „Nachfrage“ von Spenderorganen ist weiter gewachsen. Die Wartelisten werden länger.

Unbehagen erzeugt auch der Begriff „Hirntod“, dem sich der Deutsche Ethikrat in seiner veröffentlichten Stellungnahme „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ widmete. Der Hirntod sei ein „außergewöhnlicher Zustand, den es erst seit gut einem halben Jahrhundert gibt“, sagte Verfassungsrechtsler Wolfram Höfling, Leiter der Arbeitsgruppe des Ethikrates.

In der Tat ermöglicht es erst die moderne Intensivmedizin, dass ein Mensch atmet, sein Herz schlägt, sein Kreislauf und seine Organe funktionieren, obwohl alle Funktionen seines Großhirns, Kleinhirns und Hirnstamms unwiderruflich erloschen sind. Dabei kann er sogar „vital“ erscheinen. Ein Kind kann weiter im Bauch einer hirntoten Mutter wachsen, wie der Fall des „Erlanger Babys“ im Jahr 1992 zeigte. Das schockiert und führt immer wieder zu Debatten.

Im Deutschen Ethikrat herrscht Konsens, dass der

Hirntod die Voraussetzung für eine Organentnahme nach dem Tod (postmortal) darstellt: Das Aussetzen des Herzschlags soll auch in Zukunft nicht als Kriterium gelten. Unstrittig ist auch, dass mindestens zwei erfahrene Mediziner den Hirntod unabhängig voneinander feststellen müssen. Doch schon beim Begriff „postmortal“ ist man sich nicht einig. Bedeutet der Hirntod wirklich den Tod des Menschen? Die Mehrheit des Ethikrats betrachtet den Hirntod als sicheres Todeszeichen. Das Argument: Nur intensivmedizinische Maßnahmen sorgen nach dem unwiderruflichen Versagen aller Hirnfunktionen dafür, dass andere Organe ihre Aufgaben noch wahrnehmen können.

DAS ENDE VOM ICH. WENN DAS ELEKTROENZEPHALOGRAMM KEINE NERVENIMPULSE MEHR MISST UND NULLLINIEN DEN HIRNTOD BEWEISEN, ERLISCHT AUCH DIE PERSÖNLICHKEIT EINES MENSCHEN. ERST DANN DÜRFEN MEDIZINER ORGANE FÜR DIE TRANSPLANTATION ENTNEHMEN.

Das Gehirn selbst lässt sich jedoch nicht ersetzen. Von der „singulären Sonderstellung“ des Gehirns für den Gesamtorganismus spricht der Jurist Reinhard Merkel. „Es ist das zentrale Integrations-, Kommunikations- und Koordinierungsorgan.“

Eine Minderheit von sieben der 26 Mitglieder des Ethikrates kann sich mit dieser Sicht jedoch nicht anfreunden. Sie hält den Hirntod – von der Ethikratsvorsitzenden Christiane Woopen als „irreversibles Ganzhirnversagen“ bezeichnet – nicht für den Tod des Menschen, sondern für einen Teil des Sterbeprozesses. Denn auch nach diesem Ereignis laufen im Organismus koordinierende Tätigkeiten verschiedener Systeme ab, sagt Höfling. In der Stellungnahme wird auf „kognitive und affektive Dissonanzen“ hingewiesen, die entstehen müssen, „wenn der Hirntote wider den Anschein der Lebendigkeit als Leichnam aufgefasst wird“.

Dennoch sind auch die Anhänger dieser Position der Ansicht, dass der Hirntod ein geeignetes und notwendiges Kriterium für die Entnahme eines Spender-

organs ist. Als entbehrlich betrachten sie allerdings die „Dead-Donor-Rule“, wonach die Entnahme an den Tod des Spenders geknüpft ist. Unsere Position ist mit „schwierigen Folgefragen verknüpft“, gab Höfling zu.

Seit der Novelle des Transplantationsgesetzes im Jahr 2012 gilt in Deutschland die „Entscheidungslösung“. Bürger und Bürgerinnen sind demnach aufgefordert, eine klare Position zu finden für den (unwahrscheinlichen) Fall, dass man selbst als Organspender infrage kommt. Deshalb hält der Ethikrat eine bessere Aufklärung der Bevölkerung über alle Fragen rund um Organspende und Transplantationsmedizin für wünschenswert. Bei den Aufklärungsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Krankenkassen bestehe „nicht unerheblicher Nachbesserungsbedarf“. So müsse zum Beispiel darüber informiert werden, dass es zu Unstimmigkeiten zwischen einer Patientenverfügung gegen intensivmedizinische Maßnahmen und der Bereitschaft zur Organspende kommen kann. Mit klareren Formulierungen sei das vermeidbar.

Einigkeit besteht darüber, dass alle Krankenhäuser, in denen Organe für eine Spende entnommen werden, über mindestens einen kompetenten Transplantationsbeauftragten verfügen müssen. Dafür sollen alle Bundesländer nach dem Willen des Ethikrates unverzüglich die rechtlichen Voraussetzungen schaffen. Umstritten ist ferner, dass die Gespräche mit den Angehörigen des möglichen Organspenders zentrale Bedeutung haben und dass sie möglichst früh, schon vor der Feststellung des Hirntods, begonnen werden sollten. Für den Fall, dass es keine schriftliche Entscheidung des infrage kommenden Spenders für oder gegen eine Organspende gibt, muss mit ihnen zusammen sorgsam dessen mutmaßlicher Wille ermittelt werden.

Mit der neuen Stellungnahme, die die Konfliktlinien klar benennt, verbinde sich „die leise Hoffnung auf eine Debatte auf angemessenem Reflexionsniveau“, so Höfling. Mit Transparenz und einer offenen Diskussion soll das Vertrauen in einen wichtigen Bereich der Medizin gestärkt werden.

„Diese Leber hat mir das Leben gerettet“, sagte David Wagner in einem Interview zu seinem Buch. Es stimmt aber auch das Umgekehrte: „Ohne mich wäre auch sie jetzt tot. Sie wäre mit dem Spender gestorben.“

Adelheid Müller-Lissner | Der Tagesspiegel

50 JAHRE Herztransplantation – wo stehen wir heute?



Foto: Küller/DHZB

Die erste Herztransplantation im Dezember 1967 war ein großes Wagnis und eine große Sensation. Christiaan Bernard, jener mit 44 Jahren vergleichsweise junge und noch kaum bekannte Herzchirurg aus Kapstadt wurde weltberühmt. Die eigentlichen Pionierleistungen im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn freilich hatten andere vollbracht – etwa indem sie die Herz-Lungen-Maschine entwickelt, die notwendigen OP-Techniken verfeinert und die Grundlagen zur Unterdrückung des Immunsystems gelegt hatten. Erst ein gutes Jahrzehnt später gab es mit der Einführung des Wirkstoffs Ciclosporin eine langfristig gute Überlebensperspektive für die Mehrzahl der Patienten. Der Fortschritt der Herzmedizin im Allgemeinen wie der Transplantation im Besonderen ist also weit mehr eine Geschichte von Kontinuität und Beharrlichkeit als die einer spektakulären Einzelleistung.

Heute, über 50 Jahre nach der ersten Herztransplantation, stehen wir vor einer paradox erscheinenden Situation: Wir haben intraoperative Verfahren, Intensivtherapie und die Möglichkeiten der langfristigen Vermeidung von Abstoßungsreaktionen stetig weiter verbessert – und damit auch die Aussichten unserer Patienten. Doch zugleich führen wir in Deutschland immer weniger Organverpfanzungen durch. 678 Patienten in Deutschland auf der aktuellen Warteliste für ein neues Herz (Eurotransplant Daten – Mai 2018) stehen gerade einmal 257 Herz- oder Herz-Lungentransplantationen gegenüber, die im Jahr 2017 laut DSO-Jahresreport bundesweit durchgeführt wurden. In der Folge müssen heute zunehmend auch die Organe wesentlich älterer Menschen als noch vor einigen Jahrzehnten transplantiert werden, um den Patienten auf der Warteliste helfen zu können.

