

**Wortprotokoll**

**33. Sitzung**

**Montag, 14. März 2005, 11.00-16.00 Uhr**  
**Sitzungsort:**  
**Paul-Löbe-Haus, Saal 4.900**

**Vorsitz: Abg. René Röspel**

**Tagesordnung**

**Einzigiger Tagesordnungspunkt**

Seite 6

**Öffentliche Anhörung zum Thema**  
**„Organisation der postmortalen Organspende in Deutschland“**

**Verzeichnis der Anlagen**

Seite 98









Beginn 11.00 Uhr

### **Vor Eintritt in die Tagesordnung**

**Vorsitzender:** Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich zur 33. Sitzung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ – en bloc auch schon die Expertinnen und Experten, die den Weg zu uns gefunden haben. Wir werden heute eine öffentliche Anhörung zum Thema „Organisation der postmortalen Organspende in Deutschland“ durchführen. Ich freue mich, dass wir so viele Besucher haben. Das ist sicherlich auch ein Zeichen für die Bedeutung unserer Arbeit und des Themas!

Vorab, bevor wir in die Tagesordnung gehen, darf ich Sie fragen, ob Sie damit einverstanden sind, dass ARD und ZDF zu Beginn der Sitzung einige Aufnahmen machen? Auch einige Fotografen haben darum gebeten, zu Beginn der Sitzung Fotos zu schießen. Wenn es insofern keine Bedenken gibt, dann können wir so verfahren und das für einige Minuten zulassen. Die Anhörung wird heute in voller Länge vom Hauskanal des Deutschen Bundestages übertragen. Unmittelbar nach der Sitzung beabsichtigt der Sender „Phoenix“ mit einigen Sachverständigen und Mitgliedern der Kommission Gespräche zu führen oder Stellungnahmen einzuholen. Ich bitte Sie, darauf einzugehen und dieses möglich zu machen.

Einige weitere Hinweise vor Eintritt in die Tagesordnung: Am 17. März, das ist für die Obleute und Kommissionsmitglieder interessant, wird – wie angekündigt – der Zwischenbericht zur Organlebenspende dem Bundestagspräsidenten übergeben. Das Sekretariat hat für den Zwischenbericht „Organlebenspende“ die Drucksachenummer 15/5050 reservieren können. Herrn Dr. Troche und Herrn Hellriegel will ich ganz herzlich für die Organisation des Berichts danken. Zum Entwurf der Kurzfassung des Berichts „Organlebenspende“ sind keine Bedenken oder Änderungsvorschläge eingegangen, so dass – wie wir beim letzten Mal beschlossen haben – der Bericht nun so gültig ist.

Wenn es keine gegenteiligen Vorschläge gibt, trete ich nun in die Tagesordnung ein und eröffne die öffentliche Anhörung zur „Organisation der postmortalen Organspende in Deutschland“.

**Einzigiger Tagesordnungspunkt**  
**Öffentliche Anhörung zum Thema**  
**„Organisation der postmortalen Organspende in Deutschland“**

**Vorsitzender:** Wir begrüßen alle eingeladenen Expertinnen und Experten. Die Liste ist Ihnen zugesandt worden (vgl. Anlage Nr. 1). Ich bitte die Expertinnen und Experten, ihre Statements in alphabetischer Reihenfolge zu halten. Diese Statements sollten zehn Minuten möglichst nicht überschreiten. Vielleicht können Sie sich auch jeweils zu Beginn Ihres Statements kurz persönlich vorstellen – für diejenigen, die unsere Sitzung am Fernsehen beobachten und die schriftlichen Unterlagen nicht zur Verfügung haben. Die schriftlichen Stellungnahmen der einzelnen Experten sind Ihnen auch zugegangen. Es gibt noch einige von anderen Gruppen eingesandte Stellungnahmen, die Ihnen schriftlich zur Verfügung gestellt wurden. Im Anschluss an alle Eingangsstatements haben dann die Mitglieder der Enquete-Kommission die Möglichkeit, Fragen zu stellen bzw. kurze Stellungnahmen abzugeben. Die gesamte öffentliche Veranstaltung wird auf Tonband mitgeschnitten. Daraus wird dann ein Protokoll erstellt, dessen Anfertigung sicherlich einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Das Protokoll wird nach Genehmigung veröffentlicht, d. h. wir werden es im Internet auf der Homepage der Enquete-Kommission zugänglich machen.

Ich darf dann in aller Kürze die beteiligten Expertinnen und Experten in alphabetischer Reihenfolge vorstellen, in welcher auch die Statements abgegeben werden. Als Erster wird also Herr Prof. Dr. Thomas Bein sein Statement halten, den ich – wie alle anderen – herzlich begrüße, Leiter der Anästhesiologischen Intensivstation, Klinik für Anästhesiologie am Klinikum der Universität Regensburg. Herzlich willkommen. Anschließend Herr Prof. Dr. Josef Briegel, Transplantationsbeauftragter, Klinik für Anästhesiologie am Klinikum der Universität München. Herzlich willkommen. Dann Dr. Bernhard Egger, Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK Bundesverband. Dann Prof. Dr. Axel Haverich, Leiter der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie an der Medizinischen Hochschule in Hannover. Herzlich willkommen. Frau Renate Höchstetter, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Herzlich willkommen. Dr. Vera Kalitzkus von der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e. V. (GeMeKo). Herzlich willkommen. Herr Prof. Dr. Günter Kirste vom Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation. Herzlich willkommen, Herr Kirste. Wir hatten ja schon vor einigen Jahren in der Enquete-Kommission das Vergnügen. Dann begrüße ich herzlich Frau Claudia Kotter vom Verein „Junge Helden“ e. V. Herzlich willkommen. Wir brauchen viel mehr junge Helden hier im Deutschen Bundestag! Frau Dr. Elisabeth Pott ist herzlich begrüßt als Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Herzlich willkommen. Und last not least Dr.

Claus Wesslau als geschäftsführender Arzt der Organspenderegion Nordost, Deutsche Stiftung Organtransplantation. Vielen Dank für Ihr Erscheinen.

Wir beginnen jetzt mit den Statements. Herr Prof. Dr. Bein hat das Wort.

**Experte Prof. Dr. Thomas Bein** (vgl. dazu auch die Präsentation in Anlage Nr. 3): Verehrter Herr Röspel, verehrte Abgeordnete, meine Damen und Herren, zunächst einmal herzlichen Dank für die Einladung. Aus meiner Sicht hat die Ärztezeitung im September 2002 die Probleme, die wir momentan haben, in zwei Schlagworten treffend gefunden: Zu wenige Menschen haben einen Organspendeausweis – das ist die Situation in Deutschland – und die Krankenhäuser melden nur unzureichend potenzielle Spender. Das war die Schlagzeile der Ärztezeitung. Wir wissen alle, dass 13.000-14.000 Menschen auf der Warteliste für eine Organtransplantation stehen und dass wir mit den zur Verfügung stehenden Organen und Transplantationen nicht hinterherkommen. Die aktive Einstellung zur Organspende ist offensichtlich ein komplizierter Prozess, wie sich aus dieser sehr schönen Übersicht von Herrn Schulz aus Hamburg ersehen lässt. Es gibt eine Vielzahl von Motivationen und Motiven, die die Einstellung zur Organtransplantation prägen. Neben dem Altruismus spielt sicherlich das Wissen eine extrem große Rolle, denn wer nicht weiß, wie eine Organspende abläuft oder wie eine Hirntoddiagnostik vorgenommen wird, der hat große Ängste. Ich habe durch Zufall am Samstag noch, als ich meinen Sohn zum Tennislehrer brachte, mit ihm darüber gesprochen, was ich hier diese Woche vorhabe, und er hat gesagt: Ja, ja, er ist absolut für die Organspende, aber er hat Angst, wenn er so einen Ausweis hat und eine schwere Verletzung hinter sich hat, dass dann auf Grund des Ausweises nicht alles für ihn getan wird. Ich denke, das ist so eine typische Angst, die in der Bevölkerung herrscht, die wir aktiv bekämpfen müssen durch Aufklärung und durch Wissen. Letztlich resultiert aus einer Vielzahl von Motiven, Einstellungen, auch religiösen Grundhaltungen die Einstellung zur Organspende, die dann eben im Verhalten mündet. Man weiß durch eine Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dass, je mehr man sich mit dem Thema Organspende beschäftigt, je mehr man darüber weiß, dass also mit dem Grad der Beschäftigung die positive, die aktive Grundhaltung, d. h. die Bereitschaft Organe zu spenden und einen Ausweis zu unterzeichnen, massiv ansteigt – wie man aus dieser Grafik sehen kann.

Ich sehe meinen Schwerpunkt der nächsten Minuten darin, Ihnen die Probleme der Umsetzung der Organspende auf den Intensivstationen zu schildern. Ich bin als Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie im Universitätsklinikum Regensburg tätig und Leiter der großen operativen Intensivstation mit 30 Betten. Auf Grund der zahlreichen Probleme, die wir in den letzten Jahren hatten, haben wir eine Umfrage unter den Pflegekräften und unter den Ärzten

durchgeführt, um ihre persönliche Belastung und ihre Einstellung zur Organspende zu erfahren. Letztlich muss man sagen, die Intensivmedizin steht da vor einem gewissen Dilemma. Sie hat zum einen die Aufgabe, eine maximale Versorgung von Patienten zu gewährleisten, schwer verletzte Patienten oder Patienten, die an einer schweren internistischen Erkrankung leiden, zu heilen. Sie kann ganze Organsysteme ersetzen, sie kann künstliche Lungenersatzsysteme stellen, sie kann die Nierenfunktion ersetzen, sie kann auch eine ausgefallene Herzfunktion über eine Zeit lang ersetzen und ihr primäres Ziel ist das Heilen. Aber wenn dieses Heilen nicht mehr möglich ist, dann soll sie möglichst rasch den Hebel umlegen und soll Patienten, denen nicht mehr geholfen werden konnte, als potenzielle Spender identifizieren. Sie soll eine Hirntoddiagnostik durchführen, die Angehörigen emotional und psychologisch versorgen, und natürlich den Spender bis zur Entnahme der Organe möglichst stabil halten, um die Qualität der entnommenen Organe auf hohem Niveau zu halten. Das Problem, das wir auf den Intensivstationen momentan haben, ist schlichtweg eine Personalknappheit. Es gibt momentan eine Knappheit an qualifiziert ausgebildetem ärztlichem Personal, es gibt eine hohe Personalrotation unter den Pflegekräften und es wird immer wieder – auch in wissenschaftlichen Studien – über Überlastungssyndrome vor allem der Pflegekräfte berichtet. Aus diesem Anlass haben wir im vorletzten Jahr eine Umfrage unter unserem Intensivpersonal durchgeführt. Wie groß ist denn die psychische Belastung? Wie ist denn die Einstellung des Personals von Intensivstationen? Wir haben an 236 Mitarbeiter unserer fünf Intensivstationen einen Fragebogen geschickt und haben eine sehr erfreuliche Rücklaufquote von 55 % bekommen, gleichermaßen von Ärzten und Pflegenden. Ich möchte Ihnen nur ganz kurz in zwei, drei Bildern vorstellen, was bei dieser Umfrage herausgekommen ist.

Das Intensivpersonal steht, wie Sie sehen können, der Organspende prinzipiell positiv gegenüber. Hier spiegelt sich auch die Bereitschaft der aktiven Teilnahme mit einem Prozentsatz von 71 % sehr, sehr hoch wider, trotz der Belastung und des täglichen Stresses, den sie bei der Arbeit bei schwer verletzten und schwer kranken Patienten haben. Wir haben dann eine so genannte visuelle Analogskala vorgelegt, d. h. die Befragten konnten auf einem Strich, der genau 10 cm lang war, eintragen, wie stark sie die Betreuung der Angehörigen belastet: von 0 = überhaupt nicht bis 10 = extrem stark. Hier sehen Sie einen Wert von etwa zwischen 5 und 6, der vor allen Dingen unter den Pflegenden doch eines widerspiegelt: Die Betreuung der Angehörigen, die neben dem Bett stehen und die wissen wollen, „Wie geht es weiter?“, „Was ist mit meinem Sohn/ meinem Vater/ meinem Ehemann? Überlebt er oder überlebt er nicht?“, und denen man dann im Endeffekt das Ergebnis der Hirntoddiagnostik übermitteln muss und die man gleichzeitig um die Organspende bitten muss, stellt doch eine ganz erhebliche Belastung dar. Wenn dieser Prozess abgeschlossen ist, dann sinkt die Belastung, was die Versorgung des hirntoten Patienten angeht. Wenn der Stress der Entschei-

derung abgelaufen ist, dann ist offensichtlich die Belastung des Intensivpersonals – hier mit einem Wert von 4 angegeben – nicht mehr so hoch wie im Entscheidungsprozess. Uns hat diese Aussage erstaunt.

Wir haben dann gefragt – Sie müssen dabei berücksichtigen, es handelte sich dabei um qualifiziertes Personal einer Universitätsklinik, Ärzte und Pflegende –: „Wünschen Sie eine Fortbildung in folgenden Bereichen?“ Die Antwort „Ja“ fiel durchweg mit mindestens 60 % bis über 70 % in einzelnen Bereichen der Organspende aus. Wir müssen hier also konstatieren, dass auch beim qualifizierten pflegenden und medizinischen Personal nach wie vor ein extrem hoher Fortbildungsbedarf besteht. Wir haben neulich im Deutschen Ärzteblatt auch eine Publikation veröffentlicht, einfach aus dem Grund, dass viele niedergelassene Ärzte und viele, die nicht unmittelbar im Intensivbereich tätig sind, letztlich immer noch einen extremen Fortbildungsbedarf haben und viele nicht beschreiben können, wie eigentlich konkret eine Hirntoddiagnostik durchgeführt wird. Jetzt war für mich eine der entscheidenden Aussagen die Antwort auf die Frage: „Beeinflusst die Arbeit auf einer Intensivstation Ihre Einstellung zur Organspende?“ Hier sehen Sie, dass tatsächlich 40 % der Mitarbeiter durch den Stress, den sie auf dieser Intensivstation erleben, durch die Tatsache, dass sie konfrontiert sind mit den Angehörigen, mit dem Überbringen der Todesbotschaft, mit gleichzeitigem Gespräch über die Organspende, so belastet sind, dass sie sagen „Ja, das stresst mich so, dass ich im Endeffekt durch diese Arbeit negativ beeinflusst werde.“

Ich zeige Ihnen hier einmal eine Analyse eines kompletten Jahres, die wir auf unseren sechs Intensivstationen durchgeführt haben. Sie haben vorhin gesehen: Die Umfrage ging nur an fünf Intensivstationen. Wir haben hier die Herz-Thorax-Intensivstation mit hineingenommen, die aber in der Regel relativ selten Organspender vermittelt. Wir haben im ganzen Jahr ca. 4.500 Patienten auf unseren Intensivstationen behandelt. Von diesen hatten ca. 3 % überhaupt eine schwere zerebrale Schädigung. Von diesen 3 % ist ein großer Anteil ausgeschieden, weil sie z. T. Krebserkrankungen hatten, weil sie zu instabil waren oder weil sie vorher bestehende, schwere Krankheiten hatten, so dass sie als Organspender nicht in Frage kamen. Von den 4.500 Patienten ist letztlich bei 31 Patienten eine Hirntodbestimmung durchgeführt worden. Ich habe Ihnen hier aufgelistet: Wir haben eine Ablehnungsquote durch die Angehörigen von 12, d. h. es sind eben die berühmten 30-40 % Ablehnungsquote unter den Angehörigen, die überall berichtet werden. Bei 4 % hat der Staatsanwalt sein Veto eingelegt, bei schweren Unfällen. Hier in Rot aufgeführt ist die fehlende Umsetzung, d. h. die Überlastung des Personals. Dieses Nicht-daran-Denken, das Eventuell-die-Entscheidung-Weiterschieben, weil man ohnehin so viel zu tun hat, hat immerhin fünf potenzielle Organspender an der Organspende vorbeigeführt, so dass wir in diesem einen Kalenderjahr oder

in diesen 12 Monaten, die ich aufgeführt habe, bei 10 Patienten die Organspende durchführen konnten und damit etwa 50 Empfängern geholfen haben.

