

**„Organisation der postmortalen Organspende in Deutschland“
Öffentliche Anhörung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der
Modernen Medizin“ am 14.03.2005 im Deutschen Bundestag, Berlin**

**Sehr geehrte Mitglieder der Enquete-Kommission,
bitte haben Sie Verständnis, dass ich mich auf die Fragen konzentriere, die für
die Region Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern), deren
Geschäftsführender Arzt ich bin, bezüglich der Stabilisierung und Steigerung
der Organspende eine große Bedeutung besitzen.**

Claus Wesslau

Frage 1.1

**Gibt es Defizite im aktuellen TPG und Mängel beim Gesetzesvollzug?
Welches sind diese und was ist nachbesserungsbedürftig?**

Das am 1.12.1997 in Kraft getretene Transplantationsgesetz (TPG) beschreibt Aufgaben für die Koordinierungsstelle mit ihren regionalen Untergliederungen, für die Krankenhäuser und Transplantationszentren, deren Erfüllung eine Steigerung der Organspenden erwarten ließ.

Dass das Transplantationsgesetz per se nicht zu einer Zunahme an Organspenden führt, hat der Gesetzgeber erkannt und deshalb in den Begründungen zum Transplantationsgesetz Schwerpunkte formuliert, die im Rahmen der Umsetzung des Transplantationsgesetzes besondere Beachtung finden sollen.

In den Begründungen zu §11, Abs. 2 und 4 TPG heißt es:

"Die Verpflichtung der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser zur Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle und zur Mitteilung möglicher Spender von vermittlungspflichtigen Organen ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass die vorhandenen Möglichkeiten zur Organspende künftig besser wahrgenommen werden können. Die Verpflichtung zur Mitteilung von möglichen Organ Spendern wird von den Krankenhäusern in der Regel nur dann erfüllt werden können, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Krankenhausträgern und den Mitarbeitern getroffen werden.

Es ist Aufgabe der Länder im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz zur Krankenhausplanung die strukturellen Grundlagen für diese Zusammenarbeit nach Abs. 4 zu sichern. Dabei kann z.B. bestimmt werden, dass die Mitteilungen von möglichen Organ Spendern zum Versorgungsauftrag der Krankenhäuser gehört. Ebenso können die strukturellen Voraussetzungen für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern festgelegt werden."

Eine Veränderung des Transplantationsgesetzes halte ich derzeit nicht für erforderlich. Das TPG legt die Rechte und Verpflichtungen der Beteiligten, sowie die Wege von der Organgewinnung bis zur -transplantation fest und enthält die Verfahrensregeln, die zur Beförderung der Organspende erforderlich sind. Die Gewebespende sollte im TPG der Koordinierungsstelle übertragen werden. Bewährte Strukturen könnten dadurch genutzt, Konkurrenzsituationen in den Krankenhäusern vermieden und das Vertrauen in der Bevölkerung durch Transparenz und Berichtspflicht, wie bei der Spende solider Organe, gestärkt werden. Die Diskussion

über die Veränderung des TPG sollte erst dann geführt werden, wenn eine Vereinheitlichung in den Ländern der EU für notwendig erachtet wird.

Frage 1.2

Sind die bestehenden Ausführungsgesetze der Bundesländer überarbeitungsbedürftig bzw. optimierbar? In welchen Bundesländern? Wie beurteilen Sie die Praxis der Länder, die keine Ausführungsgesetze haben?