Es gibt für dieses Missverhältnis einige Gründe, zu denen auch klinischer Fortschritt gehört. Was zunächst erstaunlich klingen mag, ist leicht erkläbar. Denn immer bessere Medizin – vor allem im Bereich der Neurochirurgie – führt auch dazu, dass ein Hirntod bei gleichzeitig erhalten Funktion der anderen Organe immer seltener eintritt. Eine weitere Ursache liegt im organisatorischen Ablauf einer Organentnahme. Der Hirntod muss von zwei Experten unabhängig voneinander diagnostiziert werden. Schließlich müssen Organvergabe, Entnahme und Transport der Organe in die transplantierenden Kliniken koordiniert werden. Diese Abläufe dauern viele Stunden, manchmal Tage – während derer der im klinischen Sinn verstorbene Patient weiter intensivmedizinisch versorgt werden

muss. Er „belegt“ damit räumliche und personelle Ressourcen, die möglicherweise dringend wieder für Notfälle benötigt würden – bis hin zum Operationsaal für die Organentnahme. Finanziell wird dieser Aufwand dem Entnahmekrankenhaus freilich vergütet. Dennoch zeigen die geschilderten Umstände, dass die Hürden für eine Organentnahme insgesamt eher hoch liegen. Wir sind aber dabei, gemeinsam konstruktive Lösungen zu erarbeiten, die dann auf politischer Ebene umgesetzt werden müssen.

Die wohl meist diskutierte Ursache für den Organmangel ist die geringe Bereitschaft in der Bevölkerung, sich zu Lebzeiten für die Organspende im Todesfall zu entscheiden und diese Entscheidung auch schriftlich kundzutun, etwa durch das Tragen eines Organspenderausweises. Zwar wurde das Vertrauen in die Transplantationsmedizin durch Unregelmäßigkeiten an mehreren Transplantationszentren erschüttert. Gleichzeitig steht aktuellen Umfragen zufolge eine große Mehrheit der Deutschen dem Thema sehr positiv gegenüber. Von ärztlicher Seite müssen wir also weiterhin alles dafür tun, dass wir Vertrauen in die Transplantationsmedizin und die Organvergabe schaffen, wo es verloren gegangen ist und erhalten, wo es vorhanden ist.

Zum einen haben wir am Deutschen Herzzentrum Berlin deshalb die Prozesse und Abläufe unseres Transplantationsprogramms neu strukturiert und vollständig transparent gemacht, so dass sich Vorgänge wie in der Vergangenheit definitiv nicht wiederholen können. Zum anderen setzen wir auf Aufklärung und Information:

DIE MENSCHEN SOLLTEN
NICHT NUR WISSEN, WIE
EINE ORGANSPENDE ABLÄUFT,
SONDERN AUCH ERFAHREN,
WELCHEN GROSSEN GEWINN
AN LEBENSQUALITÄT UND
LEBENSERWARTUNG DIE
TRANSPLANTATION FÜR EINEN
SCHWER KRANKEN MENSCHEN
BEDEUTEN KANN.

Jeder sollte sich mit diesem Thema einmal beschäftigt haben, eine persönliche Entscheidung treffen und diese auch mitteilen. Eine gesetzliche Widerspruchslösung wie in fast allen unseren Nachbarstaaten wäre für diese rechtzeitige Auseinandersetzung sicher hilfreich. Denn die Angehörigen eines

potenziellen Organspenders sind in der akuten Situation oft überfordert. Und reagieren dann verständlicherweise passiv.

Bei allen Bemühungen für steigende Transplantationszahlen müssen wir weiter daran arbeiten, Organspenden erst gar nicht notwendig zu machen. Medizinisch gesehen ist die Herztransplantation die „Ultima Ratio“, also das letzte Mittel bei unheilbarer Herzinsuffizienz. Während sie früher eher nur als Begleitsymptom der zugrundeliegenden Herzerkrankung betrachtet wurde, sehen wir die umfassende und individuelle Behandlung der Herzinsuffizienz heute als oberste Priorität – um krisenhafte Verschlechterungen, die sich dann langfristig negativ auswirken, zu vermeiden. Wir haben deshalb gemeinsam mit unseren kardiologischen und kinderkardiologischen Partnern am Campus Virchow-Klinikum der Charité ein interdisziplinäres Konzept zur gemeinsamen koordinierten Versorgung von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz erarbeitet – und sind jetzt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) als „überregionales Herzinsuffizienz-Zentrum“ entsprechend zertifiziert worden. Wir freuen uns über diese Auszeichnung und verstehen das Zertifikat zugleich als Ansporn für den weiteren Ausbau eines überregionalen Herzinsuffizienz-Netzwerks gemeinsam mit unseren klinischen und niedergelassenen Partnern. Vielen Patienten, für die kein Spenderherz rechtzeitig verfügbar oder eine Transplantation aus anderen Gründen nicht möglich ist, können wir heute auch mit mechanischen Kreislaufunterstützungssystemen, meist als „Kunstherzen“ bezeichnet, helfen: elektrische Pumpen, die bei Erwachsenen direkt am Herzen implantiert werden und die dessen Pumpfunktion unterstützen oder vollständig ersetzen können. Viele Patienten leben inzwischen jahrelang mit diesen Systemen, sie können arbeiten, reisen, Sport treiben. Dennoch drohen häufige Komplikationen wie Blutgerinnsel, die Schlaganfälle auslösen können oder Infektionen an der Austrittsstelle des Kabels, das die Pumpe am Herzen mit den Batterien und der Steuer-Einheit außerhalb des Körpers verbindet. Bei vielen unserer Patienten gelten diese Systeme also noch als „Bridge to Transplant“-Therapie, also zur Überbrückung der Wartezeit auf eine Organverpflanzung. Doch wir forschen intensiv an Verbesserungen der bestehenden wie auch an völlig neuen „Kunstherz“-Konzepten. Es wird noch viele Jahre dauern, bis diese Geräte gleichwertig oder sogar besser funktionieren als transplantierte menschliche Organe. Aber die ersten Schritte sind gemacht.

Volkmar Falk

Ärztlicher Direktor des
Deutschen Herzzentrums Berlin

EIN HERZ FÜR DIE WELT

„ES WIRD FUNKTIONIEREN“ –
VOR 50 JAHREN SCHRIEB DER SÜD-
AFRIKANER CHRISTIAAN BARNARD

Es ist zwei Minuten vor sechs Uhr morgens, als der Chirurg Christiaan Barnard in Südafrika am 3. Dezember 1967 Medizingeschichte schreibt. An diesem Tag vor genau 50 Jahren schafft der Kapstädter Arzt das, was weltweit keinem zuvor gelang: Er transplantiert erfolgreich ein Herz – und gibt damit vielen Menschen mit Todesangst wieder Hoffnung.

Dabei stand am Anfang Trauer. An einem kühlen Sommerabend überquert die Familie Darvall eine Straße in Kapstadt, als ein betrunkener Autofahrer sie erfasst. Mutter Myrtle stirbt noch an der Unfallstelle. Tochter Denise wird mit schweren Kopfverletzungen in das nahe gelegene Groote Schuur Hospital gefahren. Dort attestieren Ärzte den Hirntod der 25-Jährigen. Jedoch: Ihr junges Herz schlägt weiter.

Zur selben Zeit fährt Ann Washkansky durch die Sommernacht und passiert die Unfallstelle. Ihr Ziel ist ebenfalls das Groote Schuur Hospital. Dort ist ihr Ehemann Louis wegen Diabetes und eines Herzfehlers seit mehreren Monaten in Behandlung.