Aus der Sicht des Intensivmediziners meine ich, zum Abschluss, dass wir in bestimmten Punkten eine Strukturverbesserung erreichen müssen, eventuell auch durch Ergänzung von gesetzlichen Vorlagen. Wenn die Intensivstationen weiterhin als Dreh- und Angelpunkt aktiv an der Organspende teilnehmen sollen, müssen sie meiner Ansicht nach davor bewahrt werden, personell ausgetrocknet zu werden. Wir brauchen regelmäßige Fortbildungen, die in irgendeiner Art und Weise von den Krankenhäusern so festgesetzt sind, dass sie nicht auf der Eigeninitiative des Stationsarztes beruhen, sondern wirklich zur Pflicht gemacht werden. Denken Sie an die hohe Rotation, die wir haben. Es sind z. T. Pflegekräfte da, die nach einem Jahr wieder gehen. Wir brauchen Kräfte, die uns psychologisch und emotional mehr unterstützen; wir brauchen Seminare zum Thema „Wie gehe ich mit Trauernden um?“. Gerade von den Pflegekräften ist keiner darin ausgebildet, wie man mit einer Mutter umgeht, die in eine Katastrophe gestürzt wurde, weil ihr zwanzigjähriger Sohn mit dem Motorrad einen schweren Unfall hatte. Wir brauchen einfach mehr gezielte psychologische, fachliche Unterstützung und wir brauchen sicherlich auch auf vielen Intensivstationen einfach bessere räumliche Bedingungen, wo man Gespräche führen kann und wo man Ruhe findet.

Andere Länder haben uns das vorgemacht. Sie sehen hier eine Arbeit aus Kanada, wo man so ein Programm aufgelegt hat. Dort hat man auch festgestellt, dass es in den Jahren 1992 bis 1995 zu einem erheblichen Rückgang des Spendeaufkommens kam. Sie haben dann in Kanada auch eine Umfrage gemacht: Die Pflegekräfte und Ärzte waren emotional erschöpft, sie hatten einen Mangel an Motivation. Sie haben dann gezielte Kurse durchgeführt, alle paar Monate, haben den Mitarbeitern strukturierte Algorithmen vermittelt. Man sieht dann in den Folgejahren, dass das Spendeaufkommen tatsächlich wieder verbessert worden ist. Ich denke, in Deutschland – vor allen Dingen in Bayern – haben wir mit der Einführung des Transplantationsbeauftragten, der für jede Klinik geschaffen worden ist, zumindest einen Ansatz. Sie sehen aus unserer Arbeit im Deutschen Ärzteblatt jetzt, dass die Einführung des Transplantationsbeauftragten am Universitätsklinikum Regensburg tatsächlich dazu geführt hat, dass wir ein deutlich verbessertes Spendeaufkommen aufweisen konnten. Ich denke aber, diese Funktion muss noch mehr mit Leben gefüllt werden. Wir sollten für jede Klinik in Deutschland die verbindliche Einführung eines Transplantationsbeauftragten vorschreiben, der mit klaren Kompetenzen und Befugnissen ausgestattet ist und unter Umständen direkt z. B. der Verwaltung oder dem ärztlichen Direktorat unterstellt ist. Er sollte eine Vergütung für sein Engagement erhalten, er sollte sicher eine gute Anbindung an die Intensivmedizin und an die Deutsche Stiftung Organtransplantation aufweisen. Und was natürlich auch ganz wichtig für uns ist: Wir brauchen eine positive Rückmeldung, wie etwa auf diesem Schreiben,

das wir dann von der DSO erhalten. Wir alle, die wir auf den Intensivstationen arbeiten, brauchen eine ganz klare Rückmeldung: Da ist durch eine Organspende vier Empfängern geholfen worden. – Ich weiß nicht, ob man es lesen kann. – Die Altersklasse reicht von vier bis zu 58 Jahren, die Wartezeit reicht von einem Tag bis zu sieben Jahren. Wir brauchen solche positiven Rückmeldungen auch immer wieder als Motivationsschub für die Intensivstationen, als eine neue Motivation, um diesen schwierigen Spagat zwischen maximaler Intensivmedizin und dem Umschalten auf Hirntod und Organspende zu schaffen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Vorsitzender:** Ganz herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. Bein. Wir versuchen, die von den Sachverständigen gezeigten Folien zu bekommen und sie dann – mit Ihrem Einverständnis – an das Protokoll anzuhängen.

Als Nächster hätte dann Herr Prof. Dr. Briegel das Wort.

**Experte Prof. Dr. Josef Briegel** (vgl. dazu auch die Präsentation in Anlage Nr. 4): Vielen Dank. Sehr geehrter Herr Röspel, meine Damen und Herren. Ich bin hier geladen, um Ihnen die Organisation der postmortalen Organspende aus der Sicht eines Transplantationsmediziners darzustellen. Vielleicht kurz zu meiner Person: Ich bin Anästhesist mit Schwerpunkt Intensivmedizin und beschäftige mich seit vielen Jahren – auf der einen Seite – mit der Transplantationsmedizin an sich, durch die Behandlung von Patienten nach großen Organtransplantationen. Und seit fünf Jahren bin ich verantwortlich für die neurochirurgische Intensivstation in unserem Klinikum und behandle dort insbesondere Patienten mit schwerer primärer Hirnschädigung.

Die postmortale Organspende setzt den Hirntod des Patienten voraus. Der Hirntod des Patienten ist *der* Tod des Menschen. Er beschreibt den irreversiblen Ausfall aller Hirnfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Stammhirns. Der Hirntod ist eine klinische Diagnose – das möchte ich hier betonen – und er ist mit relativ einfachen Mitteln zu erheben. Nur ganz selten braucht man Hilfsmittel wie z. B. die Gefäßdarstellung und den Nachweis der ausgefallenen Hirndurchblutung oder auch den Nachweis des ausgefallenen Hirnstoffwechsels, um sicher den Hirntod festzustellen. Die Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer sind auch ganz klar gefasst. Insofern ist der Hirntod ein allgemein akzeptiertes Konzept – auch als Voraussetzung der Organspende. Nun komme ich zum Problem. Das Transplantationsgesetz sieht in § 11 Abs. 4 vor, dass die Krankenhäuser verpflichtet sind, Patienten zu melden, die am Hirntod verstorben sind. Bei dieser Arbeit sollen die Krankenhäuser unterstützt werden durch Transplantationsbeauftragte. Dieses ist in den einzelnen

Ausführungsgesetzen der Bundesländer geregelt. Der Transplantationsbeauftragte hat in erster Linie unterstützende und beratende Funktion, dann muss er einer Dokumentationspflicht nachkommen, aber er hat keinerlei Möglichkeiten zur Kontrolle und er hat auch keine Befugnisse – zumindest nach den meisten Ausführungsgesetzen der Bundesländer. Eine Ausnahme stellt das Ausführungsgesetz von Mecklenburg-Vorpommern dar, wo zumindest festgehalten ist, dass der Transplantationsbeauftragte keinen Weisungen unterliegt, er also unabhängig ist und auch das Recht hat, Intensivstationen zu betreten.

Wie ist die aktuelle Situation? Ich habe hier die Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation zu Grunde gelegt. In der Bundesrepublik Deutschland werden pro eine Million Einwohner im Durchschnitt 13,8 Organspenden realisiert. Es ist bemerkenswert, dass einige Bundesländer hier deutlich über dem Durchschnitt liegen, und das sind interessanterweise die neuen Bundesländer. Daneben fällt auf, dass die Stadtstaaten deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen. Vor allem Bremen hat ein hohes Aufkommen an Organspenden. Und wie sieht es mit den alten Bundesländern aus? Auch hier gibt es zwei Bundesländer, Saarland und Bayern, die noch deutlich über dem Durchschnitt liegen. Für Bayern kann ich sagen, dass es erhebliche Aktivitäten gibt, positive Aktivitäten von Seiten der DSO und von Seiten des Bayerischen Sozialministeriums. Ich gebe auch zu bedenken, dass das bevölkerungsreichste Bundesland, Nordrhein-Westfalen, das Schlusslicht bildet bei den Organspenden. Wo ist das Problem? Ziel des Transplantationsgesetzes ist die Meldung aller Patienten, die am Hirntod verstorben sind. Nun wissen wir aber überhaupt nicht, wie viele Patienten in Deutschland tatsächlich am Hirntod versterben, denn es gibt keinerlei Untersuchungen dazu. Die Patienten werden nicht systematisch erfasst. Solche Systeme existieren beispielsweise in Spanien, wo systematisch der Hirntod von Patienten in Krankenhäusern gescreent wird. Ich vermute – das ist jetzt meine Hypothese, die ich in den Raum stellen möchte –, dass in Deutschland etwa 50 %, vielleicht sogar mehr, bis zu 70 % aller am Hirntod verstorbenen Patienten nicht gemeldet werden. Ich möchte das anhand einer Studie erläutern, die in der Provinz Quebec in Kanada durchgeführt wurde.

Die Provinz Quebec hat ein ganz ähnliches Problem bei der Realisierung postmortaler Organspenden. Dort wurde für das Jahr 2000 retrospektiv analysiert, wie viele Patienten am Hirntod verstorben sind. Die wesentlichen Ergebnisse sind hier in diesem Flussdiagramm festgehalten. In Quebec sind im Jahr 2000 knapp 25.000 Patienten in den Krankenhäusern verstorben. Davon waren letztlich nach sorgfältiger Analyse 348 verstorbene Patienten mit Hirntod, also 1,41 % der gesamten Anzahl der Verstorbenen. Interessanterweise ist aber der Hirntod nicht bei all diesen Patienten diagnostiziert worden. Sogar bei einem noch kleineren Anteil, nämlich nur bei 230 Patienten, wurde überhaupt ein Gespräch mit den Angehörigen geführt mit der Frage nach der Organspende. Immerhin, wenn das Gespräch dann geführt

wurde, wurde doch eine Zustimmungsrate von 70 % erreicht. Das ist im Übrigen ganz ähnlich den Erfahrungen, die auch die DSO berichtet: Wenn es zu einem Gespräch kommt, dann stimmen bei uns etwa zwei Drittel der Angehörigen einer Organspende zu, ein knappes Drittel lehnt ab oder eine Organspende kann aus anderen Gründen nicht realisiert werden, beispielsweise weil der Patient in der Zwischenzeit an anderen Ursachen verstirbt. Ein weiteres Phänomen finde ich bemerkenswert. Ich glaube, unsere Bemühungen, die Organspende in Deutschland zu verbessern, sollten sich auf Krankenhäuser der Maximalversorgung fokussieren: Sie sind offensichtlich sehr viel mehr vertraut mit dem Problem des Hirntods und auch mit dem Problem der Organspende. Dort werden mehr Organspenden realisiert und zwar zu einem hohen Anteil von fast 99 %. Das sind eben die Krankenhäuser, die im Englischen als Tertiary-Care-Krankenhäuser bezeichnet werden.

Nun, die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind, dass eben nicht bei allen Patienten, die am Hirntod verstorben sind, ein Gespräch mit den Angehörigen gesucht wurde, und dass Krankenhäuser der Maximalversorgung korrekt den Hirntod ihrer verstorbenen Patienten erfassen, wohingegen Krankenhäuser, die keine Erfahrungen haben, kleine Krankenhäuser, die irgendwo in der Fläche angesiedelt sind, hier häufig überfordert sind. Anhand dieser Studie und den Erfahrungen in den Angehörigengesprächen wurde dann kalkuliert, dass für Quebec pro eine Million Einwohner 30 Organspenden im Jahr realisierbar sein müssten. Jetzt komme ich wieder zurück zu Deutschland. Wenn wir einmal die Zahlen in Mecklenburg-Vorpommern, in Bremen anschauen, dann kommen wir dieser Zahl bereits sehr nahe – auf Grund der gesetzlichen Regelungen, wie sie im Moment bei uns Bestand haben.

Ich möchte jetzt noch auf einen zweiten Punkt hinweisen und eigentlich das noch einmal verstärken, was Prof. Dr. Bein Ihnen deutlich gemacht hat. Das zweite große Problem, das ich sehe, ist die Entscheidung zur Organspende in einer Situation, die emotional extrem belastet ist. Es ist leider Gottes so, dass sich unsere Bürger zu Lebzeiten mit der Frage zur Organspende nicht ausreichend befassen. Wie Sie an dieser Umfrage erkennen, haben nur 8 %, andere Umfragen ergeben 10 % oder 11 %, einen Ausweis. Man kann aber sagen: Ein knappes Drittel hat eine positive Einstellung zur Organspende, ein weiteres knappes Drittel lehnt sie ab, dann haben wir etwa 40 %, die unentschieden sind. Wenn man den Trend über die Jahre entwickelt, hat sich an diesem Verhältnis nichts verändert. Ich denke, es ist wichtig, dass wir auf dieses Problem aufmerksam machen und dass unsere Bürger realisieren, dass man sich zu Lebzeiten mit dieser Problematik auseinandersetzen muss. Aus meiner persönlichen Erfahrung kann ich Ihnen sagen, dass es nur selten der Fall ist, dass über Angehörige der Wille des Verstorbenen tatsächlich sicher eruiert werden kann. Ich kann mich konkret noch an drei Fälle erinnern. In allen Fällen war der Verstorbene Arzt, also Kollege, und offensichtlich wurde die Thematik in der Familie mit der Ehefrau oder mit den Eltern diskutiert.

80 % aller Ablehnungen und Zustimmungen basieren auf Mutmaßungen, auf dem vermuteten Willen. Ich denke, hier ist doch ein erheblicher Bedarf da, in der Öffentlichkeitsarbeit das Problembewusstsein besser zu schärfen.

Ich möchte noch einmal zusammenfassen: In 80 % der Fälle basiert die Zustimmung oder auch die Ablehnung der Organspende auf dem vermuteten Willen. Dieser vermutete Wille wird in einer Situation erfragt, die extrem emotional belastet ist. Meine Hypothese, die ich hier in den Raum stelle, ist, dass etwa 50 %, vielleicht auch mehr, aller potenziellen Organspender in Deutschland nicht gemeldet werden. Bei der Erfassung aller am Hirntod verstorbenen Patienten müssten in ganz Deutschland ebenso viele Organspenden möglich sein, wie in einzelnen Bundesländern, wie also beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern oder in Bremen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Briegel. Als nächstes hätte dann Herr Dr. Bernhard Egger vom AOK Bundesverband das Wort. Bitte schön.

**Experte Dr. Bernhard Egger:** Sehr geehrte Damen und Herren, die Trennung des Hirntods vom Tod der anderen Organe ist kulturgeschichtlich und medizingeschichtlich eine sehr neue Entwicklung, die erst durch die Intensivmedizin möglich gemacht worden ist. Bei allen Aufklärungsmaßnahmen und auch bei allen öffentlichen Diskussionen um die Organspende muss man immer im Hinterkopf behalten, dass diese Vorstellung vom Hirntod nur sehr schwer in das tradierte und in der Bevölkerung tief verwurzelte Verständnis vom Tod einzufügen ist. Deshalb sind gerade die Aufklärungsmaßnahmen und Informationen der Öffentlichkeit im Bereich Organspende so unverzichtbar und wichtig. Bei vielen Menschen weckt die Transplantationsmedizin nach wie vor leicht Ängste, und solche Ängste werden gefördert durch vermutete oder stattgefundene Missbräuche. Ein Ergebnis der Umfrage, die hier in Teilen schon gezeigt wurde, war auch, dass nach wie vor in der Bevölkerung etwa 45 % durchaus die Sorge haben, dass im Bereich Organspende ein Missbrauchspotenzial besteht. Auch das deutet darauf hin, dass sowohl die Transparenz, die von allen Beteiligten in diesem Bereich zu fordern ist, als auch die weitere Aufklärung und Information der Bevölkerung hier eine entscheidende Rolle spielen.