Anfang 1999 haben die Gesundheitssenatorin von Berlin, Frau Hübner und die Gesundheitsministerin von Brandenburg Frau Dr. Hildebrandt in einem Brief an die Krankenhäuser der Länder Berlin und Brandenburg, den Wunsch formuliert, dass die Meldung aller möglichen Organspender perspektivisch auch zum Bestandteil des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser gehören soll und dass baldmöglichst Transplantationsbeauftragte bestellt werden, um das Transplantationsgesetz in den Krankenhäusern umzusetzen. Die Landesregierungen der drei Länder und die regionale Organisationszentrale der DSO waren sich darüber im Klaren, dass der Schlüssel zur Steigerung der Organspende in den Krankenhäusern liegt und dass die Erfüllung des im Gesetz formulierten Auftrages an die Krankenhäuser – alle möglichen Organspender zu melden – davon abhängt, in wie weit es gelingt, funktionstüchtige Strukturen innerhalb der Krankenhäuser und in den Ländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern aufzubauen und ständig weiter zu entwickeln.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat ein Transplantationsausführungsgesetz erlassen, das am 24.11.2000 in Kraft getreten ist.

Bestellung der Transplantationsbeauftragten

Die Bestellung von Transplantationsbeauftragten ist nur in den Krankenhäusern erforderlich, die an der Akutversorgung teilnehmen und die über Intensiv- und Beatmungsbetten verfügen.

Die Beauftragten werden von der Krankenhausleitung berufen und sind in dieser Funktion direkt dem Ärztlichen Leiter der Einrichtung unterstellt. Die Krankenhausleitung informiert ihre Mitarbeiter über die Berufung des Beauftragten.

Als Beauftragte für den ärztlichen Bereich sind Mitarbeiter geeignet, die nicht nur über fachliche Kompetenz verfügen, sondern die auch bereit sind, mit Engagement und innerer Überzeugung die mit dieser Funktion verbundenen Aufgaben in ihrem Krankenhaus erfolgreich umzusetzen. Wünschenswert ist die Berufung eines mehrjährigen Fach- oder Oberarztes, der im Bereich Intensivmedizin ständig tätig ist.

Universitätskliniken und größere Krankenhäuser können auch mehrere Beauftragte bestellen.

Die Transplantationsbeauftragten müssen sich nicht persönlich um jede Organspende kümmern und die Gespräche mit den Angehörigen führen, sondern sie sind verantwortlich für die Festlegung Krankenhaus interner Abläufe im Rahmen der Hirntoddiagnostik, der Organspende und –entnahme. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die monatliche Erfassung aller Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung auf Intensivstationen (siehe Anlage: Erhebungsbogen).

Z. Zt. gibt es in Deutschland keine verlässlichen Daten darüber wie viele mögliche Organspender es in den Krankenhäusern gibt. Mit der Erfassung ist es nicht nur möglich, diese Frage zu beantworten, sondern auch Schwachstellen im Krankenhaus zu analysieren, die der Erkennung und Meldung entgegenstanden. Die Beauftragten sind damit aktiv in die Qualitätssicherung auf den Intensivstationen eingebunden.

Aufgaben der Beauftragten

1. Sie sind Ansprechpartner für die Mitarbeiter des Krankenhauses zu allen Fragen der Organspende und für die regionalen Mitarbeiter der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben haben sie uneingeschränktes, ständiges Zugangsrecht zu den Stationen mit Intensiv- und Beatmungsbetten.
2. Sie erstellen eine krankenhauserne Verfahrensweise zum Ablauf der Organspende - von der Spendererkennung über die Hirntoddiagnostik bis zur Organentnahme - in enger Zusammenarbeit mit der DSO, damit der Unterstützungsumfang durch die Mitarbeiter der DSO den spezifischen Bedürfnissen des Krankenhauses optimal angepasst werden kann. Zur Mitteilung möglicher Organspender und zur Mitwirkung an den erforderlichen medizinischen und organisatorischen Abläufen im Rahmen einer Organspende sind alle auf den Intensivstationen tätigen Ärzte verpflichtet.
3. Um den gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen, muss der Beauftragte auch dafür Sorge tragen, dass hausintern alle Todesfälle durch primäre oder sekundäre Hirnschädigungen auf Intensivstationen erfasst werden und an die DSO gemeldet werden.
4. Sie organisieren in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der DSO Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter und die krankenhauserne Öffentlichkeit.