Christiaan Barnard erkennt die Gunst der tragischen Stunde und überzeugt Denise Darvalls Vater, die Organe seiner Tochter an Sterbenskranken zu spenden. Der Chef der Herzchirurgie ist unter Kollegen hoch angesehen, nicht zuletzt wegen seiner unkonventionellen Art. Unter dem Motto „Innen sind wir alle rot“ soll er weißen Südafrikanern die Organe schwarzafrikanischer Spender implantiert haben – ein Skandal zu Zeiten des rassistischen Apartheid-Regimes.

An diesem besonderen Tag des Jahres 1967 gibt es hektische Anrufe. Barnard trommelt seine Kollegen aus dem Bett. Um 0.45 Uhr werden die junge Denise Darvall und der 29 Jahre ältere Washkansky in den Operationssaal gebracht. Stunden später wechselt das gesunde Herz den Körper. Ein kurzer Elektroschock in das Organ, dann der erste Schlag.

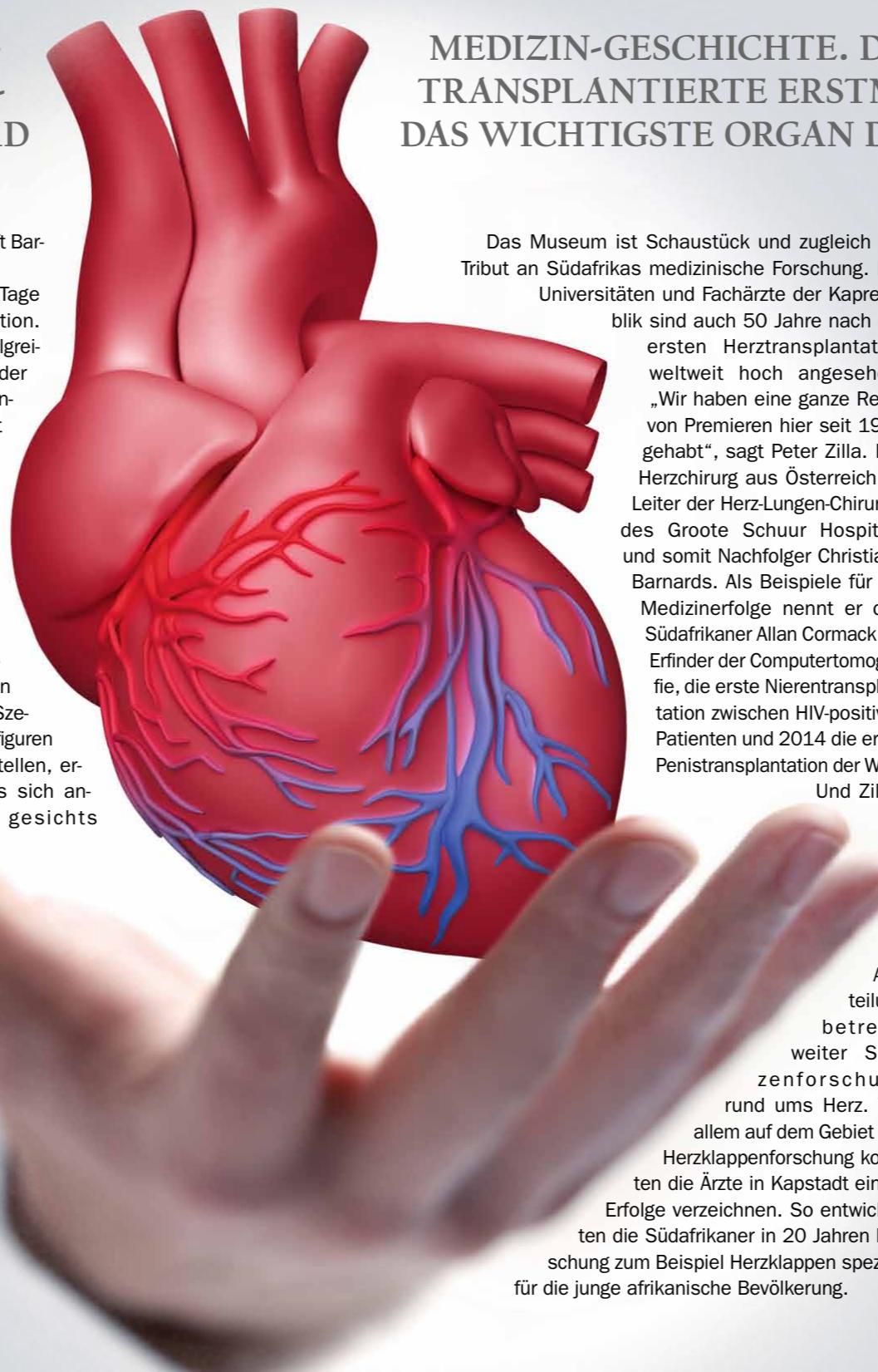
„Es wird funktionieren!“, ruft Barnard.

Washkansky starb 18 Tage nach der Herztransplantation. Dennoch gilt der erste erfolgreiche Eingriff dieser Art in der modernen Medizin als Wendepunkt. Bis heute erzählt das Heart-of-Cape-Town-Museum die Geschichte des südafrikanischen Welterfolgs. Vor zehn Jahren eröffnete die Einrichtung im Kapstädter Groote Schuur Hospital, in dem Touristen die Labors und die originalen OP-Räume der Herztransplantation besichtigen können. Die Szene mit Wachsfiguren

darzustellen, erwies sich angesichts

der südafrikanischen Sommer-temperaturen allerdings als unmöglich. Deshalb wird

heute die weltverändernde Operation mit einem Chirurgen-team aus lebensgroßen Silikonfiguren nachgestellt. Auch Barnard – er starb 2001 – ist an seinem Schreibtisch sitzend für die Besucher verewigt.



MEDIZIN-GESCHICHTE. DER CHIRURG
TRANSPLANTIERTE ERSTMALS ERFOLGREICH
DAS WICHTIGSTE ORGAN DES MENSCHEN

Das Museum ist Schaustück und zugleich ein Tribut an Südafrikas medizinische Forschung. Die Universitäten und Fachärzte der Kaprepublik sind auch 50 Jahre nach der ersten Herztransplantation weltweit hoch angesehen. „Wir haben eine ganze Reihe von Premieren hier seit 1967 gehabt“, sagt Peter Zilla. Der Herzchirurg aus Österreich ist Leiter der Herz-Lungen-Chirurgie des Groote Schuur Hospitals und somit Nachfolger Christiaan Barnards. Als Beispiele für die Medizinerfolge nennt er den Südafrikaner Allan Cormack als Erfinder der Computertomografie, die erste Nierentransplantation zwischen HIV-positiven Patienten und 2014 die erste Penistransplantation der Welt.

Und Zillas

Abteilung betreibt weiter Spitzenforschung rund ums Herz. Vor allem auf dem Gebiet der Herzkloppenforschung konnten die Ärzte in Kapstadt einige Erfolge verzeichnen. So entwickelten die Südafrikaner in 20 Jahren Forschung zum Beispiel Herzkloppen speziell für die junge afrikanische Bevölkerung.

Doch auch wenn Südafrikas Fachärzte glänzen – für das Gesundheitssystem der Kaprepublik fällt die Bilanz gemischt aus. Südafrika gilt als Land mit der ungerechesten Einkommensverteilung. Das spiegelt sich nicht zuletzt im Gesundheitssektor wider. Während Reiche und die Mittelschicht dank Privatversicherungen eine Arztpraxis aufsuchen, bleibt dem Großteil der Bevölkerung allein der Besuch eines staatlichen Krankenhauses. Häufig fehlt es dort an Arzneien; auch viele Fachärzte ziehen die lukrativen Privatkliniken vor, statt für den Staat zu arbeiten. So behandeln in Südafrika 80 Prozent der Mediziner lediglich etwa 16 Prozent der Bevölkerung. Das sind die Wohlhabenden. Der regierende Afrikanische Nationalkongress (ANC) will diese Zwei-Klassen-Medizin bekämpfen, und zwar mit der Einführung einer staatlichen Krankenversicherung bis 2025. Sie soll die Versorgungslücke zwischen Reichen und armen Township-Bewohnern schließen. „Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht und sollte nicht davon abhängen, wie reich wir sind oder wie wir leben“, heißt es aus dem Gesundheitsministerium. Doch Experten und Ärzte fragen zweifelnd: Wie soll ein Land, in dem jeder Vierte arbeitslos ist und es 2017 erstmalig mehr Sozialhilfeempfänger als Arbeitende gab, ein staatliches Gesundheitssystem finanzieren?