Grundsätzlich ist aus Sicht des AOK Bundesverbandes das Transplantationsgesetz von 1997 sehr positiv zu bewerten. Wir sind allerdings der Auffassung, dass vor allen Überlegungen, wie man die Lücke zwischen Bedarf und Angebot an Spenderorganen durch Änderung der bestehenden Gesetze schließen könnte, zunächst noch sorgsamer geprüft werden

muss, ob alle im heutigen Rechtsrahmen bestehenden Potenziale zur Förderung der Organspende wirklich ausgeschöpft worden sind. Das Transplantationsgesetz sieht ja umfangreiche Möglichkeiten zur Aufklärung der Bevölkerung vor. Wie Befragungen zeigen, ist die Bereitschaft zur Organspende bei einem Großteil der Bevölkerung vorhanden. Auch die Diskussion um die Einwilligung zur Organspende, also die Diskussion um Widerspruchslösung oder Zustimmungslösung, trifft nach unserer Auffassung in Deutschland nicht den Kern des Problems. Unabhängig von der gesetzlichen Regelung, also unabhängig davon, ob eine Zustimmungs- oder Widerspruchsregelung, oder – wie z. B. in den USA – lediglich eine Informationspflicht besteht, wird in den Kliniken vor einer Organentnahme im Regelfall ein Konsens mit der Familie angestrebt. Hier ist es dann besonders wichtig, dass der Wille des Verstorbenen irgendwo dokumentiert ist oder er möglichst mit seinen Angehörigen bereits zu Lebzeiten über das Thema Organspende gesprochen hat. Besonders wichtig ist außerdem, was die Zustimmung der betroffenen Familie angeht, dass der Kontakt zwischen den behandelnden Ärzten zur Familie noch während des Kampfes mit dem Tod und der Behandlung der Betroffenen sehr gut ist. Die frühzeitige Einbindung einer Organtransplantationsgesellschaft wie der DSO hat – das kann man an den Zahlen sehen – eine sehr positive Wirkung auf die Zustimmung der Familien. Ziel muss allerdings ein Angehörigengespräch sein, das sowohl den emotionalen Bedürfnissen der Angehörigen als auch ihrem konkreten Wunsch nach Informationen gerecht wird. Dieses Angehörigengespräch muss ergebnisoffen geführt werden. Eine durch empfundenen Druck erzeugte, später bereute Zustimmung kann zu einer lebenslangen Belastung der Angehörigen führen und schadet auch dem öffentlichen Ansehen der Organspende und der Transplantation. Deshalb halten wir in diesem Zusammenhang auch die Schulungen der Ärzte und des Pflegepersonals auf den Intensivstationen für diese Angehörigengespräche für sehr wichtig.

Neben den Bereichen „Aufklärung der Bevölkerung“ und „Angehörigengespräche“ sehen wir von Seiten des AOK Bundesverbandes, ganz ähnlich wie auch die Experten der DSO, den Schlüssel für eine Steigerung der Organspende in einer Verbesserung der aktiven Teilnahme der Krankenhäuser. Zwar sieht das Transplantationsgesetz eine Verpflichtung zur Meldung möglicher Organspender vor, diese Verpflichtung ist in der Praxis allerdings nur sehr schwer durchsetzbar. Es ist daher sinnvoll, wie von einem meiner Vorredner bereits angeregt, zunächst einmal aussagekräftige Daten über diesen Bereich zu sammeln, um gezielt die Ursachen für die mangelnde Kooperation eines Teils der Krankenhäuser angehen zu können. Ein Beispiel könnte die Ermittlung der Anzahl potenzieller Organspender in den Kliniken sein – so wie es eben auch gerade dargestellt wurde –, um dann die Verbesserungspotenziale in der Arbeit der Beteiligten zu identifizieren und ggf. gezielt angehen zu können. Die Koordination und die Organisation von Organspenden basiert in erster Linie auf dem

Vertrauen in die handelnden Personen. Der persönliche Kontakt zwischen den DSO-Koordinatoren und den Transplantationsbeauftragten oder Verantwortlichen der Krankenhäuser ist ein unverzichtbares Fundament für die erfolgreiche Organgewinnung. Vor diesem Hintergrund ist es auch notwendig, dass die DSO nicht das Image einer anonymen Zentralorganisation besitzt, sondern durch präsente Koordinatoren vor Ort um Vertrauen wirbt und sichtbar für ein kooperatives Miteinander mit den Krankenhäusern und in den Krankenhäusern eintritt.

Aus regionalen Analysen der Todesfälle nach einer primären oder sekundären Hirnschädigung geht hervor, dass die grundsätzliche Möglichkeit einer Organspende bei Patienten mit akuter Hirnschädigung nicht immer erkannt und auch nicht immer erwogen wird. Die Scheu vor einer Frage an die Angehörigen nach einer Organspende wird wahrscheinlich ein weiterer Hinderungsgrund sein. Patienten mit infauster Hirnschädigung – das ist ein wichtiger Punkt – werden immer häufiger nicht mehr in großen Kliniken der Maximalversorgung aufgenommen und betreut, sondern verbleiben in kleineren Häusern, und diese kleineren Häuser sind bisher zu wenig in die Organspende miteinbezogen. Der Anteil der Menschen, die auf Grund einer schweren Verletzung einen Hirntod erleiden, hat in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen. In etwa 77 % der Fälle hat der festgestellte Hirntod heute eine andere Ursache. Deshalb ist eine Beschränkung auf die Einbindung von sehr großen Krankenhäusern der Maximalversorgung in die Gemeinschaftsaufgabe Organspende nicht ausreichend.

Eine Maßnahme, die der Steigerung der Identifizierung von möglichen Organspendern dienen kann, ist sicher die Einführung eines Transplantationsbeauftragten je Krankenhaus, der dann auch für die DSO als zentraler Ansprechpartner zur Verfügung steht. Auch hier ist aber festzustellen, dass das bloße „rechtliche Vorhandensein“ eines Transplantationsbeauftragten die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser nur wenig beeinflusst. Wichtig ist, dass ein solcher Transplantationsbeauftragter seine Aufgabe aktiv lebt und in der Klinik auch um Zustimmung und Mitarbeit wirbt. Diese Arbeit muss durch qualitätssichernde Maßnahmen im Bereich der Transplantationsmedizin gestützt werden. Durch eine verpflichtende Offenlegung der Aktivitäten bei der Organspende, auch im Rahmen von Qualitätsberichten der Krankenhäuser, sollte diese Transparenz erzielt werden. Denkbar wäre auch die Aufnahme dieses Parameters als Qualitätsindikator in die stationäre Qualitätssicherung, z. B. im Rahmen der Datenerhebung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Sanktionen oder das Ausüben von Zwang auf die Ärzte wären nach unserer Auffassung kein vertretbarer oder gangbarer Weg, um die Organspendebereitschaft zu steigern. Ärzte, die die Angehörigen nach ihrer Zustimmung zu einer Organspende mit dem Hinweis fragen, dass sie dazu verpflichtet sind, erzielen deutlich geringere Zustimmungsraten als Ärzte, die selbst von der Organspende überzeugt sind und das Gespräch mit den Angehörigen auch entsprechend führen.

Zu meinem letzten Punkt: Nachdem in den letzten Jahren immer wieder ein finanzieller Nachteil der Krankenhäuser, die die Organspender betreuen, als Ursache für die mangelnde Mitwirkung der Krankenhäuser bei der Organspende benannt wurde, wurde im Jahr 2004 eine Neuregelung für die Aufwandsentschädigung der Spenderkrankenhäuser eingeführt, die den Aufwendungen der Krankenhäuser deutlich umfassender gerecht wird. Eine Steigerung der Zahlen der Organspender als Folge der Maßnahme ließ sich in dem kurzen Zeitraum seither allerdings leider nicht ablesen. Unsere Einschätzung ist daher die, dass die Frage der finanziellen Anreize für die Spenderkrankenhäuser bei der Problematik wohl nicht so im Vordergrund steht und nicht der entscheidende Punkt ist. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Dr. Egger. Als nächstes hätte dann Herr Prof. Dr. Axel Haverich das Wort. Bitte schön.

**Experte Prof. Dr. Axel Haverich:** Ja, vielen Dank. Ich möchte mich zunächst bedanken für die Möglichkeit, hier einiges aus der Sicht der Transplantationsmedizin zu sagen. Die Transplantationsmedizin in Deutschland ist einigermaßen verzweifelt über die Situation, die sich in den letzten sieben oder acht Jahren nach Einführung des Transplantationsgesetzes ergeben hat. Die Schere zwischen, wenn man dies sagen darf, Angebot und Bedarf, was die Organspende angeht, klafft immer weiter auseinander. Aus der eigenen Situation: Wir haben in Hannover in den letzten zehn Tagen vier Lungentransplantationen durchgeführt. In der gleichen Zeit sind vier Patienten auf der Warteliste gestorben. Die Organempfänger sind heute nicht mehr zu Hause und warten auf die Transplantation. Es werden im Bereich Herz und Lunge überwiegend Patienten mit einem High-Urgency-Status, also mit hoher Dringlichkeit, transplantiert, die pflichtgemäß im Krankenhaus warten. Derzeit sind acht Patienten stationär, davon vier intensivpflichtig. Wir haben eine mittlere Wartezeit von derzeit drei Monaten unter den Bedingungen der Urgency-Transplantation.

Im Bereich der Herztransplantation ist die Situation so, dass vor Wirksamwerden des Transplantationsgesetzes etwa 5-10 % der Patienten eine mechanische Kreislaufunterstützung brauchten – inzwischen sind wir bei 40 %. Das sind Kranke, die so schwer herzgeschwächt sind, dass sie mit einem künstlichen Herzen versorgt werden müssen. Die Ergebnisse nach Implantation eines solchen mechanischen Device sind um Klassen schlechter, wenn dann anschließend transplantiert wird, als wenn initial eine Transplantation gemacht werden würde. Von den vier Lungentransplantationen, die ich eben erwähnt habe, sind zwei jetzt auch schon unter Bedingungen der mechanischen Unterstützung der Lungenfunktion durch eine extrakorporale Zirkulation durchgeführt worden. Auch in diesem Bereich steigt also – ebenso

wie bei den Lebertransplantationen – der Anteil an Hochdringlichkeitspatienten sehr dramatisch an.

So werden Sie verstehen, dass im Kreise der Transplantationsmediziner, namentlich in der Deutschen Transplantationsgesellschaft, der Ruf nach einer Gesetzesänderung laut wird. Es wird immer häufiger auch von Patientenseite nach der Widerspruchslösung gefragt. Aus Sicht der Patienten und natürlich auch der Angehörigen mag das verständlich sein, wenn Sie sehen, wie viele Patienten heute in Deutschland in Wartepositionen in den Krankenhäusern, auf den Intensivstationen liegen – im Vergleich vor allen Dingen auch mit dem Ausland. Meine persönliche Position hierzu ist, dass wir wahrscheinlich derzeit eine solche Widerspruchslösung nicht einführen sollten, vor dem Hintergrund – die Zahlen haben Sie gesehen –, dass regional sehr große Unterschiede hinsichtlich des Verfügbarwerdens von Spendeorganen da sind. Allein der Unterschied zwischen Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen mag erläutern, dass hier genügend Raum ist, um die Situation zu verbessern. Gerade diese regionalen Unterschiede zeigen aber auch auf, wie unterschiedlich Kooperation mit den einzelnen Krankenhäusern sein muss, die für eine Organspende geeignet wären. Ich komme ganz zum Schluss noch einmal darauf, dies ist für mich – wie für jeden anderen Transplantationsmediziner – das Hauptaugenmerk momentan: Die Kooperation mit den Krankenhäusern muss verbessert werden.

Ich möchte einen weiteren Aspekt nennen: die gesetzmäßig vorgesehene Trennung von Organspende und Transplantation. Wir alle waren eigentlich sehr zufrieden zum Zeitpunkt, als das Gesetz in Kraft trat, dass hier eine klare Trennung war. Die Transplantationsmedizin geriet nämlich hier und da natürlich in Verruf, weil gesagt wurde, da bestehen durch die Vermengung von Transplantationsaktivität auf der einen Seite und Organspende auf der anderen Seite Grauzonen, die medizin-juristisch nicht immer einwandfrei sind. Nun war es vor 1997 durchaus der Fall, dass die regionale Organspende einen großen Anteil an den Transplantationsaktivitäten hatte, was heute so nicht mehr der Fall ist. Dies kann man formaljuristisch als Vorteil bezeichnen, muss es allerdings in der Gesamtschau der Ergebnisse eigentlich als Nachteil ansehen. Es gibt auch folgenden Effekt: In Regionen, wo z. B. keine Lungen transplantiert werden, gibt es auch keine Lungenspende. In Regionen, wo sehr viel transplantiert wird, gibt es auch relativ viele Spenden. Hier ist also die Interaktion zwischen Transplantationsaktivität und Spendebereitschaft auch statistisch eindeutig belegbar. Ich denke daher, dass – gerade was die regionalen Unterschiede angeht und die Kooperation – hier noch einmal diskutiert werden müsste, wahrscheinlich einschließlich einer vielleicht etwas geöffneten Interaktion zwischen Organtransplantation und Organspende.

Das ganze Szenario spielt sich inzwischen vor einer immens hohen Regelungsdichte ab, was die Ausführung des Transplantationsgesetzes über die ständige Kommission Organ-

transplantation bei der Bundesärztekammer angeht. Wir haben die Aufnahme auf die Warteliste entsprechend Dringlichkeit und Wartezeit. Wir haben die Verteilung von Organen bis in die kleinsten Veräderungen und Verästelungen von einzelnen Situationen geregelt. Dies hat an keiner Stelle dazu geführt, dass wir mehr Gerechtigkeit bekommen haben, denn die primäre Gerechtigkeit in der Organtransplantation entsteht dadurch, dass wir ausreichend Organe verfügbar haben, um die Kranken dann auch zu behandeln. Mein Plädoyer geht daher dahin, mit aller Kraft und gemeinschaftlich die nächsten – vielleicht zwei – Jahre zu nutzen, um zu einer Verbesserung der Organspende im Rahmen der geltenden Gesetzgebung zu kommen. Dazu wird es nötig sein, die Akzeptanz in der Bevölkerung zu nutzen. Wir haben jetzt mehrfach gehört: Es gibt etwa 68 % Zustimmung bei Befragungen zu Transplantation, 82 % sind generell mit der Organspende einverstanden, gegenüber 98 %, die sich transplantieren lassen würden. Hieran muss gearbeitet werden und ich denke, das kann man gemeinschaftlich machen.

Das Hauptaugenmerk muss meines Erachtens aber in der Verbesserung der Kooperation der DSO mit den Krankenhäusern liegen. Hier wird die gesetzlich vorgeschriebene Verpflichtung zur Zusammenarbeit nicht von allen Krankenhäusern wahrgenommen. Für die Wartenden ist dies eine Katastrophe. Mögliche Werkzeuge, um dies zu verbessern, sind z. B. das Einführen von Weiterbildungsangeboten über die Landesärztekammern oder die Bundesärztekammer. Die Organspende muss als Weiterbildung, z. B. in der Anästhesie oder Intensivmedizin, eingebracht werden. Ich gehe allerdings auch so weit – das habe ich schon geäußert –, dass ich sage: Bei Krankenhäusern, die sich nachweislich nicht an der Organspende beteiligen, muss auch über Abschläge bei den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern geredet werden. Es geht meines Erachtens nicht an, dass man sich an manchen Häusern sehr aktiv beteiligt, um den Kranken auf den Wartelisten zu helfen, und andere sich hier gar nicht beteiligen.

Zum Schluss denke ich, dass wir, was die Verflechtung zwischen Transplantationsmedizin und Organspende angeht, zumindest in einem Teil wieder aktiver werden sollten: Meines Erachtens sollten die Transplanteure wenn möglich mit ihren Patienten vor und nach Transplantation in die Spenderkrankenhäuser hineingehen, um aktiv für die Organspende zu werben. Das Gleiche trifft zu für die Thematisierung der Organspende in den Schulen.