Weiterbildung für die Beauftragten

Um die Beauftragten in ihre neue Aufgabe einzuführen bzw. über die Gebiete Organspende und -transplantation möglichst umfassend zu informieren, werden bedarfsadaptierte Fortbildungen durch die DSO in enger Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den Landesärztekammern organisiert.

Fazit:

Dieses Konzept ist in der Region Nord-Ost in den zurückliegenden Jahren konsequent umgesetzt worden. Die enge Vernetzung der Transplantationszentren und der Krankenhäuser mit den regionalen DSO-Strukturen in partnerschaftlicher Arbeitsteilung ist in den Ländern Berlin und Brandenburg gut und im Land Mecklenburg-Vorpommern optimal gelungen. Das spiegelt sich auch in den Organspendezahlen wieder.

Aus heutiger Sicht wäre ich dafür, dass jedes Bundesland ein Transplantationsausführungsgesetz erlassen sollte, in dem folgende Schwerpunkte enthalten sein müssten:

1. Detaillierte Beschreibung der Aufgabe, der Funktion und der Weisungsbefugnisse des Transplantationsbeauftragten (s.o.).
2. Jedes Krankenhaus muss über einen schriftlich formulierten Ablaufplan über den gesamten Spendeprozess verfügen.
3. Die zeitgerechte Übermittlung der Erhebungsbögen an die regionalen Strukturen der DSO ist Pflicht für die Krankenhausleitung.
4. Die optionale Teilnahme der Koordinatoren an den Angehörigengesprächen.
5. Aufnahme der Thematik „Organspende- und -transplantation“ in den Schulunterricht ab dem 10. Schuljahr.

Frage 1.3

Woran liegt es, dass Deutschland im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern ein geringeres Organspendeaufkommen pro Mio. Einwohner hat?

Der internationale Ländervergleich in Bezug auf die Organspenden ist problematisch, da in den einzelnen Ländern unterschiedliche Transplantationsgesetze bestehen und keine vergleichbaren Voraussetzungen und Strukturen des Gesundheitssystems vorhanden sind. In Deutschland gibt es keine verlässlichen Studien zur Zahl möglicher Organspender.

Frage 1.4

Was sind die Gründe, dass das Spendeaufkommen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägt ist? Gibt es Erkenntnisse, dass dies mit einer unterschiedlichen (dokumentierten / nur geäußerten) Organspendebereitschaft zusammenhängt?

In einer vergleichenden Studie zwischen der Region Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) und der Region Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland) wurden die Informationen (telefonische Kontakte, Erhebungsbögen und Organspenden), die im Jahr 2003 und 2004 aus den Krankenhäusern der DSO übermittelt wurden, analysiert. Bezogen auf eine Million Einwohner wurden in der Region Mitte im Jahre 2003 27,9 und in der Region Nord-Ost 31,7 Gespräche nach abgeschlossener Hirntoddiagnostik mit Angehörigen geführt (Tab. 1).

	2003		2004
	Mitte	Nordost	Nordost
Einwilligungsgespräche nach abgeschlossener Hirntoddiagnostik	313	244	287
Anzahl/Mill. Einwohner	27,9	31,7	37,4
Organspender	141	142	155
Anzahl/Mill. Einwohner	12,6	18,4	20,2
Ablehnungen	160	95	121
Medizinische Kontraindikationen	10	3	7
Kreislaufversagen nach Hirntoddiagnostik	2	4	2

Tab. 1: Ursachen für die Diskrepanz zwischen möglichen und realisierten Organspenden im Vergleich zwischen den Regionen Nordost und Mitte

Das bedeutet, dass es in beiden Regionen ein ähnlich hohes Potential an möglichen Organspendern gibt. Die realisierten Organspenden betragen in der Region Mitte 12,6 und in der Region Nordost 18,4 pro Mill. Einwohner. Die Ursache dieser erheblichen Differenz zwischen beiden Regionen liegt in der unterschiedlich hohen Zahl an Ablehnungen.