Viele der Herzpatienten in Südafrika stehen vor einem weiteren Problem. Es herrscht ein chronischer Mangel an Organspendern. Khanyisa Pinda etwa will in Barnards Fußstapfen treten und Leben retten. Doch eine Hürde könnte den 23-jährigen Medizinstudenten der Universität Kapstadt davon abhalten: Pinda ist selbst auf ein Spenderherz angewiesen, nachdem sein eigenes aufgrund einer Krankheit nur noch zu zehn Prozent funktioniert. Im August 2017 warteten etwa 4 000 weitere Patienten auf ein Spenderorgan. Aber gerade einmal 0,2 Prozent der Südafrikaner sind als Spender registriert.

Markus Schönherr | Der Tagesspiegel



ZWISCHEN TOD UND LEBEN

Johann Pratschke ist Transplantationschirurg. Er entnimmt Spenderorgane und er pflanzt sie ein. Doch wer ein Organ bekommt, das darf er nicht bestimmen.

Johann Pratschke ist fassungslos, manchmal sogar „ein wenig“ wütend, wie er sagt. Das will was heißen, denn Pratschke ist eigentlich ein ruhiger und besonnener Mensch. Das muss er auch sein, denn er ist Transplantationschirurg – Emotionalität und eine ruhige Hand beim Operieren vertragen sich nicht. Doch jetzt steht gerade keine Transplantation an. Wir sitzen mit Johann Pratschke in seinem Chefartzimmer im Virchow Klinikum. Draußen scheint die Sonne, ein warmer Sommertag. Hier drin geht es um die Definition des Hirntods, ums ‚Leben retten‘ und darum, warum in Deutschland so wenige Menschen nach ihrem Tod mit ihren Organen Leben retten wollen. Zeit für Klartext. „Wir diskutieren in Deutschland schon so lange darüber, dass es zu wenige Organspenden gibt“, sagt der Direktor der Chirurgischen Klinik der Charité. „Und trotzdem tut sich nichts.“ In Österreich dagegen habe die Politik schon vor einiger Zeit deutlich gesagt, dass man die Organspende wolle. Das Signal, dass die Gesellschaft hinter diesem Anspruch steht, war die Einführung der Widerspruchslösung. Danach gilt jeder volljährige Österreicher als potenzieller Organspender, es sei denn, er hat explizit widersprochen. „Die Spenderzahlen sind dort drei Mal so hoch wie in Deutschland, wo einer Organspende aktiv zugestimmt werden muss.“ In Österreich warte ein Nierenpatient einen Bruchteil der Zeit auf ein Organ, die in Deutschland üblich ist. Leberpatienten könne man in der Alpenrepublik binn

eines Viertel- oder halben Jahres transplantieren. In Berlin hingegen betrage die durchschnittliche Wartezeit auf eine Lebertransplantation inzwischen fast ein Jahr. Die klare Unterstützung sei bei der Organspende der augenfälligste Unterschied zwischen den Nachbarländern. „Mit der Transplantation haben wir ein hocheffizientes Therapieverfahren – und es wird hierzulande schlicht ignoriert“, redet sich Johann Pratschke langsam in Rage. „Die Gesellschaft muss sich fragen: Wollen wir diese Therapie überhaupt? Wenn ja, dann müssen wir auch etwas dafür tun.“

Die Widerspruchslösung wäre ein Statement für das Leben, meint der Mediziner. Doch bei aller Engagiertheit argumentiert er nicht dogmatisch. Er kann nachvollziehen, dass manche eine Organspende ablehnen, weil sie fürchten, zu früh für tot erklärt zu werden, nur um schneller an ihre Organe zu kommen. „Sorge vor etwas Unbekanntem zu haben, ist jedermanns Recht.“ Aus wissenschaftlicher Sicht aber sei die Angst unnötig: Jemand, der hirntot sei, den könne man nicht mehr zurückholen. „Darauf vertraue ich. Wenn ich eines Tages als hirntot diagnostiziert werde, dann bin ich tot. Punkt.“ Die Emotionalität des Chirurgen verwundert nicht, wenn man ein, zwei Zahlen von ihm hört. Der 53-Jährige hat in seinem Berufsleben schon mehr als 1000 Organe transplantiert, hauptsächlich Nieren, Lebern und Bauchspeicheldrüsen. Das ist die eine Zahl, die

zeigt, mit wie viel Leidenschaft der Arzt diese lebensrettende Therapie nutzt, seit er sich vor knapp 20 Jahren auf die Transplantationsmedizin konzentrierte. Die andere Zahl: Etwa jeder zehnte seiner Patienten verstirbt während der Wartezeit auf das lebensrettende Organ, weil es nicht genügend gibt.

Tod und Leben liegen in der Welt von Johann Pratschke und seiner Kollegen dicht beieinander, denn zu den Aufgaben der Transplantationsmedizin gehört es auch, die Organe dem verstorbenen Spender zu entnehmen. Transplantationschirurgen springen über die Grenze zwischen Tod und Leben hin und her. Wenn sie Spenderorgane herausoperieren, arbeiten sie auf der einen Seite, wenn sie Organe implantieren, auf der anderen.

Die Entnahme ist ein besonderer Eingriff. Einer, der dem Patienten auf dem OP-Tisch nicht helfen soll, sondern einem anderen, womöglich weit entfernt. Das kann für den Operateur eine Belastung sein, besonders dann, wenn der Spender sehr jung ist. „Die Vorgesichte für die Spende ist ja eine Katastrophe für die Beteiligten“, sagt Johann Pratschke, der schon zig Organentnahmen durchgeführt und selbst Kinder hat. Da sei es emotional nicht so einfach. „Auf der anderen Seite – und das hilft auch mir in solchen Situationen – sieht man sehr unmittelbar die Sinnhaftigkeit dessen, was man da tut, das Gute, das daraus entsteht.“

Und doch – auch hier scheut Pratschke keine deutlichen Worte – sind die Transplantationsmediziner in Deutschland nicht ganz unschuldig am Organmangel. „Wir sahen uns mal als elitäre Königsdisziplin, die die Grenze zwischen Leben und Tod verschieben konnte. Dadurch entstand eine gewisse Überheblichkeit.“ Aber das habe sich durch die Skandale um manipulierte Wartelisten geändert. „Es ist immer noch eine sehr anspruchsvolle, belohnende und ästhetische Chirurgie – aber wir haben Federn gelassen.“ Und das auf eine zum Teil heftige Weise. „Unsere Fachrichtung hat man zwischenzeitlich fast kriminalisiert, was es schwermacht, Nachwuchs zu finden, weil viele Medizinstudenten denken, da stehe ich ja mit einem Bein im Gefängnis.“ Früher hätte man sich über die Erfolge und Misserfolge der Transplantationsmedizin unterhalten, heute gehe es immer noch um die Skandale. „Aber das hat zu einem Gesundungsprozess geführt.“ Das ganze Prozedere der Organspende wurde überarbeitet, Möglichkeiten der Manipulation ausgeräumt. „Alles richtig und dringend nötig, aber eines darf man dabei nicht vergessen: Da waren keine bösen Menschen am Werk, sondern Ärzte, die ihren todkranken Patienten helfen wollten und darüber die professionelle Distanz verloren.“

Aus diesem Grund ist die Zuteilung von Spenderorganen reguliert, bürokratisiert und entemotionalisiert. Dazu gehört, dass der Chirurg, der die Organe entnimmt, diese üblicherweise nicht einpflanzt. So sollen Interessenkonflikte vermieden werden. Wenn in einem Krankenhaus ein Patient stirbt, der als Organspender in Frage kommt, wird dieser von dortigen Ärzten identifiziert und an die Deutsche Stiftung Organspende gemeldet. „Wenn das im Berlin-Brandenburger Raum ist, kommen wir ins Spiel“, sagt Chefarzt Pratschke. „Dann übernehmen wir als spezialisierte Chirurgen die technische Dienstleistung, wir entnehmen die Organe und machen sie versandfertig.“ Man entscheide nicht, ob der Hirntod eingetreten ist, sei aber verpflichtet zu prüfen, ob die Diagnostik vor der Entnahme vollständig war. Mit der Verteilung der entnommenen Organe habe man nichts zu tun.