Wir sollten also vielleicht noch ein oder zwei Jahre nutzen, um die Verbesserung der Organspende innerhalb des jetzigen gesetzlichen Rahmens herbeizuführen. Aus meiner Sicht wird der Druck sowohl von den Patienten auf der Warteliste, als auch von den Angehörigen und auch von den Transplantationsmedizinern, die die Wartelisten betreuen, so groß, dass der Ruf nach einer Gesetzesänderung im Sinne einer Widerspruchslösung dann sicher sehr groß würde. Danke schön.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Haverich. Als nächstes nun Frau Renate Höchstetter von der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

**Expertin Renate Höchstetter:** Sehr geehrter Herr Röspel, sehr geehrter Herr Hüppe, sehr geehrte Damen und Herren, zuerst möchte auch ich mich ganz herzlich für die Einladung an die Deutsche Krankenhausgesellschaft bedanken, hier teilzunehmen. Mein Name ist – wie gesagt – Renate Höchstetter. Ich bin Referentin bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Ich möchte im Rahmen des Einführungsstatements auf drei Dinge hinweisen: Erstens die finanzielle Situation der Organspende, zweitens die Beteiligung der Krankenhäuser und drittens die Maßnahmen der DKG.

Zur finanziellen Situation der Krankenhäuser im Rahmen der Organspende. Nach mehrjährigen zähen Verhandlungen konnten sich Anfang 2004 die GKV-Spitzenverbände und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf eine neue Vergütungsvereinbarung zum Aufwandsersatz für Leistungen im Zusammenhang mit der Postmortalspende einigen. Hierdurch erfolgte erstmals nach 22 Jahren eine Anpassung der Aufwandsentschädigung für die Krankenhäuser. Die ursprüngliche Vereinbarung datierte aus dem Jahr 1982. Nicht erst im Rahmen des DRG-Systems zeichnete sich diese als nicht kostendeckend ab. Darüber hinaus erhalten die Krankenhäuser seit 2004 durch ein Modulsystem auch erstmals eine Vergütung für ihre Leistungen bei frustranen Organspendeversuchen. Organspenden sind dann frustran, wenn die Organspendeversuche nicht zu einer erfolgreichen Transplantation führen. Bisher war dafür keine finanzielle Aufwandsentschädigung vorgesehen und der Versuch finanziell allein zu Lasten der Krankenhäuser erfolgt. Die frustrane Organspendequote wird von der DSO mit 60 % beziffert. Eine Evaluierung dieser Aufwandserstattung der Krankenhäuser ist von den Vertragspartnern vorgesehen. Allerdings konnte diese wegen fehlender finanzieller Mittel durch die Deckelung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen nicht realisiert werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hofft allerdings, dass eine Kalkulation des tatsächlichen Aufwandes in den nächsten Monaten möglich wird, da wir die Entschädigung für die Aufwände sehr, sehr knapp kalkuliert finden. Erwähnen möchte ich noch – mit Bezug auf meinen Vorredner Herrn Dr. Egger –, dass es sich nicht um ein finanzielles Anreizsystem handelt, sondern dass der tatsächliche Aufwand der Krankenhäuser pauschaliert durch das Modulsystem erstattet werden soll.

Derzeit taucht ein neues Problem im Rahmen der Organspenden auf: Einige Finanzbehörden sind der Auffassung, die Aufwandserstattung der Krankenhäuser im Rahmen der Organspende würde der Umsatzsteuer unterliegen. Umsatzsteuerfrei seien nur die eng ver-

bundenen Umsätze in direktem Zusammenhang mit der Patientenbetreuung. Bei der Organspende sei allerdings der Patient bereits tot und daher die Erlöse umsatzsteuerpflichtig. Daher wäre eine Klarstellung Ihrerseits notwendig und wünschenswert auch vor dem Hintergrund einer Nicht-Kommerzialisierung der Organe, dass die Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der Organspende nicht der Umsatzsteuer unterliegen, damit sich die Kosten der Krankenhäuser nicht um den Regelsteuersatz von 16 % verteuern.

Zur Beteiligung der Krankenhäuser: Die Deutsche Stiftung Organtransplantation kolportiert in ihrer Öffentlichkeitsarbeit, dass sich nur ca. 40 % der Krankenhäuser an der Organspende beteiligen würden. Allerdings, das wurde auch schon angesprochen, ist weder der DKG noch der DSO die Gesamtheit der potenziellen Organspender auf den Intensivstationen in Deutschland bekannt. Das heißt, weder die DSO noch die DKG können wissen, wie viele Krankenhäuser sich tatsächlich an der Organspende beteiligen. Allerdings gibt es auch Bundesländer, die eine genauere Differenzierung und Analyse der Beteiligungsrate vornehmen. Beispielsweise geht aus dem bayerischen DSO-Bericht 2003 hervor, dass sich in Bayern sehr wohl ca. 90 % der Krankenhäuser für die Gemeinschaftsaufgabe Organspende engagierten, wobei auch nur in Bayern 38,5 % der Krankenhäuser Organspendekonsile anforderten. Das sind – in der DSO-Terminologie – die Häuser, die sich an der Organspende beteiligen. Die übrigen 50 % der Krankenhäuser in Bayern haben schlicht und einfach keine potenziellen Organspender. Die bayrische Situation erlaubt nämlich auch deshalb weitergehende Analysen vorzunehmen, da eine Erhebung von Patienten, die auf Intensivstationen an primärer oder sekundärer Hirnschädigung verstorben sind, finanziell honoriert wird. Es wurde auch hier schon hin und wieder auf die sehr unterschiedlichen Organspendezahlen in den sieben DSO-Regionen hingewiesen. Nach unserer Einschätzung liegt das nicht nur an den einzelnen Bundesländern, sondern auch an den in den Bundesländern sehr unterschiedlichen Krankenhausstrukturen, Krankenhausgrößen und Quoten von Intensivstationsbetten. Beispielsweise haben nur ca. 12 % der Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten überhaupt Intensivstationsbetten.

Jetzt zum letzten Punkt: Was macht die DKG? Es gibt eine Rahmenempfehlung der DKG, der Landeskrankenhausgesellschaften und der DSO zur Organspende. Was hier noch ganz häufig angesprochen wurde: Derzeit befindet sich die DKG zusammen mit der DSO in der Vorbereitungsphase, ein wissenschaftliches Institut mit einem Gutachten zu betrauen, um die Organspendezahlen zu überprüfen und ggf. fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren. Ich nehme an, dass sich im Rahmen der Diskussion noch Gelegenheit zur Stellungnahme zu weiteren Punkten des Fragekatalogs ergeben wird, und danke ganz herzlich.

**Vorsitzender:** Wir danken Ihnen ganz herzlich, Frau Höchstetter. Als nächstes hat nun Frau Dr. Vera Kalitzkus das Wort.

**Expertin Dr. Vera Kalitzkus** (vgl. dazu auch die Präsentation in Anlage Nr. 5): Guten Tag meine Damen und Herren, herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung. Ich freue mich sehr, dass ich die Chance habe, meine Sichtweise hier in die Diskussion mit einbringen zu können. Da mich die wenigsten von Ihnen kennen werden, möchte ich mich kurz vorstellen. Ich bin von Hause aus Sozialwissenschaftlerin und bin zurzeit in einem Kooperationsprojekt der Universitäten Göttingen und Witte/Herdecke zur Gesundheitsförderung in der hausärztlichen Praxis beschäftigt. Daneben bin ich seit zwei Jahren ehrenamtlich als Hospizmitarbeiterin tätig. Zuvor jedoch – und das ist der Bereich, um den es heute gehen soll – habe ich mich im Rahmen eines mehrjährigen DFG-Projektes, das von 1996 bis 2001 lief, mit der Organtransplantation aus Sicht direkt Betroffener beschäftigt, d. h. ich habe sowohl die Seite der Spender als auch die der Empfänger untersucht. Empirische Basis der Studie sind unter anderem mehrstündige qualitative Interviews, die ich mit Angehörigen von postmortalen Organspendern geführt habe. Die Gespräche fanden im Jahre 1998 statt, und die Ergebnisse der Studie – sowohl des Kooperationsprojektes als auch meiner eigenen – wurden bereits 2001 und 2003 veröffentlicht.

Ich möchte im Folgenden auf wichtige Punkte hinsichtlich der postmortalen Organspende aus meiner schriftlichen Stellungnahme zu sprechen kommen und auf drei Bereiche eingehen. Erstens möchte ich die freie Willensentscheidung bei der Organspende behandeln, zweitens die öffentliche Aufklärung zum Thema Organspende und drittens das Erleben einer postmortalen Organspende aus Sicht der Hinterbliebenen.

Zur freien Willensentscheidung. Hier sind noch einmal drei unterschiedliche Bereiche zu betrachten, und ich möchte zunächst eingehen auf die professionell in diesem Bereich Tätigen. Durch die nach § 11 Abs. 4 TPG gesetzlich festgelegte Pflicht zur Beteiligung an der Organspende ist Ärzten und Pflegepersonal eine persönliche Entscheidung gemäß ihres Gewissens nicht mehr möglich. Trotz Festschreibung des Hirntodes als Tod des Menschen gilt es, die aus religiösen wie ethischen Gründen unterschiedlichen Einstellungen zum Tod, zum Umgang mit einem Leichnam zu respektieren. Deshalb muss meines Erachtens auch auf professioneller Ebene die Freiwilligkeit an der Beteiligung bei Organtransplantationen beachtet werden. Über Sanktionen, wie sie im Fragenkatalog angesprochen worden sind, ist eine größere Bereitschaft sicher nicht zu erreichen.

Zum zweiten Punkt, d.h. der Dokumentation der Organspendebereitschaft gegenüber öffentlichen Institutionen. Sich mit der eigenen Sterblichkeit auseinander zu setzen kann das Le-

ben deutlich bereichern. Trotz allem gibt es Menschen, die es aus persönlichen Gründen nicht tun möchten, und dieses Recht ist jedem zuzugestehen. Sterben und Tod eines Menschen sind untrennbar mit seiner persönlichen Lebensgeschichte verbunden. Wie und nach welchen Vorstellungen dieser Lebensabschnitt von einer Person und ihren nächsten Angehörigen begangen werden soll, ist ein sehr intimes und ein sehr persönliches Thema. Die soziale Verpflichtung für das Allgemeinwohl stößt hier deutlich an ihre Grenzen, wenn die Bürger dem Staat bzw. ihren Kassen gegenüber zur Auskunft verpflichtet werden, wie sie ihr Sterben und wie sie ihren Tod gestalten möchten. Wenn Organspende auf Freiwilligkeit beruht, so sollte dies auch für die Bereitschaft gelten, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen.

Nun komme ich zum dritten Bereich, zur freien Willensentscheidung der Angehörigen potenzieller Organspender. Hier geht es, wie es auch schon von Vorrednern erwähnt wurde, um die Extremsituation auf der Intensivstation. Die Tatsachen, mit denen sich Angehörige auf einer Intensivstation konfrontiert sehen, werden im öffentlichen Diskurs vielfach ausgeblendet. Sie sind also auf diese Situation nicht vorbereitet und können etwaige durch eine Spende auf sie zukommende Belastungen nicht in ihre Entscheidungen mit einbeziehen. Um eine wahrhaft freie Entscheidung zu ermöglichen, ist jedoch ein verantwortungsvoller und offener Kommunikationsfluss notwendig, der auch problematische Aspekte benennt. Erst so ist zu gewährleisten, dass Angehörige den Informationsstand für eine freie Gewissensentscheidung erhalten. Was nun die Betreuung Angehöriger angeht, wurde mir von Hinterbliebenen erläutert, wie notwendig für sie eine neutrale, nicht in die Organentnahme involvierte Auskunftsperson bei der Entscheidung in dieser Situation gewesen wäre. Dieser Anwalt, diese neutrale Person – hier könnte man sich einen Medizinethiker, einen Seelsorger oder einen Psychologen vorstellen – müsste zudem deutlich machen, welche Auswirkungen die Zustimmung zur Organentnahme auf die Angehörigen haben kann. Entschieden zu warnen ist hingegen davor, im Gespräch um die Zustimmung zu einer Organentnahme auf eine mögliche Sinngebung durch die Organspende hinzuweisen. Dies setzt Angehörige unter zusätzlichen moralischen Druck, der keine freie Entscheidung mehr erlaubt.

Ich komme zu meinem nächsten Punkt, der Aufklärungsarbeit. Die Einstellung zur Organspende berührt Grundfragen des menschlichen Selbstverständnisses, zu denen es in unserer Gesellschaft unterschiedliche Vorstellungen gibt. Diese gilt es, auch wenn sie einer Zustimmung zur Organspende entgegenstehen sollten, zu respektieren. Die Ablehnungsrate von Angehörigen ist meines Erachtens nicht über Fehlinformationen oder über ein falsches Verständnis des Hirntodes zu erklären. Vielmehr liegt sie in der extremen Situation begründet, mit der sich Angehörige potenzieller Organspender auf einer Intensivstation konfrontiert sehen. Auf diese Aspekte in der Aufklärung über Organspende hinzuweisen, ist dringend

notwendig. Folgendes zeigte sich hierzu aus meiner Studie, und ich komme damit jetzt zu dem Bereich der Situation Angehöriger auf der Intensivstation. Als problematisch für Angehörige im Entscheidungsprozess stellten sich folgende Aspekte heraus:

- a) Der Wunsch der Verstorbenen war unklar. Es wurde also zuvor in den Familien nicht darüber gesprochen.
- b) Emotionale und psychische Überlastung in der Extremsituation, eine Entscheidung von solcher Tragweite für einen dritten Menschen zu treffen, von der die Angehörigen zudem das Überleben anderer Patienten abhängig wissen.
- c) Ängste vor Verletzung der körperlichen Integrität des Organspenders.

Falls nun ein Familienmitglied diese Ängste haben sollte, gilt es diese anzuerkennen und nicht – wie es im Fragenkatalog erwähnt wurde – eventuell zu zerstreuen, denn das kann retrospektiv zu einem wirklichen psychischen Problem führen. In unserer Gesellschaft gibt es verschiedene Vorstellungen davon, wie der Mensch und sein Körper zusammenhängen. Diejenigen, deren Körperverständnis von einer engen Durchdringung der Identität eines Menschen mit dem Körper ausgeht, die davon geprägt sind in ihrer Vorstellung, könnten eine Organspende und die Vorstellung „etwas lebt von mir oder ihm noch weiter“ als problematisch empfinden.

Als schwieriger und belastender Aspekt im Ablauf einer Organentnahme ist zunächst die Verabschiedung von einem „lebenden Leichnam“ zu nennen. Wir haben es hier also mit dem Paradox des Hirntodes zu tun, der sich in einem beatmeten, noch warmen Körper zeigt. Bei Hirntoten fehlen die sinnlich wahrnehmbaren Zeichen des Todes. Angehörige zeigten sich angesichts des warmen, beatmeten Körpers verunsichert, wann sie sich endgültig verabschieden sollen – soweit dieser Zeitpunkt nicht durch die Entnahmeoperation vorgegeben war. Dies kann häufig, insbesondere im Fall von Kindern, bei den Angehörigen zu Schuldgefühlen führen, ihn oder sie in ihrem hilflosesten Moment verlassen zu haben. Zweitens sind die medizinischen und pflegerischen Interventionen zur Organspenderkonditionierung zu nennen. Sie sind aus medizinischer Sicht zwingend zum Funktionserhalt der Organe erforderlich, stehen jedoch dem Bedürfnis Hinterbliebener nach Ruhe und Ungestörtheit am Bett des Hirntoten bei der Verabschiedung entgegen. Als letzter Punkt: das belastende Warten auf das Ende der Entnahmeoperation. Hinterbliebene berichteten mir von quälenden Vorstellungen, was wohl in diesem Moment geschehen mag. Der Großteil der Organentnahmen ist laut DSO nach zwölf bis 18 Stunden beendet, der Vorgang kann sich jedoch auch deutlich länger hinziehen. In dieser Phase ist das Auseinanderklaffen zwischen herkömmlicher und neuer Form des Todes besonders drastisch. Der Vater eines erwachsenen Sohnes, der zum Organspender wurde, fasste seine Erfahrung in folgende Worte: „Mein Sohn ist, wenn Sie so

wollen, zwei Tode gestorben.“ Trotz intellektueller Akzeptanz des Hirntodes als Tod des Menschen – denn in diesem Fall hatte sich die Familie selbst an die Klinik gewendet und die Frage der Organspende angesprochen –, stellt diese Aufsplitterung des Todes die Angehörigen vor eine zusätzliche Belastung. Als letzten Punkt möchte ich den Zustand des Leichnams nennen. Das äußere Erscheinungsbild des Leichnams nach einer Transplantation, nach einer Organentnahme, kann sich verändern. Hinterbliebene empfanden dies als belastend, insbesondere in Kontrast zu dem oft friedlichen Eindruck des Hirntoten auf der Intensivstation. Zum Begreifen des Todes ist die Verabschiedung vom Leichnam von großer Bedeutung. Wird den Angehörigen beispielsweise davon abgeraten, den Leichnam noch einmal zu betrachten, kann sich dies äußerst negativ auswirken. Die von mir eben aufgeführten Schwierigkeiten werden übrigens von Studien aus anderen Ländern bestätigt.