Frage 2.2

Wie hoch ist in etwa die Ablehnungsrate der Angehörigen? Welche Gründe für Zustimmung oder Ablehnung der Organspende werden von Angehörigen genannt? Welche Möglichkeiten gibt es, um Ängste und Bedenken der Familienangehörigen zu berücksichtigen bzw. ihnen diese Ängste zu nehmen?

Analysen in der Region Nordost für die Jahre 2003 und 2004 zeigten, dass die Ablehnungsrate eine Altersabhängigkeit aufwies. Sowohl im Jahre 2003 als auch im Jahre 2004 lag die Ablehnungsrate in der Altersgruppe 16-54 Jahre bei 35 % dagegen in den Altersgruppen 55-64 und > 65 bei über 50%. Die Gründe hierfür sind aus den vorliegenden Daten nicht zu analysieren.

Die Ablehnungsrate bezogen auf die Krankenhäuser mit z. B. mehr als 3 Organspenden pro Jahr weisen sehr starke Unterschiede auf (von 30 bis 60%).

In der Regel liegt der persönliche Wille des Verstorbenen nicht vor, so dass die Angehörigen eine Entscheidung treffen müssen, die von der Atmosphäre der Gesprächsführung beeinflussbar ist. Im Regelfall sind die Angehörigen, die einer Organspende nicht zustimmen, keine Gegner der Organspende.

Frage 2.4

Sind die Maßnahmen und Projekte, die die Organspendebereitschaft in der Bevölkerung erhöhen sollen, geeignet?

Bestehen Defizite bei der Information und Aufklärung?

Welche Altersgruppen werden angesprochen?

Welche zusätzlichen Maßnahmen und Projekte sind erforderlich? Ist z.B. damit zu rechnen, dass die Aufnahme der Thematik „Organspende und Transplantation“ in den Schulunterricht, etwa in Rahmen von Fächern wie Ethik, Religion, Philosophie und Biologie, mehr Menschen die Entscheidung über eine Organspende ermöglichen würde?

Um diese besorgniserregende Ablehnungsrate zu senken, sind neben anderen Informationsmöglichkeiten (Fernsehsports, Kinowerbung usw.) die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen aus meiner Sicht entscheidend:

1. Qualifizierung der Klinik- und DSO-Mitarbeiter hinsichtlich der besseren Bewältigung von Krisensituationen am Beispiel des Angehörigengesprächs zur Organspende.
2. Einbindung des Themas Organspende und -transplantation in den Schulunterricht, um den Jugendlichen Informationen für eine bewusste Entscheidung an die Hand zu geben und die Möglichkeiten der Organspende und -transplantation besser als bisher in die Familie zu tragen

Frage 3.3

Besteht in Zukunft die Notwendigkeit und Möglichkeit, die Anzahl der Regionalvertretungen der DSO zu erhöhen, um eine intensivere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern in den einzelnen Bundesländern zu erreichen?

Die DSO ist mit und in den sieben Organspenderegionen organisatorisch und strukturell gut aufgestellt, um eine krankenhaunaher Unterstützung bei der Organspende zu gewährleisten. Sollten die Krankenhäuser perspektivisch zeitlich und personell nicht in der Lage sein die zusätzlichen Aufgaben im Rahmen der Organspende zu erbringen und dadurch die Organspende gefährden, müsste darüber nachgedacht werden, die Zahl der Koordinatoren in den Regionen zu erhöhen, um diese „Lücke“ zu schließen.

Frage 4.1

Woran liegt es, dass bundesweit im Jahr 2004 nur etwa 40 Prozent der Krankenhäuser mit Intensivstationen an der Gemeinschaftsaufgabe Organspende beteiligt waren?

In unserer Region beteiligen sich die Universitätsklinken und die Krankenhäuser mit neurochirurgischer Fachabteilung durch Organspenden, Telefonate und die Rücksendung der Erhebungsbögen zu 100 Prozent an der Gemeinschaftsaufgabe. Zu den Krankenhäusern ohne neurochirurgische Fachabteilungen besteht ebenfalls ein enger Kontakt, der statistisch derzeit nicht erfasst werden kann, da die Erhebungsbögen mit der Information: „Kein Verstorbener mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung“ nicht in die Statistik eingehen.