Selbst die Platzierung auf der Warteliste ist objektiviert. Am Anfang steht eine intensive Untersuchung des Patienten, für den eine Transplantation in Frage kommt. „Wir schätzen ab, ob der Patient fit genug ist, eine solche schwere Operation körperlich durchzustehen.“ Fällt die Bewertung positiv aus, melden die Ärzte ihren Patienten an Eurotransplant, in dem acht europäische Länder für die Organverteilung verbunden sind. Der Kranke kommt auf die Liste – und das Warten beginnt. „Die Chirurgen habe in dieser Zeit in der Regel keinen Kontakt zu dem Patienten.“ Ein passendes Organ bekommt derjenige, der in der Warteliste oben steht. Auf welcher Warteposition man landet, hängt von vielen Kriterien ab, die in Punkten umgerechnet werden: Dringlichkeit, körperliche Verfassung, Begleiterkrankungen und vieles mehr. Kann Eurotransplant ein passendes Organ anbieten, kommt der Chirurg wieder ins Spiel. „Stellvertretend für den Patienten, den wir beim Aufklärungsgespräch um sein Vertrauen bitten, dass wir in seinem Sinne die richtige Entscheidung treffen, akzeptieren wir das angebotene Organ und pflanzen es ein.“

Wahrscheinlich ist das das Allerwichtigste an der Organspende: Vertrauen. Vertrauen, dass die Spende nur erfolgt, wenn der Hirntod eingetreten ist. Vertrauen, dass die Ärzte den Willen von Verstorbenen respektieren. Vertrauen, dass Politik und Gesellschaft die Organspende fördern. Vertrauen, dass Spenderorgane professionell und gerecht verteilt werden und vor allem Vertrauen, dass sich möglichst viele Menschen entscheiden – für das Leben.

Ingo Bach | Der Tagesspiegel

„DER WUNSCH NACH ÜBERLEBEN“



Nach jahrelanger Arbeit mit drogenabhängigen Straftätern und einer daher berufsbedingten Infektion mit Hepatitis erfolgte eine Leber-Transplantation. Dieses Ereignis bestimmt in meinem neuen Leben mit einem fremden Organ weitestgehend mein Dasein. Die Erfahrungen aus der persönlichen Situation, das Warten auf eine Chance, durch ein Spenderorgan zu überleben, die Gewissheit, in etwa das Ende ausrechnen zu können, sind bis heute prägend.

Im Frühjahr 1974 wurde mir die Diagnose Hepatitis C mitgeteilt und ich lebte mit dieser Krankheit bis 2002 unter ständiger medikamentöser Behandlung. Februar 2002 erhielt ich die Nachricht, dass auf Grund der Verschlechterung des Zustandsbildes eine Lebertransplantation möglichst bald für mein weiteres Überleben notwendig wird.

Ich habe mich in der Wartezeit gefragt, warum soll ich von meinen Mitmenschen die Rettung meines Lebens erwarten. Zunächst hofft man auf die Hilfe der Medizin. Dann begreift man, auch dort Hilflosigkeit, Warten und Zuschauen wie Patienten, denen Ärzte helfen könnten, sterben müssen. Ich habe nach meiner Transplantation mit vielen Patienten gesprochen. Meine eigene Erfahrung war der Weg, Zugang

zu Menschen zu finden in einer Situation, in der sehr klar war, wie viel Zeit noch bleibt. Es ist ein Unterschied „zu wissen“, wie nahe ich dem Ende bin. Die Aufnahme auf die Warteliste bei Herz, Leber, Lunge heißt, es gibt keine andere Lösung mehr.

Die Mitteilung dieser Tatsache, das Begreifen, nur ein Spenderorgan kann Rettung bringen, verursacht einen Schock. Es besteht ein großes Informationsdefizit. Was wird sein, wenn... Muss ich jetzt auf den Tod eines Menschen warten, damit ich weiterleben kann? Aber er stirbt doch nicht meinetwegen, sondern weil es auch für ihn keine Rettung gibt. Wer war dieser Mensch? Werden Familie und Freunde mich stützen bis zur Rettung oder zum Ende? Die Verarbeitung der Situation braucht Zeit und Gesprächspartner. Ich habe alle Quellen ausgeschöpft und mich bei der immer deutlicher werdenden Verschlechterung des Zustands gefragt, wie viel Zeit habe ich noch. Die Beschäftigung mit dem Ende, Vorsorgeregelungen mit dem Notar, alles für den Fall geregelt.

eine Angst überträgt sich auf das Umfeld. Ich weiß, erhebliche Wartezeiten sind normal, ein Punktesystem regelt heut die Vergabe der Organe. Bei 3 Monaten bis zum Tod hat man derzeit Chancen, eine Leber zu erhalten. Mein tägliches Mantra war, ich muss dieses Warten überleben. Hoffnung und Zweifel bestimmten den Alltag. Das Auf und Ab der Stimmung ist ein Dauerstress. Angebunden an das Telefon, eine stete innere und äußere Rufbereitschaft schaffen Spannung und Erschöpfung. Die Angst, in der Nacht den Anruf zu überhören, ließ mich nicht los. Die Isolation nimmt zu. Aktivitäten werden schwer. Allein 10 kg. Wassereinlagerung zusätzlich machen Probleme.

Ich hatte begriffen, die Medizin kann mein Leben nicht retten. Habe den Mut, Freunde, Bekannte nach ihrer Einstellung zur Spende zu fragen. Würden sie? Verlegenheit, Abwehr, Unkenntnis!

Die Autorin wird am 24. September an der Podiumsdiskussion vom Marburger Bund und dem Tagesspiegel zum Thema „Organspende“ teilnehmen. Alle Infos auf Seite 5.

Und dann die Situation der Angehörigen, deren Belastung alle Reserven frisst. Der Wettkampf gegen die Zeit bedeutet Ausnahmestand für Alle. Ein Härtetest für Beziehungen. Es kamen auch Argumente gegen eine Transplantation, gegen die Zumutung, ein Organ für einen Fremden zu spenden. Ist es nicht ein Eingriff in die Natur und Bestimmung, das Leben in dieser Form verlängern zu wollen?

„Nein“ zur Spende, weil es besser ist, du akzeptierst dein Schicksal, also den Tod. Denn mein Selbstbestimmungsrecht über meinen Körper und dessen Unantastbarkeit auch nach dem Tod ist das höhere Rechtsgut, daher meine Ablehnung – auch mit dieser Position wurde ich konfrontiert...

Chaos im Kopf, trotz steter Erwartung. Der Krankenwagen ist nach 10 Minuten da. Routine in der Klinik. Die OP viele Stunden. Das Erlebnis Intensivstation. Die Erfahrung, nichts zu können. Medikamentenwirkungen, die Angst machen.

Die Umwelt glaubt erleichtert und auch als Selbsttäuschung, es wird schnell wieder einen gesunden und belastbaren Menschen geben. Aber allein durch die Immunsuppression müssen Einschränkungen und Folgeschäden akzeptiert werden. Stete Aufmerksamkeit und Selbstdisziplin sind gefragt.