Ich komme zum Schluss. Die Zustimmung zu einer Organspende erfolgt also begrenzt durch das, was Menschen psychisch und seelisch zu verarbeiten möglich ist. Die Zustimmung zu einer Organspende muss auf einer stabilen Entscheidung beruhen. Ängste und Vorbehalte lediglich zu zerstreuen, um eine Zustimmung zu erlangen, kann zu schwerwiegenden psychischen Problemen führen. Hiervon ist dringend abzuraten. Die Zustimmung zu einer Organspende verdient großen Respekt. Wie ich zeigte, nehmen Angehörige eine zusätzliche, deutliche Belastung in einer ohnehin schon extremen Situation auf sich, um anderen Menschen ein Überleben zu ermöglichen. Das Wissen, einem anderen Menschen das Leben gerettet zu haben, kann für sie tröstlich sein. Problematisch erscheint es jedoch, Angehörigen gegenüber das Argument anzuführen, dem Tod durch die Organspende einen Sinn zu verleihen. Dies impliziert, dass der Tod einer Sinnzuschreibung bedürfe. Dem möchte ich die Worte des Juristen und Philosophen Gustav Radbruch entgegenhalten: „daß der Tod das Leben, in dem er es begrenzt, zugleich formt, daß die Gestalt des Toten plötzlich deutlicher vor uns steht, als wir sie im Leben je zu sehen vermochten.“ Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Frau Dr. Kalitzkus, für diese wirklich wichtige Perspektive des Themas. Als Nächster hat nun Herr Prof. Dr. Günter Kirste von der Deutschen Stiftung Organtransplantation das Wort. Herr Prof. Dr. Kirste, bitte.

**Experte Prof. Dr. Günter Kirste** (vgl. dazu auch die Präsentation in [Anlage Nr. 6](#)): Meine sehr geehrten Vorsitzenden, sehr geehrte Damen und Herren, ich bin seit Juni vergangenen Jahres medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, bin aber bis zu diesem Zeitpunkt als Leiter des Transplantationszentrums in Freiburg tätig gewesen. Ich bin

Arzt – Chirurg – und kenne insofern die Nöte der Patienten auf der Warteliste und weiß daher die Aufgabe, die ich jetzt habe, unter dem Aspekt abzuarbeiten, wie es für die Patienten auf der Warteliste nötig ist. Herr Prof. Dr. Haverich hat eben in seinem Statement die Situation von Patienten, die auf eine Herztransplantation oder eine Lungentransplantation warten, sehr dramatisch geschildert. Bei allem Verständnis für die Seite der Organspender und für die Notwendigkeit, sich um die Bedürfnisse der Spender und der Angehörigen sehr intensiv zu kümmern, es gibt eine andere Seite: die der Wartelistenpatienten. Man muss einfach zur Kenntnis nehmen, dass wir heute in der Bundesrepublik pro Tag zwei bis drei Menschen haben, die auf der Warteliste sterben, weil sie nicht rechtzeitig versorgt werden. Wir haben darüber hinaus eine ganz hohe Zahl von Patienten, die auf Grund der langen Wartezeit in einen solchen Zustand kommen, dass sie nicht mehr transplantabel sind. In diesen Fällen haben dann die Ärzte außerordentlich schwierige Gesprächsaufgaben. Sie müssen den Patienten erklären, dass sie jetzt sechs oder sieben Jahre vergeblich auf eine Niere gewartet haben und nun von der Warteliste heruntergenommen werden müssen, weil man eben immer noch nichts hat. Das ist die Situation, in der wir heute leben, und mit der wir uns leider nicht abfinden dürfen.

Ich sage als einer, der das über viele, viele Jahre, sogar Jahrzehnte betrieben hat: Ich bin nicht bereit, mich mit der Situation abzufinden, dass wir Menschen, die wir eigentlich heilen können und denen wir helfen können, dass wir denen sagen müssen: „Es geht nicht.“ Wir müssen bei dieser Analyse, die wir vornehmen wollen, natürlich auch einmal sehen, wie es denn mit dem Bedarf aussieht. Auch wenn Sie hier bei der Projektion die Zahlen jetzt vielleicht nicht sehen können, ich werde das zum Protokoll nachreichen. Diese Grafik aus Europa enthält Zahlen, aus denen man ersehen kann, wie viele Nierentransplantationen – ich habe hier das Beispiel der Nierentransplantation gewählt – in Europa in den einzelnen Ländern durchgeführt werden pro eine Million Einwohner. Man sieht da, was auch weitestgehend bekannt ist, dass Spanien mit etwa 47 Nierenspenden pro einer Million Einwohner an der Spitze liegt. Wir wissen auf der anderen Seite, dass der Bedarf an Nierentransplantationen nach der Zahl der Neuerkrankungen pro eine Million Einwohner bei ungefähr 60 liegt. Das heißt, unser Ziel muss sein, dass wir zumindest so viele Organspender haben, dass wir 60 Menschen pro eine Million Einwohner pro Jahr versorgen können. Derzeit ist das – rein theoretisch – nur dann vorstellbar, wenn man eine ebenso positive Spenderate hat wie in Spanien oder auch in Mecklenburg-Vorpommern und dazu Lebendspendemöglichkeiten wie in Norwegen. Beides muss also zusammenkommen. Vor allen Dingen muss innerhalb der Bundesrepublik erreicht werden – diese Grafik ist schon gezeigt worden –, dass wir uns nicht an den Durchschnitt der Bundesrepublik, sondern an die Zahlen von Mecklenburg-Vorpommern heranbewegen. Sie sehen hier die Spenderaten pro eine Million Einwohner im

vergangenen Jahr. Mecklenburg-Vorpommern ist derzeit bei 36,5 Organspenden pro eine Million pro Jahr und Nordrhein-Westfalen bei 8,6. Diese Zahlen sind bisher noch nicht veröffentlicht, sie sind ganz neu. Sie sehen hier, dass wir inzwischen einen Faktor vier haben, zwischen den Bundesländern. Dieses Thema muss angepackt werden. Es reicht nicht aus, dass der Bund sagt, die Organspende sei nur Ländersache und nun sollten sich die Länder engagieren. Das kann es nicht sein. Der Bund hat ganz klar im Transplantationsgesetz eine bundeseinheitliche Verteilung formuliert und gefordert. Deshalb sehe ich durchaus auch die Notwendigkeit, dass sich der Bund mit der Frage beschäftigt, wie denn die Länder zu einer stärkeren Mitarbeit in der Frage der Organspende gebracht werden können. Es gibt sicher eine ganze Reihe von Möglichkeiten, die man sich dabei überlegen kann. Leider haben wir eben eine Situation, dass sich die Organspende in den vergangenen Jahren nicht wesentlich nach vorn bewegt hat. Das müssen wir nun wirklich ändern. Auf die Bereiche, wo es eine Steigerung gegeben hat, gehe ich gleich noch ein. Das ist z. B. der Bereich der thorakalen Spenden.

Es ist eben schon viel darüber gesprochen worden, wie es mit der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern steht. Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern ist keine Frage der Konfrontation. Diese Grafik zeigt, dass die Koordinierungsstelle, also die DSO, mit den Spenderkrankenhäusern am gesamten Ablauf des Spendeprozesses sehr eng zusammenarbeiten muss, weil von der Spendemeldung an die Fragen der Spendereignung, der Hirntoddiagnostik, des neurologischen Konsils, des Einwilligungsgespräches, in Kooperation miteinander erfolgen müssen. Nur dann nämlich, wenn man kooperativ vorgeht, kann man erreichen, dass mehr Organe zur Verfügung stehen, mehr Leute zur Organspende bereit sind und dass auch die Ablaufprozesse so sind, dass daraus etwas Positives entstehen kann. Das heißt aber für die DSO auch, dass sie sich sehr intensiv in den Bereich der Intensivtherapie einmischen muss. Auf dieser Darstellung aus der Region Mitte sehen Sie, dass es allein dadurch, dass die DSO durch sehr kompetente Mitarbeiter im Bereich der Intensivtherapie geholfen hat, möglich war, die Zahl zur Verfügung stehender Herzen und Lungen in besonderem Maße zu steigern. Man hat nämlich die Intensivtherapie verbessert und in dem Sinne geholfen, dass dem Willen der Spender nach Organspende nachgekommen wurde.

Wir haben in der Bundesrepublik Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen von V1 bis hin zu den V4-Kliniken. Wir führen zudem immer noch die Transplantationszentren gesondert auf. Zahlenmäßig von großer Bedeutung sind auch die kleinen Krankenhäuser, weil wir wissen, dass in diesen kleinen Krankenhäusern häufig das Know-how über die Ablaufprozesse der Organspende nicht vorhanden ist. Da müssen wir mehr unterstützen und mehr helfen als in anderen. Lassen Sie mich das auch anfügen: Gerade im Bereich der kleineren Krankenhäuser bestehen ganz erhebliche Möglichkeiten für Gewebespenden. Ich sehe es

als eine dringliche Notwendigkeit an, die jetzt anstehenden gesetzlichen Umsetzungen der EU-Direktive vom April vergangenen Jahres dahingehend zu formulieren, dass nun – um Gottes Willen – nicht im Krankenhaus eine Konkurrenzsituation zwischen einem Organkoordinator und einem Gewebekoordinator entsteht. Das muss dringend geregelt werden. Wir wissen aber auch, dass die Gewebespende in vielen Krankenhäusern der „Türöffner“ sein kann. Wenn es gelingt, ein- oder zweimal erfolgreich eine Hornhautspende in einem kleineren Krankenhaus mit den Ärzten dort zu bewerkstelligen, dann ist das ein Schritt dahin, dass auch eine Organspende im größeren Sinne stattfinden kann.

Ich glaube in der Tat auch, dass die Frage der Finanzierung bei den Krankenhäusern nicht die Rolle spielt, wie das z. T. angenommen wurde. Das sind die Module, die derzeit in Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Organspendeprozess abläuft. Sie sehen aus den Prozentzahlen, die dahinter geschrieben sind, dass immerhin im Jahr 2004 z. B. die Frage einer Beteiligung an der Hirntoddiagnostik überhaupt nur in 50 % der Fälle der DSO angezeigt worden ist, und dass selbst bei großen Multiorganentnahmen in 20 % der Fälle keine Rechnungen gestellt wurden, obwohl wir nachfragen. Der Grund dafür liegt z. T. darin, dass die Krankenhäuser sagen, dieses sei eine Aufgabe, die sie aus ihrem Budget heraus machen wollen. Ich finde es sehr, sehr anerkennenswert, dass das viele Krankenhäuser tun. Ich möchte damit aber unterstreichen, dass die Frage der Finanzierung in diesem Bereich wahrscheinlich nicht die entscheidende Rolle spielt. Es wird vielmehr wirklich darauf ankommen, mit den Krankenhäusern in eine engere Kooperation zu kommen.

Lassen Sie mich dieses Beispiel hier anfügen, das wir vor kurzem erhoben haben, indem wir in einem Krankenhaus, das sehr bereit ist, das Thema anzupacken, in den Keller gegangen sind und die Krankengeschichten der Verstorbenen auf den Intensivstationen durchgesehen haben. Sie sehen, dass wir immerhin in etwas über 80 Fällen eines Jahres in diesem Krankenhaus die Krankengeschichten evaluieren konnten. Wir haben festgestellt, dass es in fast 40 Fällen einen Tod auf Grund eines schweren Schädel-Hirn-Traumas oder einer Blutung gab. Aber nur in einem geringen Teil der Fälle, nämlich in acht Fällen überhaupt, wurde ein Angehörigengespräch geführt, in vier Fällen wurde eine Hirntoddiagnostik gemacht und in zwei Fällen kam es zur Organentnahme. Wir haben also eine ganz erhebliche Diskrepanz auch in den Krankenhäusern, die die DSO auf der Seite der Krankenhäuser führt, die sich beteiligen. Dieses Krankenhaus ist dadurch, dass zwei Fälle zur Organspende geführt haben, in der Statistik als ein sich beteiligendes Krankenhaus verzeichnet. Wenn man sich aber das Potenzial dieses Hauses ansieht, dann ist es dringend notwendig, dort mit der nötigen Unterstützung hineinzugehen und zu sagen: Es muss in jedem Krankenhaus in dieser Art und Weise in den Krankenakten nachgesehen werden. Die Aktivitäten der BQS, der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, die schon erwähnt wurden, sind sehr, sehr lo-

benswert. Sie werden aber frühestens im Jahr 2008 greifen. Wir müssen also dazu kommen, dass wir vorher in die Lage versetzt werden, mit jedem Krankenhaus dieses Thema anzusprechen und dafür zu sorgen, dass wirklich intensiv mit der DSO zusammengearbeitet wird. Es gibt leider immer noch Statements wie dieses hier, das einfach lautet: „Patienten mit infauster Prognose blockieren die Intensivbetten für Patienten mit Elektiv-Intensivtherapie, die wirtschaftlicher sind.“ Das muss weg. Das muss mit den Krankenhäusern diskutiert werden. Ich bin mir sicher, dass wir das auch schaffen können.

Wir müssen aber ein weiteres Problem lösen und das betrifft die DSO intern. Wir haben Bundesländer, in denen eine unglaubliche Zahl von Krankenhäusern pro eine Million Einwohner existiert. Die Krankenhausstruktur ist in Deutschland sehr unterschiedlich. Sie sehen auf dieser Grafik, dass gewaltige Unterschiede bestehen, z. B. zwischen Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Sie werden verstehen, dass wir entsprechend auch ganz andere Personalressourcen brauchen, um diese Arbeiten zu bewältigen. Die DSO hat im europäischen Vergleich eine verschwindend kleine Zahl von Koordinatoren zur Verfügung. Sie sehen Deutschland an zweitletzter Stelle auf dieser Grafik. Achten Sie bitte auf die blaue Kurve: Das sind die Koordinatoren pro eine Million Einwohner. Deutschland steht im europäischen Vergleich und auch im außereuropäischen Vergleich ganz am unteren Ende. Die Aufgaben, die wir haben, können wir aber nur so weit abarbeiten, wie wir Personal zur Verfügung haben. Dieses Thema muss ganz sicher nochmals sehr intensiv diskutiert werden – zumindest, was die Situation in Nordrhein-Westfalen betrifft.