Frage 4.3

Welche Einflussmöglichkeiten (ggf. Sanktionen) gibt es, um eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und Ärzte zu erreichen?

Sanktionen sind aus meiner Sicht kein Instrument, um die Organspende zu befördern. Gesetzliche Regelungen als Rahmenbedingungen (Transplantationsausführungsgesetz) sowie die bereits genannten Maßnahmen sind in der Regel ausreichend, um die Krankenhäuser zur Zusammenarbeit zu bewegen und die Mitarbeiter auf Intensivstationen aktiv in die Organspende einzubinden.

Frage 4.4

Bestehen Informationsdefizite z.B. hinsichtlich der Hirntodbestimmung und Organspende beim Klinikpersonal?

Auch in unserer Region werden trotz guter Organspendergebnisse nicht alle möglichen Spender gemeldet. Die Ursachen dafür sind nicht die fehlenden Ablaufpläne und Informationsdefizite der Klinikmitarbeiter, sondern das im Akutfall, besonders bei hoher Belastung im Bereitschaftsdienst, aus zeitlichen Gründen nicht

daran gedacht, bzw. sich nicht intensiv um den möglichen Organspender bemüht wird.

Frage 4.6

Wie schätzen Sie die Arbeit der Transplantationsbeauftragten ein? Kann die verbindliche Einführung von Transplantationsbeauftragten die Organspende und die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser erhöhen?

Unsere Erfahrungen mit dem Transplantationsbeauftragten als wichtigstes Bindeglied zwischen den Krankenhäusern und der DSO sind gut, wobei diese Zusammenarbeit durch Informationen (Jahresbericht, Rückinformation über stattgefundene Organspenden usw.) und Besuche vor Ort gepflegt werden muß.

Frage 4.9

Wie hoch liegt schätzungsweise der Verlust potentieller Organspenden durch organisatorische Defizite oder aufgrund von Kapazitätsmangel?

In unserer Region spielen die oben genannten Gründe als Ursachen für Verluste potentieller Organspender zahlenmäßig keine Rolle.

Frage 4.10

Wie erfolgt nach den neuesten Regelungen die Finanzierung des gesamten Verfahrens der Organentnahme? Wird der Aufwand angemessen vergütet?

Die neue Vergütungsregelung für Personal- und Sachkosten im Rahmen der Hirntoddiagnostik, Gesprächsführung mit Angehörigen, Organspenderbehandlung und organbezogene Diagnostik, sowie die Organentnahme scheint nach den bisher vorliegenden Rückinformationen aus den Kliniken angemessen. Aus meiner Sicht ist im „Intensivmodul“ die Zeit zwischen der Erstuntersuchung bis zur definitiven Hirntodfeststellung, die nach rein klinischen Kriterien eine 12stündige Beobachtungszeit erfordert, finanziell nicht berücksichtigt worden.

Frage 4.11

Welche Vergütungsmodelle könnten für den Mehraufwand bei der (auch erfolglosen) Organentnahme in Betracht gezogen werden, um die Motivation der mitwirkenden Krankenhäuser und Ärzte zu fördern?

Da die Aufwandsentschädigung für die Organspende im Rahmen des gesamten Krankenhausbudget eine zu vernachlässigende Größe ist, waren die Krankenhausleitungen von unserem Vorschlag, einen Teil dieser Erstattungen dem Budget der Abteilungen, die Spender melden, behandeln und an der Entnahme beteiligt sind, zur Verfügung zu stellen, sehr angetan. Dadurch wird nicht die Organspende per se honoriert, sondern das Engagement der Mitarbeiter im Rahmen der Organspende durch die Krankenhausleitung gewürdigt

Anlage: Erhebungsbogen von Verstorbenen mit primärer und sekundärer Hirnschädigung auf Intensivstationen