Und es entwickelt sich eine Sehnsucht nach der Zeit ohne ständige Hab-Acht-Haltung. Jeder Anblick der Narben zeigt die Tatsache, dass man ausgeliefert war, zum einen dem Umstand des Zufalls – gab es ein Organ? –, zum zweiten ausgeliefert und abhängig vom Können erfahrener Mediziner/innen und der Fürsorge durch ein gutes Team, und letztlich abhängig vom Willen zu überleben. Warten heißt vor der OP durchhalten, leben für Hoffnung und Zukunft. Nach der OP gilt, stetige Achtsamkeit im alltäglichen Leben, um Zukunft überhaupt möglich zu machen. Ein kritisches Erlebnis nach einiger Zeit war die Tatsache, dass Zweifel an der weiteren Funktion des neuen Organs bestanden und eine erneute Aufnahme auf die Warteliste erfolgte. Welch ein Glück, die Leber, von der zwischenzeitlich ein Teil entfernt werden musste, erholt sich weitgehend. Die entscheidende Erfahrung war für mich die intensive Zuwendung während des gesamten Prozesses und die fürsorgliche Einstellung in der Klinik. Die heutige besondere Belastung in der Alltagssituation in den Kliniken bei dem durch den Mangel an Organen häufig sehr kritischen Gesamtzustand der Patienten und dem zunehmenden Angebot marginaler Organe führt zu deutlich schlechteren Ergebnissen nach Transplantationen.

Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe, aber als solche in den Köpfen der Mitmenschen nicht präsent. Betont werden Grundrechte auf Selbstbestimmung, nein zu sagen, aber mein Grundrecht auf Leben? Die Frage: gibt es eine Verpflichtung, sich zur Spende zu erklären? Sollte es nicht das Normalste der Welt sein – Pflicht zur Solidarität? Beistand aus Nächstenliebe, wie es die Kirchen nennen.

Bisher fehlt eine politische und gesamtgesellschaftliche Würdigung der Organspende. Keine Danksagung in den Medien, keine offene Belobigung dieser Form der Lebensrettung.

Ich habe mich als Dank für das Geschenk des zweiten Lebens 12 Jahre intensiv in einem Verein für die Förderung der Organspende eingesetzt. Es ist für einen wartenden Menschen das „Nein“ der Gesellschaft schwer auszuhalten, und nur „über den Kopf“ erträglich, wenn in der akuten Phase die Angst einsetzt, das Gefühl, den Boden zu verlieren, weil das Verdrängen und die Hoffnung nicht mehr helfen. Dann stehen Zorn und Enttäuschung im Raum.

Die derzeitige politische Landschaft bietet kaum Ansätze für mutige Aufbruchsstimmung und Bereitschaft zur Überprüfung der offiziellen Haltung. Eine grundsätzliche offene gesellschaftliche Debatte wird zwar gefordert, aber Schritte dazu sind nicht erkennbar. Wo ist der Initiator? Ich mute den Mitbürgern eine persönliche Entscheidung mit Dokumentation zu. Die nötige Sachkunde ist mit etwas gutem Willen zu erlangen. Heißt ein „Nein“ zur Spende auch Verzicht auf die Forderung nach einem Organ bei eigener Bedürftigkeit?

Ein „Weiter so“ lediglich Absichtserklärungen in wohlgesetzten Worten als „Aktivität“ zu verkaufen, kann ich als Ex-Wartepatientin nur als Verletzung der Grundrechte schwer kranker Menschen interpretieren. Ein finanziell gut ausgestatteter Patient wird sich durch Strafbestimmungen nicht abhalten lassen und Hilfe im Ausland suchen, um zu überleben.

Wer glaubt, dass ich mein Leben „freiwillig“ fast eine Suizid-Haltung – durch Verzicht auf Hilfe im internationalen Bereich – beende, kennt nicht den ungemein starken Willen und Wunsch zum Überleben. Deutschland als Staat am letzten Ende der Skala zur Spendenbereitschaft, ist im Vergleich zu anderen Ländern im Eurotransplant-Verbund als absoluter „Verlierer“ und „Versager“ in der Fürsorge für Wartepatienten zu sehen – den Tod vieler Patientinnen und Patienten in Kauf nehmend.

Gudrun Ziegler

Forum Organtransplantation Berlin e.V.



VON HERZ ZU HERZ ZU HERZ

Katrin Laugsch lebte zunächst vier Jahre mit einem Kunstherzen, bis sie im Oktober 2017 eine Organtransplantation bekam

Das hier ist eine gute Geschichte. Das heißt eine mit einem Happy End – und zwar nicht weil, sondern obwohl sie von einer Organtransplantation erzählt. Denn momentan sind die Nachrichten, die von Organspendern handeln, in der Regel besorgniserregend. Die Zahl der transplantierten Organe aus Deutschland geht seit Jahren zurück und ist 2017 auf einem Rekordtief angekommen.

Nur 797 Organspender, 60 weniger als im Vorjahr, kamen aus Deutschland. In vielen anderen der acht Länder, die im Eurotransplant-Verbund kooperieren – neben der Bundesrepublik sind das Belgien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn und Slowenien – ist die Spendebereitschaft deutlich höher. In Belgien zum Beispiel ist sie gemessen an der Einwohnerzahl drei Mal so hoch. Der Spendermangel in Deutschland bedeutet, dass sich die Wartezeit für die circa 15 000 Patienten im Eurotransplantraum, die neue Organe benötigen, noch weiter verlängert, wenn sie sie denn überhaupt überleben.

Katrin Laugsch hat letztendlich ihr Herz bekommen. „Mein Herz“ sagt sie explizit dazu. Das zweite zwar, aber trotzdem das eigene. Überhaupt ist ihre Erzählung nicht nur wegen des Happy Ends eine „Mut-Mach-Geschichte“, sondern weil sie von einer willensstarken und humorvollen Frau handelt. Sie sitzt an ihrem großen, hölzernen Esstisch. Die von der

Terrasse kommenden Sonnenstrahlen wärmen ihren Rücken und ein Becher mit heißem Kaffee ihre Hände. Katrin Laugsch berichtet über ihre Stationen als Herzpatientin, lacht oft laut auf, während sie erzählt.

Im Frühjahr 2013 arbeitete die gebürtige Berlinerin Katrin Laugsch als Lehrerin für Englisch, Französisch und Deutsch an einer Sekundarschule, wohnte mit Mann und Sohn in einer Dachgeschosswohnung in Zehlendorf und ging, wie schon öfters in den Jahren davor, wegen einer Erkältung zu ihrem Hausarzt. Dachte sie zumindest. Der Arzt verschrieb ihr wie üblich ein Antibiotikum und riet ihr zu inhalieren – gegen den starken Husten. Sie befolgte den Rat, doch merkte schnell, dass die Behandlung nicht wie sonst anschlug. Weil die Arztpaxis ihr keinen neuen Termin geben wollte, rief sie den Ärztlichen Notdienst an. Der führte eine simple Untersuchung durch, die der Hausarzt versäumt hatte: der Arzt maß den Blutdruck. Und der war so unglaublich niedrig: 60 zu 40. Normal wären Werte um 120 zu 80.

Die damals 38-Jährige wurde sofort ins Krankenhaus gebracht. Sehr schnell war klar, dass die Herzleistung geschwächt war. Warum, lässt sich nicht 100-prozentig sagen. Sehr wahrscheinlich hatte Laugsch irgendwann eine unentdeckte Myokarditis, eine Entzündung des Herzmuskels gehabt. Nach zwei Wochen wurde Laugsch aus dem Krankenhaus entlassen und es sah fast so aus, als würde sich ihr Herz wieder erholen. Doch dann bekam sie zum Überfluss auch noch Windpocken. „Die Ärzte haben die relativ spät erkannt, bei Erwachsenen sind die ja nicht so häufig“, erzählt sie. Die Infektion griff das Herz weiter an, so dass es nur noch zwölf Prozent der Leistung bringen konnte, wie ein gesundes Herz in ihrem Alter. Katrin Laugsch fühlte sich sehr schwach und konnte kaum noch aufstehen. Weil ihr Herz den Kreislauf nicht mehr richtig in Schwung bekam, bildeten sich Wassereinlagerungen in den Beinen und in der Lunge.