Auf die Frage der Zustimmung ist in mehreren Beiträgen schon eingegangen worden, ich möchte das sehr kurz halten. Ich glaube, die uns derzeit zur Verfügung stehenden Zahlen im aktuellen Spendeprozess sind etwas „geschönt“, weil wir immer noch viele Fälle, in denen vorher gefragt wurde und dann eine Ablehnung erfolgte, gar nicht gemeldet bekommen. Es muss also verpflichtend eingeführt werden, dass die DSO zu diesen Gesprächen hinzugeholt wird und sich an diesen Gesprächen beteiligt. Ich sehe einfach, dass wir eine Reihe von Bereichen haben, in denen wir aktiver werden müssen. Es gilt sicherlich die Öffentlichkeitsarbeit für die Organspende zu befürworten und zu fördern. Ich denke, dass Frau Dr. Pott darauf noch eingehen wird. Wir werden aber auch im Bereich der Krankenhauskommunikation intensiver arbeiten müssen und natürlich die schon vorher genannten Projekte der Fortbildung fortsetzen bis hin zur Angehörigenbetreuung, Dokumentation usw. Ein wichtiger Bereich aus meiner Sicht ist die Verbesserung der Kommunikation zu den Intensivärzten und natürlich auch zu den Angehörigen. Für uns bedeutet das, dass wir mehr Koordinatoren brauchen und dass wir dazu kommen müssen – das halte ich für einen ganz wichtigen Punkt, ich hatte es vorher schon erwähnt –, monatlich die Todesfälle in jedem Krankenhaus mit Intensivstation zu evaluieren. Das ist heute mit den DRGs einfach geworden. Wir müssen

eigentlich nur zum Controller des Krankenhauses gehen und sagen: „Zeigen Sie uns bitte die Fälle mit den Diagnosen von dann bis dann. Ist in den einzelnen Fällen an die Organspende gedacht worden?“ Ich bin absolut sicher, dass diese Maßnahme allein dazu führen wird, dass die Intensivärzte sich über diese Fragen Gedanken machen, wenn man Ihnen solche Fragen vorlegt.

Über die Transplantationsbeauftragten will ich nicht weiter sprechen, weil darauf von den Kollegen aus Bayern schon eingegangen worden ist. Nun, mein Credo in dieser Sache ist, wenn wirklich jeder in der Bevölkerung bereit ist zur Organspende und wenn jeder von meinen Kollegen auf den Intensivstationen an dem Thema mitarbeitet, dann bin ich überzeugt davon, dass wir wirklich allen helfen können. Ich persönlich glaube auch, dass wir das mit den jetzigen gesetzlichen Vorgaben können. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Kirste. Nun kommt Frau Claudia Kotter von den „Jungen Helden“ zu ihrem Statement.

**Expertin Claudia Kotter** (vgl. dazu auch die Präsentation in Anlage Nr. 7): Mein Name ist Claudia Kotter. Ich komme vom Verein „Junge Helden“. Ich möchte mich als Allererstes bei Frau Klöckner bedanken, dass sie uns diese Möglichkeit gegeben hat, heute hier zu sein und uns so wunderbar unterstützt. Vielen Dank. Der Verein „Junge Helden“ hat sich vor zwei Jahren gegründet, weil wir auf eine sehr persönliche Art und Weise mit dem Thema Organspende konfrontiert worden sind. Ich will darauf gar nicht so weit eingehen, aber man hat mir vor ein paar Jahren erklärt, dass ich langfristig nur mit einer Lungentransplantation weiterleben kann. Ich will jetzt gar nicht so lange darauf herumreiten, weil es an sich nichts mit der Sache zu tun hat. Ich wollte uns nur rechtfertigen: Wir wissen schon, wovon wir reden. Wir haben das ganze Thema sehr extrem mitbekommen und haben uns zusammengetan, weil wir gerne etwas ändern würden. Wir, d. h. der Verein „Junge Helden“, möchten in erster Linie das Image der Organspende verändern und Organspende in Deutschland zum Thema machen. Ich persönlich denke nämlich, dass die Organspende in Deutschland überhaupt kein Thema ist. Das liegt daran, dass ganz viele diffuse Ängste und Unwissenheit im Raum stehen. Wir würden das gern ändern. Mit dem Verein „Junge Helden“, mit dem Logo der Batterie und mit dem Claim „Leben weitergeben“ möchten wir erst einmal zeigen, dass Organspende in unseren Augen etwas total Positives, etwas sehr Lebendiges und eigentlich auch etwas ganz Wundervolles ist. Wir wollen diese Message in unserem Freundeskreis transportieren; wir wollen, dass die Leute sehen, wie ein Freundeskreis zusammenhält, dass er etwas verändern und bewegen kann. Dafür haben wir diesen Verein gegründet – um diese Plattform zu

nutzen, um das voranzutreiben. Wir haben einen großen Vorteil gegenüber anderen, das sehe ich ein: Wir haben einen recht prominenten Freundeskreis, und das macht es uns leichter, in die Öffentlichkeit zu treten. Wir hatten einen ganz guten Einstieg, da wir mit der Zeitschrift „Max“ eine Fotostrecke zum Thema Organspende machen konnten. Dafür haben wir viele prominente Schauspieler, Sportler oder Moderatoren abfotografiert (vgl. Anlage Nr. 7). Wir wollten einfach einmal zeigen, dass auch junge Leute sich mit dem Thema befassen können und dazu eine Meinung haben.

Jeder Einzelne von uns trägt dazu bei, die Organspende mit einem positiveren Image zu versehen. Ich möchte noch dazu sagen, dass wir auf die Organspende aufmerksam machen wollen, dass wir sie „jünger“ gestalten wollen und junge Leute mit dem Thema konfrontieren wollen. Wir haben jetzt die ganze Zeit darüber geredet, dass in den Krankenhäusern Probleme entstehen, wenn jemand verstorben ist, und dann die Familie konfrontiert wird. Ich persönlich denke, wenn man die Organspende in die Schulen hineinbringen würde, wenn man bei der Anmeldung zum Führerschein damit konfrontiert würde, wenn alle Krankenkassen jedem zum 14. Geburtstag einen Brief schicken würden mit einem Organspendeausweis und Infomaterial, dann hätte man diese Probleme nicht erst im Krankenhaus, sondern man würde überall damit in Berührung kommen und könnte sich zu Lebzeiten wunderbar eine Meinung dazu bilden. Ich finde es auch genauso wichtig, dass man die Leute respektiert und akzeptiert, die keine Organe spenden wollen. Die kommen hier nämlich überhaupt nicht vor. Es ist immer so, dass alle spenden müssen, und keiner redet über die, die nicht spenden wollen. Denen gibt man dadurch schon gleich das Gefühl, als ob sie etwas Schlechtes getan hätten. Ich finde die Entscheidung, Organe zu spenden, sehr persönlich, sehr privat. Diese Entscheidung muss reifen, das weiß ich aus eigener Erfahrung. Ich finde es ganz, ganz wichtig – das muss man wirklich einmal hervorheben –, dass man es akzeptiert, wenn Menschen nicht spenden wollen, und dass man denen auch ein gutes Gefühl gibt. So.

Weiter geht es mit dem Ausweis. Was die Gesetzesregelung angeht, finde auch ich persönlich die Widerspruchslösung natürlich, vielleicht weil ich lange gewartet habe, sehr positiv. Ich meine aber nicht, dass man die Gesetze jetzt ändern sollte. Man hat jetzt dieses Transplantationsgesetz, es ist gut, dass man das hat, und jetzt sollte man daraus das Beste machen. Das Beste ist meiner Meinung nach, diesem Ausweis mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Es gibt einen Organspendeausweis, der so einfach funktioniert. Man kann ihn einfach ausfüllen mit allem, was man möchte, man kann „Nein“ ankreuzen, alles ankreuzen, man kann sogar die Entscheidungen auf jemanden aus der Familie übertragen. Der Ausweis braucht viel mehr Aufmerksamkeit, weil meiner Meinung nach kein Mensch diesen Ausweis kennt. Viele junge Leute wissen überhaupt nicht, dass er existiert. Wir würden gerne die ganze Sache mit dem Ausweis ändern. Der Ausweis muss zu den jungen Leuten und nicht

die jungen Leute zum Ausweis, weil die Menschen nicht von sich aus darüber nachdenken, die haben keine Zeit, die befassen sich damit nicht.

Wir sind der Meinung, dass da nur interaktive Werbung helfen kann. Also haben wir ein Plakat entworfen, das hing mal am Alexanderplatz, mal auch an verschiedenen anderen Orten. Das Plakat funktioniert ganz einfach (vgl. auch Anlage Nr. 7): Es kann 1068 Leben retten. Einfach hingehen, den Ausweis herausziehen – der steckt in der Lasche; man steckt ihn ein; man hat ihn bei sich; man kann drüber nachdenken; die Sache ist erledigt – und jeder hat den Ausweis. Genauso haben wir eine Printkampagne entwickelt, die in allen Zeitschriften abgedruckt werden könnte, wenn man die finanziellen Möglichkeiten hätte. Der Ausweis ist in die Anzeige integriert. Man kann ihn ausschneiden und auch einstecken und hat ihn dann dabei. Es gibt meiner Meinung nach keine Vorschrift, aus was für einem Material oder was für einem Papier der Ausweis sein muss. Das sind Möglichkeiten, die man unbedingt mit in Betracht ziehen muss. Wir gehen weiter, indem wir sagen, dass Organspende lebendiger werden muss, weil es ein sehr lebensbejahendes Thema ist. Wir wollen Leben weitergeben. Wir haben verschiedene Kooperationen mit verschiedenen Events, mit verschiedenen Clubs, mit den Unis. Die Leute müssen einfach damit in Berührung kommen. Man muss praktisch, wenn man abends weggeht, dem Ausweis auch in einem lustigen, witzigen Rahmen begegnen, und nicht immer nur diesem todernsten „Oh-Gott-alles-stirbt-und-alles-ist-ganz-schlimm“. Meiner Meinung nach muss man auch einmal, während man im Leben steht, während man feiert, kurz darüber nachdenken. Man kann auch lange darüber nachdenken, aber die Hauptsache ist, man wird damit konfrontiert. Wir arbeiten auch mit den Unis zusammen und halten da Vorträge. Am nächsten Sonntag sind wir an der Uni in Chemnitz. Wir haben da eigentlich immer eine sehr positive Resonanz. Vor allem nehmen die jungen Leute das Thema Organspende sehr gut auf. Ich möchte noch dazu sagen, dass wir halt Aufmerksamkeit erregen wollen, aber, weil wir alle noch relativ jung sind, verweisen wir für die Aufklärung immer an die DSO. Ich muss mich auch einmal bedanken und sagen, dass es eine wunderbare Zusammenarbeit ist und ich die DSO ganz hervorragend finde. Sie machen einen super Job.

Was wir uns wünschen, wäre also, dass die Krankenkassen den Ausweis mehr verteilen, dass man ihn bei der Führerscheinanmeldung, an den Unis, dass man ihn überall bekommt. Zum Schluss würde ich gern noch sagen: Wir haben einen TV-Spot produziert, der einfach der Organspende mit schönen Bildern, mit bunten Bildern, mit lebensbejahenden Bildern ein positiveres Image geben soll. Er zeigt, dass die Entscheidung, Organe zu spenden, meiner Meinung nach mitten aus dem Leben heraus getroffen werden muss und nicht erst dann, wenn man schon im Krankenhaus liegt, sondern zu Lebzeiten. Dann erspart man allen Leu-

ten diesen Druck und diesen Leidensweg. Jetzt würde ich Ihnen gerne diesen Spot zeigen und mich ganz herzlich bedanken.

[TV-Spot: „Im Sommer 74 hat mein Vater meiner Mutter sein Herz geschenkt. Im Herbst 76 hat meine Mutter mir das Leben geschenkt. Im Winter 2003 habe ich mein Herz verschenkt... und meine Niere, und meine Lunge und alle anderen Organe, die noch gebraucht werden.“]

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Als nächstes nun Frau Dr. Elisabeth Pott als Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

**Expertin Dr. Elisabeth Pott:** Herzlichen Dank für die Einladung, hier vor dieser Kommission zu Aufklärungs- und Motivationskampagnen sprechen zu dürfen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat neben anderen – nämlich neben denen, die in den Ländern verantwortlich sind und neben den Krankenkassen – mit dem Transplantationsgesetz von 1997 im § 2 den Auftrag bekommen, an der Aufklärung und Motivation der Bevölkerung zur Organspende mitzuwirken. Wenn wir vergleichen, wie es zu der Zeit aussah und wie es heute aussieht, dann können wir auf Grund unserer Studien feststellen, dass heute immerhin über 80 % der Bevölkerung grundsätzlich eine positive Einstellung zur Organspende haben, dass 67 % aktiv sagen, sie wären bereit Organe zu spenden, dass allerdings nur 12 % heute einen Organspendeausweis in der Tasche und unterschrieben haben. Letzteres ist aber doch ein Fortschritt, denn zu Beginn der Kampagne waren es nur etwa 3 % bis maximal 5 %. In dieser Situation erscheint, was wir mit der Aufklärung und Motivation erreichen konnten, ganz offensichtlich bisher ein Tropfen auf den heißen Stein zu sein. Die gesundheitliche Aufklärung und die Motivation der Allgemeinbevölkerung muss vor dem Hintergrund des Gesamtproblems der Organspende sicherlich als ein Mosaiksteinchen in einem Geflecht von vielen notwendigen Maßnahmen in vielen unterschiedlichen Bereichen gesehen werden. Deshalb sind auch heute hier Experten aus ganz unterschiedlichen Disziplinen, weil sowohl die rechtlichen Rahmenbedingungen als auch die Strukturen des Gesundheitswesens, die Bedingungen in den Krankenhäusern und eben die Frage der Information und Aufklärung eine Rolle spielen. Wir sehen schon an diesen Bereichen, dass dies natürlich auch so betrachtet werden muss, dass die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen diesen einzelnen Bereichen eine wichtige Rolle spielen. Wenn wir z. B. in Deutschland eben keine Widerspruchslösung haben nach unserem Gesetz, sondern eine Zustimmungslösung, dann ist selbstverständlich, dass jemand nur bewusst in eine solche Maßnahme einwilligen kann,

wenn er gut informiert und aufgeklärt ist. Das bedeutet nun wiederum, dass man so viel in Aufklärung und Motivation investieren muss, dass auch tatsächlich die Chance besteht, dass alle in der Bevölkerung mit intensiver und guter Aufklärung, mit unterschiedlichsten Aufklärungsangeboten so erreicht werden, dass sie in der Lage sind, sich umfassend zu informieren, sich mit dem Thema auseinander zu setzen und sich tatsächlich eine eigene Meinung zu bilden.

Wir haben als Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 1997 eine Kampagne gestartet, die zum einen versucht, das Thema in der Öffentlichkeit überhaupt zum Thema zu machen, weil es bisher – das hat auch jemand anders hier schon gesagt – noch gar kein Thema ist. Wir haben versucht, mit der Kampagne dazu beizutragen, ein positives und vertrauensvolles Klima zu schaffen, weil Vertrauen, das wurde auch schon gesagt, eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zur Organspende ist. Wir haben versucht, dafür zu sorgen, dass die Informationen wirklich allen Bevölkerungsschichten zugänglich sind. Darüber hinaus muss die Klärung persönlicher Sorgen und Ängste in einer solchen Aufklärung ermöglicht werden, es muss aber auch der emotionale Bezug neben den Informationsfragen bedacht werden, und es muss eine leichte Erreichbarkeit des Organspendeausweises gewährleistet sein; denn wenn der nicht leicht verfügbar ist, sondern auf irgendwelchen Einwohnermeldeämtern herumliegt, ist natürlich klar, dass das einfach auch eine Erschwernis ist und dann eine große Hemmschwelle besteht.