A m 3. Juli 2013 schließlich pflanzten Ärzte des Deutschen Herzzentrums Berlin ein Kunstherz in den Brustkorb von Katrin Laugsch. Ein echtes Kunstherz im Wortsinn ist so eine Pumpe eigentlich nur selten. Die meisten Systeme werden eingesetzt, um die Leistung des eigenen Herzens zu unterstützen, nur ein einziger zugelassener Kunstherz-Typ ersetzt die natürliche Pumpe komplett.

Katrin Laugsch bekam ein Linksventrikuläres Herzunterstützungssystem (LVAD), das Blut aus der linken Herzkammer in die Aorta (Hauptschlagader) pumpt, sodass sauerstoffreiches Blut in den Körper gelangt. Gibt es keine zusätzlichen Komplikationen, dauert so eine Operation etwa anderthalb Stunden. Der Eingriff ist weitaus häufiger als die Herztransplantation. Zum Vergleich: 2016 wurden in Deutschland 257 Herzen

transplantiert, 23 davon am DHZB. Herzunterstützungssysteme wurden hingegen deutschlandweit über 1000 implantiert, 120 davon allein in Berlin.

Ein Kunstherz besteht aus mehreren Teilen. Die Pumpe aus Metall wird direkt am Herzen eingepflanzt und über ein mit Kunststoff umhülltes Kabel, das meist unterhalb des Bauchnabels aus dem Körper heraustritt, mit einem Controller verbunden. Der zeigt unter anderem den Batteriestatus und die geförderte Blutmenge an. Controller und Akkus trägt der Patient in einer Umhängetasche mit sich herum. Alles in allem wiegt diese um die zwei Kilogramm. Sie habe damals den tatsächlichen Umfang dieser Operation aber gar nicht recht verstanden, sagt Laugsch heute. „Ich habe nur gedacht, dass der Zustand, in dem ich bin, so schrecklich ist, dass sich auf jeden Fall was ändern muss, und wenn dieses Ding dabei hilft, dann her damit.“

Warum sie nicht schon damals eine Organtransplantation gehabt hat? Wie die Ärzte entscheiden, hängt von mehreren Faktoren ab. Der wichtigste ist Zeit. Laugsch' biologisches Herz war schon so geschwächt, dass sie ohne Unterstützung nur noch wenige Wochen gelebt hätte. Das heißt, die mehrmonatige Wartezeit auf ein Spenderorgan wäre zu lang für sie gewesen.

Felix Schönrath, Oberarzt am Deutschen Herzzentrum Berlin und einer der behandelnden Ärzte von Laugsch, erläutert den Zweck der Kunstherzen noch genauer. „Im Prinzip dienen sie erstmal dazu den Patienten so zu stabilisieren, dass er überlebt. Wie es danach mit der Behandlung der Patienten weitergeht, hängt immer vom Einzelfall ab.“ Grundsätzlich habe man die Herzunterstützungssysteme als Überbrückung der Wartezeit auf eine Transplantation entwickelt, sagt der Kardiologe. Es gebe aber immer mehr Patienten, für die eine Transplantation wegen des hohen Alters oder aufgrund von Begleiterkrankungen nicht in Frage kommt und für die das Kunstherz damit zur zeitlich unbegrenzten Therapie werde – bis zum Tod.

Einer Minderheit der Patienten von rund sechs Prozent kann das Kunstherz sogar wieder entnommen werden, weil sich ihr eigenes Organ – meist schon nach einigen Monaten – wieder stabilisiert hat. Das sei allerdings schwer vorauszusagen, sagt Schönrath.

Die Gewöhnung an das Kunstherz verlief schrittweise. „Erstmal wacht man auf der Intensivstation auf und sieht, dass da am Infusionsständer noch so'n Tasche hängt“, erzählt Laugsch. „Ich habe die ab und zu angeguckt, aber wenn man ansonsten nur liegt, betrifft die einen nicht wirklich“. Als sie jedoch nach einigen Tagen auf die normale Station verlegt wurde, merkte sie schnell, dass sie von dieser Tasche und allem, was daran hing, körperlich profi-

tierte, denn langsam ging es ihr besser. „Da habe ich die Tasche zu mir ins Bett genommen und irgendwie angenommen.“

2013 war auch das Jahr, in dem ihr Sohn eingeschult wurde. „Ich wollte unbedingt bei der Einschulung dabei sein.“ Obwohl mehrere Ärzte ihr sagten, so schnell würde sie sich sicher nicht erholen, hat sie es geschafft. „Für mich war mein Sohn eine Riesenmotivation. Viele vom Klinikpersonal haben gar nicht gesehen, dass solche Ziele einem wirklich helfen können.“

Im Februar 2014 fing Laugsch wieder an, als Lehrerin zu arbeiten, und ließ sich von dem zweikiloschweren System weder abhalten ihre USA-Reise zu genießen, noch mit ihrem Sohn im Kletterwald herumzuturnen. Panik, dass die Akkus, die etwa alle sieben Stunden gewechselt werden müssen, zur Neige gehen, hatte Laugsch nicht. „Es gibt Menschen, bei denen ist das Herz so schwach, dass sie sofort ohnmächtig würden, sollte ihr Kunstherz ausfallen. Aber ich wusste ja, dass mein Herz das aushalten könnte, deshalb war ich da nicht panisch.“

Sehr offen ist sie mit dem Kunstherz umgegangen. Die Kinder ihrer Schulkasse wussten alle Bescheid, auch die Eltern und Kollegen. Laugsch wurde sogar für die Produktbroschüre der Firma, die die Kunstherzen herstellt fotografiert, wie sie lächelnd im Park spazieren geht – die Umhängetasche mit dem Controller lässig über die Schulter geschwungen.

Es gab aber auch Tage, an denen sie genervt war: Immer eine Tasche dabei haben, immer darauf achten zu müssen, die Blutverdünnungsmittel richtig zu dosieren, beim Duschen aufzupassen, dass an die Austrittsstelle des Schlauchs kein Wasser kommt. Rückhalt fand sie vor allem in ihrer Familie, sagt Laugsch. „Mein Sohn hat schon Verlustängste entwickelt, auch weil das alles so plötzlich kam. Aber irgendwie war er von der Maschine ebenso fasziniert.“ Wenn er den Kopf auf die Brust der Mutter gelegt hat, konnte er das Kunstherz sogar hören. Die Pumpe gibt einen ständigen surrenden Ton ab. „Mein Sohn wollte auch, dass ich das Kunstherz mit nach Hause bringe: 'Wenn das mal rauskommt, kann ich die Pumpe auch haben, oder?'“

Im März 2017 wurde ihr geregeltes Leben abermals unterbrochen. Eigentlich war sie nur ins Herzzentrum gefahren, weil sie sich bereit erklärt hatte, einen neu entwickelten Controller auszuprobieren. Doch als ein Techniker mithilfe des Datenkabels die Werte der letzten Monate aus der Kunstpumpe auslas, wusste er sofort, dass etwas nicht stimmt. Laugsch hatte zwar nichts gespürt, aber im Inneren ihres Kunstherzens, genauer, im Verbindungs-

schlauch zwischen der eigentlichen Pumpe und der Hauptschlagader, hatte sich eine Thrombose, also ein Blutgerinnsel gebildet.

Die Ärzte versuchten Katrin Laugsch zu vermitteln, die Komplikation habe möglicherweise auch etwas Gutes. Und das hat wiederum mit dem Organvergasystem zu tun. Eurotransplant hat zwei Listen, die T-Liste für Patienten mit normaler Dringlichkeit (Transplantable) und die HU-Liste für Patienten mit hoher Dringlichkeit (High Urgency). Aufgrund des Organmangels ist es sehr unwahrscheinlich, dass Patienten auf der T-Liste ein Organ zugeteilt bekommen. Solange der Patient ein Kunstherz trägt und keine ernsten Probleme auftreten, ist es aber fast aussichtslos eine HU-Listung bei Eurotransplant zu beantragen, denn der Patient ist ja nicht akut in Gefahr. Erst bei schwerwiegenden Komplikationen kommt eine hochdringliche Listung in Frage.

Rational betrachtet schien es eine gute Sache, auf die HU-Liste zu kommen, aber gefühlt ging es Laugsch zu schnell. Sie hatte noch irgendwie gehofft, dass sich ihr erstes Herz mit der Zeit erholen würde. Nun hieß es, sich endgültig von dieser Vorstellung zu verabschieden. Es bedeutete auch, das Krankenhausgelände auf unbestimmte Zeit nicht mehr verlassen zu dürfen – im besten Fall bis sie ein neues Organ bekommt.

Katrin Laugsch war im Paulinenkrankenhaus in Charlottenburg untergebracht. „Ich habe versucht, mir eine Struktur zu schaffen, aber man verliert mit dem scheinbar endlosen Warten das Zeitgefühl“, sagt sie. Oft wusste sie nicht, welcher Wochentag ist. In schlechten Momenten dachte sie: „Die haben mich vergessen. Was ist, wenn ich gar nicht auf dieser Liste stehe?“ Am schwierigsten habe sie die mangelnde Selbstbestimmung empfunden, dass man nichts mehr alleine und für sich entscheiden kann. Trotzdem versuchte sie, das Beste daraus zu machen. Sie erfüllte sich einen lang gehegten Traum: Sie lernte Klavierspielen. Eine befreundete Lehrerin erteilte ihr einmal die Woche Unterricht auf dem elektronischen Klavier. Sie hatte auch oft Besuch, sogar ihre Schulkasse war einmal da. „Die ganze Klasse hatte sich unten am Eingang aufgestellt mit Blümchen und Karten und so. Da meinte die Dame beim Empfang: Was ist denn hier los? Liegt bei uns etwa Justin Bieber?“

Ihr Mann und ihr Sohn kamen meistens am Wochenende. Ihr war es sehr wichtig, dass sie ihren normalen Alltag behielten und nicht in einen Wartemodus verfielen. „Gerade HU-Patienten, die ein Herzunterstützungssystem haben, sind in der Wartezeit oft relativ stabil“, sagt Schönrath. Die anderen, die ohne so ein System die Wartezeit überstehen müssen, seien meist deutlich angeschlagener. Natürlich



MEHR ALS VIER JAHRE LANG HAT DAS KUNSTHERZ IHR LEBEN BESTIMMT. KATHRIN LAUGSCH HAT ES MIT NACH HAUSE GENOMMEN.

gebe es auch für diese Patienten die Möglichkeit ein Kunstherz zu bekommen, sollte ihr Zustand zu kritisch werden. Jedoch würde dies dann, genau wie bei Katrin Laugsch, die Folge haben, zunächst von der HU-Liste gestrichen zu werden. „Es ist manchmal sehr schwierig zu entscheiden, was die beste Vorgehensweise ist“, sagt Schönrath. „Wir führen gerade eine umfassende und langfristige Untersuchung in mehreren europäischen Transplantationszentren durch, mit dem Ziel, den Nutzen einer frühzeitigen Kunstherzimplantation bei Patienten auf der Warteliste mit zusätzlichen Risikofaktoren einschätzen zu können.“

Mit Laugsch waren noch sieben andere Wartepatienten dauerhaft im Paulinenkrankenhaus. Eine sagte ihr: „Das Herz ist wie ein Bus. Es kommt immer dann, wenn man nicht damit rechnet“. Im Nachhinein weiß sie, was die Mitpatientin gemeint hat.

Nach mehr als fünf Monaten Warten kam nachts um halb vier die Schwester ins Zimmer. „Ich dachte nur, Mensch, was telefoniert die hier so laut und macht auch noch das Licht an, geht's noch? Mit keiner Faser meines Körpers habe ich damit gerechnet, dass ich nun mein neues Herz bekommen sollte.“

Organtransplantationen erfordern einen hohen logistischen Aufwand. Wenn Eurotransplant dem DHZB ein potenziell passendes Spenderherz anbietet, geht zunächst ein mehrseitiges Fax an das Herzzentrum. Nach erster Prüfung durch einen erfahrenen Oberarzt fliegt das sogenannte Entnahmeteam in die Spenderklinik, bestehend aus einem Herzchirurgen und einem sogenannten „Perfusionisten“, der für die bestmögliche „Konservierung“ des Organs während der Rückreise nach Berlin verantwortlich ist. Zeitgleich wird der Wartepatient im DHZB auf den Eingriff vorbereitet und das gesamte Transplantationsteam in unmittelbare OP-Bereitschaft versetzt. In etwa fünf Prozent der Fälle wird die OP kurzfristig abgesagt, weil das Organ in der Begutachtung durch das Entnahmeteam in einem Zustand ist, der eine erfolgreiche Transplantation nicht zulässt.

Laugsch aber war optimistisch. Besser gesagt, ihr Sohn hat sie optimistisch gestimmt: „Er war ganz süß, so voller Glück und Freude, 'du kriegst ein neues Herz', hat er immer wieder gesagt. Ich war so überwältigt davon, dass ich dachte, das muss einfach klappen.“ Hat es dann auch.

Eine Herztransplantation dauert circa sechs Stunden, erst wenn das neue Herz im OP zuverlässig schlägt, wird der Eingriff beendet und der Patient auf die Intensivstation verlegt. Nach einigen Wochen Erholungszeit in der Klinik und der Reha, durfte Laugsch am 19. Dezember 2017 wieder nach Hause. Ein bisschen schwach ist sie auch jetzt noch.

Wie alle Transplantierten wird auch sie ihr Leben lang Medikamente nehmen müssen. Damit das neue Herz nicht abgestoßen wird, ist dies überlebenswichtig. Immunsuppressiva lautet deren Überbegriff. „Abstoßung klingt immer sehr dramatisch“, sagt Schönrath. „und ist es zum Teil auch. Vom Prinzip her ist eine Abstoßung aber erstmal eine Art Entzündung.“ Seit der Entwicklung des Wirkstoffs Ciclosporin in den 1970er Jahren und anderer zur Verfügung stehenden Medikamente, könnte man diese aber fast immer verhindern. Die Schwierigkeit besteht darin, die richtige Dosierung festzulegen. Die Immunsuppressiva können mitunter Nebenwirkungen haben, wie Bluthochdruck oder Diabetes, gegen die gegebenenfalls weitere Medikamente verschrieben werden können.

Katrin Laugsch ist ihrem Spender sehr dankbar. „Ich glaube zwar nicht, dass es hässliche und eklige Menschen gibt. Aber ich glaube, dass jemand, der seine Organe spendet und darüber nachgedacht hat, ein netter und liebenswerter Mensch sein muss, und ich finde schon, dass es das höchste Geschenk ist, das man kriegen kann.“

Anna Iljin | Der Tagesspiegel

Bleiben Sie gesund!



Lesen Sie jetzt die **Tagesspiegel Gesundheits-Ratgeber**
im Jahresabo (5 Magazine für 59,- €),
Tagesspiegel-Abonnenten zahlen nur 45,- €.

Ihr Geschenk dazu:
Die Personenwaage von KORONA mit
Edelstahltrittfläche und beleuchtetem Display.
Solange der Vorrat reicht.



Gleich
Geschenk
sichern

tagesspiegel.de/gesund-abo

Verlag Der Tagesspiegel GmbH, Leserservice, 10876 Berlin
Telefon (030) 290 21-502 · Fax (030) 290 21-599

TAGESSPIEGEL
RERUM CAUSAS COGNOSCERE