Es ist mehrfach dargestellt worden, welche Sorgen und Bedenken im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod, mit der Problematik der Integrität des Körpers nach dem Tod bestehen, mit der Sorge der Angehörigen, dass sie vielleicht nicht sicher wissen, was der Verstorbene gewollt hätte, welche vielen psychologischen Probleme da im Hintergrund stehen. Aus all dem, was ich Ihnen hier zusammengefasst sage, ergibt sich, dass eine solche Aufklärungskampagne hohe Anforderungen stellt. Wenn ich sensibel auf alle diese Bereiche eingehen will, wenn ich sie mit adäquaten Aufklärungsmöglichkeiten ansprechen will, wenn ich sowohl die Massenkommunikation, mit der ich ein Klima schaffen kann in der Bevölkerung zu einem Thema, als auch die persönliche Kommunikation einsetze – denn viele intime Fragen gerade über Tod und Sterben setzen auch die Notwendigkeit, Gespräche mit Vertrauenspersonen führen zu können, voraus –, wenn ich das alles tun will, dann brauche ich auch die entsprechende Ausstattung, um das zu leisten, was hier geleistet werden muss. Dazu kann ich Ihnen dann sagen, dass wir als Bundeszentrale in 1997 einmalig eine zusätzliche Summe neben unserem Standardhaushalt von 1,2 Millionen DM bekommen haben, um eine solche Kampagne zu entwickeln und zu starten. Seitdem zweigen wir Mittel für die Maßnahmen, die wir durchführen, weil wir dieses Thema für so wichtig halten, aus den Mitteln ab, die wir schwerpunktmäßig für das Thema „Förderung der Kindergesundheit“ zur

Verfügung haben. Ein eigener Titel und wirkliche Mittel für diese Aufklärungskampagne, die eigentlich notwendig sind, stehen im Bundeshaushalt bei der BZgA nicht zur Verfügung.

Wir haben versucht, aus den vorhandenen Mitteln und Möglichkeiten das Beste zu machen, und haben in enger Kooperation – z. B. mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation – verschiedene Dinge auf den Weg gebracht. Darunter war z. B. ein umfangreiches Streetworker-Projekt, weil wir gerade der Meinung waren, dass wir über die Streetworker, die die Menschen vor Ort ansprechen können und die persönliche Gespräche und die Kommunikation über schwierige Fragen auch ermöglichen sollen, ganz besonders an diese schwierigen Themen herankommen. Man kann eine Broschüre zum Thema Hirntod entwickeln und verbreiten, aber man muss dann darüber hinaus solche Gesprächsangebote schaffen. Wir haben dieses Modell in fünf Regionen durchgeführt von 1997 bis 2000. Wir haben es dann verschiedenen Partnern – den Ländern, den Krankenkassen – vorgestellt und zur Weiterführung angeboten. Es hat sich schließlich aber außer in Rheinland-Pfalz keine Möglichkeit gefunden, dass mit einer Landesbeteiligung irgendwo das Streetworker-Projekt weiter durchgeführt werden konnte. So sind wir heute in einer Situation, in der wir sehen, dass von den Ländern – die im Gesetz eigentlich genannt sind – nur einzelne, d. h. weniger als die Hälfte, sich engagierten und engagieren mit verschiedenen Maßnahmen und Aktivitäten in diesem Bereich. Ich will diese jetzt nicht einzeln aufzählen.

Bei den Krankenkassen hat es nach einer Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Jahr 2003 etwas mehr Engagement gegeben als in der Vergangenheit, z. B. durch Streuung des Organspendeausweises oder auch durch Artikel zur Organspende in Mitgliedszeitschriften. Aber wenn Sie sich das alles zusammen vorstellen, dann sehen Sie, dass eine umfassende Kampagne, die wirklich in der Lage ist, diesen Informations- und Motivationsaufgaben gerecht zu werden, so einfach noch nicht geleistet werden kann. Ich finde, man muss hier einfach sagen, dass es natürlich verschiedene Modelle in verschiedenen Ländern gibt, die erfolgreich sein können. Entscheidend ist immer, dass man, wenn man sich für einen bestimmten Weg entscheidet – wir hier in Deutschland eben für die Zustimmungslösung –, dann auch alles tun muss, damit dieser Weg einer Zustimmungslösung zum Erfolg geführt werden kann. Die Zustimmungslösung setzt nun einmal die informierte Entscheidung des Betroffenen voraus. Darum ist dieses ein ganz wichtiger Teil in einer Gesamtstrategie zur Verbesserung der Situation in der Organspende.

Auf die Möglichkeiten und Einzelheiten der Projekte, die wir heute durchführen, wie z. B. das „Infotelefon Organspende“, das wir mit der DSO gemeinsam organisieren, wie einzelne Maßnahmen zur besseren Streuung des Organspendeausweises etc., will ich jetzt gar nicht eingehen. Ich will nur noch einmal sagen: Die Streuung des Organspendeausweises erfolgt bei uns immer in Verbindung mit Informationen. Sie finden also den Organspendeausweis bei

bei uns immer in Verbindung mit einer Informationsbroschüre, wo wenigstens die wichtigsten Informationen zu den am häufigsten von den Bürgern gestellten Fragen enthalten sind. Der Bürger soll nicht irgendwo einfach einen Organspendeausweis finden und sich fragen: „Was ist das überhaupt? Was soll ich damit?“ Es wird immer schon in Verbindung mit dem Ausweis eine Basisinformation gegeben. Das ist ein zentraler Teil der Strategie, das Vorhandensein der Ausweise zu erhöhen.

Davor stellen wir in der Aufklärungskampagne noch eine Botschaft, die auch heute vielfach als ganz wichtig angesprochen worden ist: Diejenigen nämlich, die keinen Ausweis haben, sollen sich doch mindestens entweder mit ihren Angehörigen oder mit den ihnen nahe stehenden Menschen intensiv über dieses Thema auseinandersetzen, damit die Menschen in ihrer unmittelbaren Umgebung wirklich wissen, was der Wille des Verstorbenen ist, falls es zu einer entsprechenden Situation kommen sollte. Natürlich ist aber das Beschaffen und Ausfüllen eines Organspendeausweises die wesentlich bessere und eindeutige Lösung. Jetzt muss man natürlich in diesem Zusammenhang sagen, dass hier die Ärzte eine ganz wichtige Rolle spielen. Wir haben aus Untersuchungen festgestellt, dass sich ein ganz großer Teil der Bürger als Vertrauenspersonen, als Ansprechpartner für Fragen zur Organspende, ihre Hausärzte wünschen. Auf diesen Bereich wollen wir in der Zukunft mit den begrenzten Mitteln, die uns zur Verfügung stehen, unsere Arbeit konzentrieren. Wenn das so ist, dann kommt es vor allen Dingen darauf an, die Ärzteschaft zu gewinnen, hier mitzuwirken und sich für solche Gespräche und Aufklärungsangebote zur Verfügung zu stellen.

Des Weiteren haben wir festgestellt, dass gerade junge Leute – das hat auch meine Vorrednerin, Frau Kotter, noch einmal gesagt – ein besonderes Interesse an diesem Thema haben und besonders aufgeschlossen sind. Wenn wir junge Leute erreichen, können wir über junge Leute das Thema auch besser in die Familien tragen, als das auf andere Weise möglich ist. Das wird daher ein zweiter Schwerpunkt unserer Arbeit für die Zukunft sein. Eine entscheidende Rolle spielt die Verknüpfung der Maßnahmen der Aufklärung für die Allgemeinbevölkerung und für spezielle Zielgruppen, wie gerade junge Leute. Wir haben übrigens – das dazu noch als Einschub gesagt – auch einen Unterrichtsfilm mit Begleitmaterial in Vorbereitung, so dass auch die Frage, ob man das nicht in der Schule behandeln kann, in Zukunft besser bedient werden kann. Wir wollen das dann über die Kultusministerkonferenz den Schulen zur Verfügung stellen. Jetzt muss noch eins geschehen: Es müssen die verschiedenen Akteure in der Prävention und Aufklärung, die Länder, die Krankenkassen, die Bundeszentrale, noch viel besser miteinander verzahnt werden und es muss koordiniert werden, was jeder in seinem Bereich an Aktivitäten entwickelt. Die Koordinierung wird zwar versucht – also wir machen viele Angebote zur Koordinierung –, aber das ruht auf einer freiwilligen Basis. Ich denke, man könnte die Durchschlagskraft der Kampagne deutlich erhöhen, wenn

man sich auf gemeinsame Maßnahmen verständigt und sie gemeinsam arbeits- und kosten-  
teilig umsetzt. Hier wären sicher Verbesserungsmöglichkeiten, und das Ganze könnte unter  
ein Dach gestellt werden.

Es müssten aber sicherlich auch in den Bereichen der Länder und der Krankenkassen mehr  
Mittel zur Verfügung gestellt werden, weil die bisher zur Verfügung gestellten Ressourcen  
schlicht und einfach nicht ausreichen. Schließlich müsste meiner Einschätzung nach durch  
einen jährlichen Bericht über die Aktivitäten, die durchgeführt werden, auch ein leichter  
Druck dahingehend ausgeübt werden, das Menschenmögliche in dem Bereich auch tatsäch-  
lich zu tun. Jeder bekommt dann noch einmal einen Anreiz, weil er weiß, dass er sich jährlich  
mit seinen Maßnahmen darstellen muss. Wichtig ist es, die Verbindung herzustellen zwi-  
schen dem, was in der Allgemeinbevölkerung an Aufklärung und Motivation durchgeführt  
wird, und dem, was dann auch im Krankenhaus angetroffen wird. Die Frage der Einwilligung  
im Krankenhaus hängt eben von vielen Faktoren ab, die hier schon genannt wurden und die  
ich daher nicht zu wiederholen brauche. Eine Verzahnung zwischen Aufklärungs- und Moti-  
vationsmaßnahmen und der Schulung von Pflegepersonal und Ärzten im Krankenhaus muss  
mit einer genauen Analyse der Strukturen einhergehen, die ggf. für eine Organentnahme  
oder eine Ansprache des Problems mit den Angehörigen hinderlich sind, damit das wirklich  
in dieselbe Richtung geht. Ich will das noch einmal an einem anderen Beispiel verdeutlichen:  
Wenn ich in der Bevölkerung eine Impfkampagne durchführe und jemand, der jetzt motiviert  
ist, sich impfen zu lassen, dann zu seinem Arzt kommt, und der Arzt sagt: „Ach, wissen Sie,  
vom Impfen halte ich gar nicht so viel.“, dann wird natürlich eine solche bevölkerungsweite  
Kampagne ins Leere laufen. Es muss also eine wirkliche Verzahnung zwischen Maßnahmen  
im Krankenhaus und dieser Aufklärungs- und Motivationsarbeit geben. Herzlichen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Frau Dr. Pott. Zu guter Letzt nun Herr Dr. Claus Wesslau mit  
seinem Statement bitte.

**Experte Dr. Claus Wesslau** (vgl. dazu auch die Präsentation in Anlage Nr. 8): Sehr geehrter  
Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, als geschäftsführender Arzt einer seit Jahren  
erfolgreichen Region möchte ich Ihnen keine Daten vortragen, sondern dieser Anhörung  
drei Thesen voranstellen.

Die erste These: Die Organspende in unserem Land wird perspektivisch nur dann erfolgreich  
sein, wenn es gelingt, die Krankenhäuser, die Regionalstrukturen der DSO und die Trans-  
plantationszentren in partnerschaftlicher Arbeitsteilung eng zu vernetzen. Mecklenburg-  
Vorpommern ist schon genannt worden und Berlin-Brandenburg, die wir immer als eine Ein-

heit betrachten. In Berlin-Brandenburg – mit mehr als 15 realisierten Organspenden pro Jahr – ist diese Vernetzung gut gelungen, optimal in Mecklenburg-Vorpommern. Für die Organisation dieser Kooperation auf Länderebene, für die die DSO verantwortlich ist, sind einheitliche, detailliert ausformulierte Rahmenbedingungen, nämlich Transplantationsausführungsgesetze, unabdingbar. Mecklenburg-Vorpommern, das ist bereits erwähnt worden, hat ein Ausführungsgesetz. Berlin-Brandenburg hat keins, und es funktioniert auch, könnte man sagen. Aber wir möchten aus der Rolle der Bittenden heraus in eine wirklich klar umrissene, einheitliche Transplantationsausführungsgesetzgebung. Die beinhaltet die Bestellung von Transplantationsbeauftragten, die beinhaltet die Festlegung von krankenhausinternen Verfahrensabläufen, von der Spendererkennung über die Hirntoddiagnostik bis zur Organentnahme: Wer muss wann jemanden anrufen? Wie geschieht das Ganze? Wie lässt sich das optimal organisieren? Ein wesentlicher Punkt, der auch schon genannt worden ist: Wie bekommen wir die Information aus den Krankenhäusern, wer an einer bestimmten Krankheit – nämlich an primärer und sekundärer Hirnschädigung – verstorben ist? Ich habe einen Erhebungsbogen beigelegt, den auszufüllen eigentlich, wenn man es mit den Intensivmedizinern gut bespricht, zusammen mit dem Totenschein nur fünf Minuten dauert. Er soll keine Kontrollfunktion haben. Er soll eigentlich nur Schwachstellen im Rahmen der Organspende aufdecken, die wir dann gemeinsam mit der Krankenhausleitung, mit den Intensivmedizinern und mit der DSO beseitigen.

Besorgniserregend, trotz guter Organspendezahlen in Berlin-Brandenburg, ist die Ablehnungsrate mit mehr als 50 %. Nun fragen Sie: „Wo hat denn der die Zahlen her?“ Ja, diese Zahlen bekommen wir über die Erhebungsbögen. Wer keine Erhebungsbögen hat, der hat keine Information. Daraus resultieren aus meiner Sicht die unterschiedlichen Ablehnungsraten in den Ländern, die von 20 oder 30 % bis zu mehr als 50 % reichen. Wie kann man dieser hohen Ablehnungsrate begegnen? Da sind wir der Meinung, dass wir die Gesprächsteilnehmer – das ist auch bei Herrn Prof. Dr. Briegel und Herrn Prof. Dr. Bein schon angeklungen – nämlich die Krankenhausärzte und auch unsere eigenen DSO-Mitarbeiter besser qualifizieren müssen. Jetzt sage ich etwas im Gegensatz zu Frau Dr. Kalitzkus: Ich möchte gern die unschlüssigen Angehörigen mitnehmen und bestärken in ihrer Entscheidung für die Organspende. Wenn mehr als 80 % der Angehörigen nicht wissen, wie der Verstorbene sich zu Lebzeiten entschieden hat: Warum soll er denn nicht zur Organspende „Ja“ sagen, warum soll er „Nein“ sagen?

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die feste Verankerung der Organspende im Schulunterricht. Ich denke, dass wir in diesem Jahr diesen Weg in den drei Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern gehen können, was natürlich sehr schwierig ist. Wie Sie wissen, liegt die Bildung in der Länderhoheit, und drei Länder dazu zu bewegen, etwas auf

dem Sektor auf den Weg zu bringen, ist nicht einfach. Aber wir glauben, dass wir mit der Verankerung des Themas Organspende und Transplantation im Schulunterricht ab dem 10. Schuljahr den Jugendlichen Informationen für eine bewusste Entscheidung in die Hand geben können und die Möglichkeiten der Organspende und Transplantation besser als bisher in die Familien tragen. Vielen herzlichen Dank.

**Vorsitzender:** Herzlichen Dank Herr Dr. Wesslau.

Wir kommen dann jetzt zur ersten Fragerunde seitens der Mitglieder. Ich habe schon eine Reihe von Wortmeldungen, möchte aber vorab bitten, dass die Mitglieder der Kommission sich vielleicht erst einmal darauf beschränken, an zwei Sachverständige eine Frage zu stellen und zu Beginn ihres Beitrages oder ihrer Frage auch den Namen zu nennen, damit sich die jeweils Angesprochenen schon darauf einstellen können.

Ich habe jetzt auf der Rednerliste Herrn Dr. Wodarg, Herrn Dr. Wunder, Frau Klöckner, Frau Dr. Reimann, Herrn Prof. Dr. Geisler, Herrn Prof. Dr. Reiter und Frau Dr. Volkmer und schlage vor, dass wir Frau Riedel, Herrn Prof. Dr. Härle und Herrn Grübel noch dazunehmen und dann zunächst eine Antwortrunde machen. Herr Dr. Wolfgang Wodarg.

**Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD):** Ich habe eine Frage an die DKG und die AOK und auch an die DSO. Ich bitte um eine kurze Beantwortung, ob Ihnen bekannt ist oder was Sie davon halten, dass bei der Einstellung von Personal auf Intensivstationen nach der Haltung zur Transplantationsmedizin gefragt wird? Gibt es so etwas schon? Ist Ihnen das bekannt, oder würden Sie so etwas fordern? Es wurde nämlich mehrfach gesagt, dass das sehr wesentlich sei, wie denn die fragenden Ärzte sich dabei verhalten.

Vor der zweiten Frage möchte ich eine Bitte an Herrn Prof. Dr. Kirste dazwischenschieben. Sie haben hier eine Studie genannt, in der Sie in Krankenhäusern Todesfälle danach gecheckt haben, ob hier Transplantation oder Explantation in Frage gekommen wären und ob das dann gemacht worden sei. Sie hatten auch eine Graphik gezeigt. Ich bitte Sie, uns diese Studie zur Verfügung zu stellen.

In meiner zweiten Frage geht es um die von der DKG, von Frau Höchstetter, gemachte Aussage, dass die Transplantationszentren jetzt auch für frustrane Organspenden ein Honorar oder Entgelt bekommen. Was sind das, frustrane Organspenden? Um was handelt es sich dabei ganz genau? Was wird da honoriert?

Dann die Frage an die DSO: Wo tauchen diese 60 % frustrane Organspenden, von der die Deutsche Krankenhausgesellschaft eben gesprochen hat, in Ihrer Statistik auf? Wo würden man die dort finden?

Dann eine weitere, ganz kurze Frage an die gleichen Adressaten: Welchen Anteil haben jeweils transplantierte Privatpatienten und Kassenpatienten an den Gesamttransplantationen?

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Jetzt Dr. Michael Wunder und dann Julia Klöckner.

**SV Dr. Michael Wunder:** Wenn ich es richtig sehe, haben die meisten von Ihnen jetzt doch gesagt, dass die gesetzliche Grundlage, die wir in der Bundesrepublik Deutschland haben, als ausreichend zu bewerten ist. Wir kämpfen also eigentlich hauptsächlich den Kampf um die Herzen – oder um die Köpfe erst einmal. Aber es ist dann offensichtlich auch ein Kampf um die Herzen und natürlich um die Organisation. Deshalb zielen meine Fragen im Grunde genommen auf diesen Bereich.

Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Bein. Sie haben diese interessante Studie zitiert, Ihre Befragung des Personals auf der Intensivstation in Regensburg. So etwas finde ich immer wichtig, weil wir das Phänomen auch in anderen Bereichen haben, dass die direkt damit Befassten häufig frappierend abweichende Meinungen haben. Ob das abweichend ist, weiß ich nicht, aber eine Zahl ist mir aufgefallen. Sie haben gesagt, rund 40 % des Personals sagen, dass sie durch die Arbeit auf der Intensivstation in einem „Nein“ zur Organspende bekräftigt oder bestätigt worden sind. Sie haben dann gesagt, das liegt am Stress. Ich fasse das sicherlich jetzt etwas sehr kurz zusammen. Ich würde Sie aber bitten, dieses Wort „Stress“, was Sie damit meinen oder was die Untersuchung zu Tage gefördert hat, ein bisschen genauer zu erläutern. Wie die Begründung für diese 40 % oder nahezu 40 % ist. Könnte es nicht sein, dass es nicht nur einfach der Stress ist, der nun seit Jahren bekannt ist in diesem Bereich, sondern gerade das Erleben auf der Intensivstation, die Zumutung, von der auch Frau Dr. Kalitzkus deutlich gesprochen hat, zu sehen, dass es um Menschen geht, die noch warm sind und über die dann dieses Personal mit den Angehörigen reden muss? Kann man das wirklich alles nur durch Fortbildung, durch Aufklärung bewältigen? Das Wort „Stress“ scheint mir ein wenig zu vorschnell. Das müsste einmal genau aufgelöst werden. Das wäre meine erste Frage.

Meine zweite Frage geht an Herrn Dr. Egger. Ich stimme mit Ihnen völlig überein in dem schönen Wort, dass der Dialog mit den Angehörigen „ergebnisoffen“ geführt werden muss. Das steht auch in Ihren Unterlagen. Nur fehlen mir da doch die genaueren Angaben, was in

dieser Hinsicht „ergebnisoffen“ heißt? Wenn ich anderen Ausführungen folge, z. B. der von Frau Dr. Pott, heißt informierte Zustimmung immer, dass sowohl ein „Ja“ wie auch ein „Nein“ möglich sind. Wie möglich ist denn das „Nein“ wirklich? Das ist auch eine Frage, die ich allgemeiner stelle: Was für Koordinaten sind für die Ergebnisoffenheit notwendig? Der Hausarzt, ist er nicht auch ein Beteiligter des Systems? Es gibt auch andere Vorschläge, es war von unabhängigen Ethikern die Rede, was immer das dann sein mag. Gibt es eigentlich so viele Unabhängige im System? Aber das nur nebenbei. Was heißt „ergebnisoffen“? Da würde ich bitten, dass Sie das ausführen. Vielleicht tun Sie das auch im Hinblick auf die Ausführungen von Frau Dr. Kalitzkus, die ich an dieser Stelle ausgesprochen weiterführend fand und denen ich mich auch persönlich aus eigener Erfahrung anschließen kann: Sobald gedrängt wird und sobald eine Absicht in den Fragestellungen allzu deutlich wird, geht eigentlich eher „eine Klappe herunter“.

Meine dritte Frage geht an Herrn Prof. Dr. Haverich. Ich verstehe, oder ich teile sogar Ihre Frustration über die Zahlenverhältnisse. Was mich allerdings erstaunt hat, war Ihre Ausführung, die Sie fast in einem Nebensatz gemacht haben, zu den Krankenhäusern, die sich nicht beteiligen. Die sollten durch entsprechende Abschlagszahlungen oder negative Sanktionen finanzieller Art belangt werden. Was meinen Sie genau? Wie käme in einem solchen System von negativen Incentives noch zum Tragen, dass wir doch wahrscheinlich alle davon ausgehen – ich hoffe es zumindest –, dass, wenn Ärzte oder Pflegende sich aus Überzeugung an der Organspende und den Gesprächen darüber nicht beteiligen, sie dies auch weiterhin tun können? Wie sollte ein Haus bitte mit genau dieser Frage umgehen, z. B. ein christliches Haus, wo genau zu diesem Thema von den Beteiligten selbst eine andere Grundhaltung an den Tag gelegt wird? Wie verträgt sich dies mit der Idee solcher Abschläge? Eine andere Frage ist ganz praktischer Art: Was heißt eigentlich Beteiligung in diesem Fall? Ein Krankenhaus beteiligt sich auch, wenn es sich bemüht, aber keine Ergebnisse hat. Ist das in diesem Sinne zu verstehen, wie Frau Höchstetter das auch gesagt hat? Wäre das bei Ihnen mit in diesem Vorschlag enthalten? Ich habe da wirklich meine Bedenken.

Meine letzte Frage geht an Frau Dr. Pott. Ehrlich gesagt, das was Sie erklärt haben und das, was ich von der BZgA kenne, empfinde ich als diskrepant. Das was ich von der BZgA kenne, erfüllt für mich das Kriterium des „Drängelns“, des „Überzeugen-Wollens“. Der Leser der Broschüre wird gedrängt, doch Leben zu retten. Wenn ich dem Gedanken folge, den Frau Dr. Kalitzkus vorgetragen hatte, der aus ihrer Forschung hervorgeht, dann sagt mir das, dass das vielleicht mit ein Grund des Desasters ist. Diese vielleicht in guter Absicht entwickelte, aber doch weit über das Ziel hinaus schießende Kampagne der BZgA erfüllt nicht mehr die Kriterien einer ergebnisoffenen oder offen lassenden, eher diskursiven Bekanntmachung, sondern ist eher ein Werben in eine bestimmte Richtung. Ich würde gern wissen, wie Sie das

mit Ihren Ausführungen zur informierten, bewussten Entscheidung, die ein „Nein“ zulässt, – das haben Sie so gesagt – in Übereinstimmung bringen? Das verstehe ich nicht. Danke.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt Frau Klöckner und dann Frau Dr. Reimann.

**Abg. Julia Klöckner (CDU/CSU):** Besten Dank auch für die sehr interessante Anhörung! Das, was sich heute ergeben hat, war sehr umfassend und auch sehr erhellend.

Ich habe zwei Ansprechpersonen, die ich heute gerne befragen möchte. Vorweg: Zwei Dinge sind heute sehr auffällig gewesen. Einmal das Nadelöhr der Krankenhäuser, dort ist Nachbesserungsbedarf, und das andere ist der Zeitpunkt, ab wann ich mich mit Themen beschäftigen sollte: also nicht kurz vor Schluss oder im Angesicht des Todes, sondern vorher – die Aufklärungsarbeit. Diese zwei Punkte sind es im Grunde, denke ich. Im schlimmsten Falle kommt beides zusammen, Unaufgeklärtheit und das Nadelöhr Krankenhaus, und dann geht gar nichts mehr.

Jetzt an die Krankenkassen und Herrn Dr. Egger als Vertreter des Bundesverbandes der AOK. Ich selbst bin nicht AOK-versichert, sehen Sie mir das nach, hatte aber in den ganzen 32 Jahren meiner Lebensbiographie, glaube ich, drei Krankenkassen. Mich hat bisher noch keine einzige Krankenkasse nach meiner Organspendebereitschaft gefragt. In meiner ganzen Biographie wäre ich, hätte ich nicht Herrn Prof. Dr. Reiter als Professor in Theologie gehabt, nie mit Organspende in Berührung gekommen. Hier ist ein „pro-aktives“ Vorgehen nötig. Die Krankenkassen wollen ziemlich viel von mir wissen, nur das wollen sie nicht wissen. Die Frage ist, ob man auf der Gesundheitskarte, auf der Krankenkarte verzeichnen könnte: „Ist bereit zur Organspende“, „Möchte nicht“ oder „Möchte sich damit nicht auseinandersetzen“. Wir würden dadurch also nicht die Widerspruchslösung einführen. Das wäre ein „Zwischending“ zwischen Widerspruchs- und Zustimmungslösung. Wie sehen die Krankenkassen das? Können Sie erläutern, wie man das bei den anderen Krankenkassen sieht, wie die Informationsaufklärung überhaupt läuft? Wie kontinuierlich ist das Vorgehen? Wie kann man sicherstellen, dass eine Person im Laufe ihres Lebens wirklich einmal mit diesem Thema konfrontiert worden ist? Dies betrifft auch z. B. den Hausarzt. Kann man Hausärzte mit dazu verpflichten, dieses Thema – wie bei Blutuntersuchungen oder sonstigen Geschichten – immer anzusprechen? Erst im persönlichen Kontakt läuft das und nicht, wenn ich irgendwo einen Stapel von irgendwelchen Informationsbroschüren sehe. Stapel von Broschüren liegen überall.

Meine zweite Frage geht an Frau Dr. Pott. Sie haben davon gesprochen, dass die Mittel erhöht werden sollten oder dass man andere Mittel bräuchte. Das ist meistens so. Jetzt haben

wir aber festgestellt, in der großen Anfrage der Union an die Bundesregierung, dass gerade die Mittel für die BZgA gestrichen worden sind. Man muss hier eines zugute halten: 1998, nach der Verabschiedung des Gesetzes, wurde das Ganze gepusht, aber dann sind kontinuierlich die Beiträge gestrichen worden oder auch umgeschichtet worden für andere Aufklärungskampagnen, ich glaube über AIDS. Die Frage ist also: Wie müssten denn die Mittel erhöht werden, welchen Umfang stellen Sie sich vor?

**Vorsitzender:** Als nächstes hat Frau Dr. Reimann das Wort und dann Herr Prof. Dr. Geisler.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich habe zwei Fragen. Ich kann mich zunächst meiner Kollegin anschließen, was die Frage nach der Karte angeht. Wir haben eingangs in den Statements viel gehört über diese Extremsituation und die für die Angehörigen sehr belastende Konstellation des Gesprächs und über das echte Dilemma, dass über 80 % der Entscheidungen dann auf Mutmaßungen zurückgehen. Da ist meine Frage: Wäre es nicht konsequent, alle diejenigen, die als Organspender und Organspenderin in Betracht kommen, zu fragen und das auf einer Gesundheitskarte zu vermerken? Meine Frage an Herrn Dr. Egger und Herrn Prof. Dr. Briegel wäre, ob Sie sich das vorstellen können. Das löst dann einfach, glaube ich, auch einen Informationsbedarf auf der anderen Seite aus. So haben wir nur die Leute, die sich aktiv mit diesem Ganzen beschäftigt und sich auch aktiv entschieden haben.

Dann habe ich eine Frage an Herrn Prof. Dr. Kirste und Prof. Dr. Haverich und zwar zum Thema Organ- und Gewebeentnahme. Hier ist es sehr, sehr schwierig Trennlinien zu ziehen. Das ist eben aber auch oft etwas, was zu Ängsten in der Bevölkerung bei einzelnen Beteiligten führt. Zur Organspende ist zwar nicht klar, ob ich mich äußern muss, ich kann mich aber äußern und wir haben ein sehr klares Prozedere. Gewebeentnahmen sind aber in der letzten Zeit immer einmal wieder in Verruf gekommen. Es ist über Unregelmäßigkeiten berichtet worden, so dass so eine Situation entsteht, wo auch die Organspende dann in Misskredit gerät, in dieselbe Ecke gestellt wird und Ängste in der Bevölkerung auftreten. Meine Frage ist, wie Sie sich vorstellen können, das transparenter und besser getrennt zu halten?

An Herrn Dr. Wesslau habe ich folgende Frage: Sie haben gesagt, dass wir enge Kooperation brauchten. Gerade bei den engeren Kooperationen wird dann aber, gerade wenn man Ängste hat – vor allem Angst vor Missbrauch –, natürlich auch immer die Angst vor Verbänden und Vernetzungen auch im Gewebebereich mittransportiert, weil man weiß, dass das der wirtschaftlich interessantere Bereich ist. Wie können Sie sich denn diese enge Vernetzung und enge Kooperation so vorstellen, dass sie trotzdem sehr, sehr transparent ist und eben vor diesen Missbräuchen schützt?

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Und jetzt Prof. Dr. Geisler und danach Prof. Dr. Reiter.

**SV Prof. Dr. Linus Geisler:** Ich möchte vorab für diejenigen sachverständigen Damen und Herren, die mich nicht kennen, den Hintergrund ein wenig beleuchten. Ich war 40 Jahre lang Krankenhausarzt und glaube, dass ich die Leiden der Patienten auf der Warteliste und die Nöte und Bestürzungen der Angehörigen ganz gut kenne. Ich habe großen Respekt vor diesen gemeinsamen Anstrengungen, an der Situation der Transplantationsmedizin etwas zu ändern, mögen sie ausgehen von dem Elan jugendlicher engagierter Damen und Herren, oder natürlich von den Nöten und der Frustration der Transplantationschirurgen. Um mich klar zu positionieren: Wenn sich ein Mensch nach reiflicher Überlegung und guter Aufklärung entschließt, wenn er hirntot ist, Organe zu spenden, dann halte ich das für die letzte gute Tat, die ein Mensch begehen kann.

Unsere gemeinsamen Anstrengungen gehen dahin zu schauen, was sich verbessern lässt, und ich möchte hier einige kritische Fragen stellen, ob wir immer mit dem richtigen Ansatz arbeiten. Meine Fragen gehen vor allem an Herrn Prof. Dr. Bein und Herrn Prof. Dr. Briegel, ich möchte aber auch noch bemerken, dass mir die Ausführungen von Frau Dr. Kalitzkus sehr aus dem Herzen gesprochen haben.

Zunächst einmal die Frage: Wie hoch ist denn wirklich die Akzeptanz des Hirntodkonzeptes in Deutschland? Es wird immer gesagt, es gebe keine Zahlen darüber. Das ist nicht ganz richtig. Es gibt eine sehr umfassende Inauguraldissertation der Uni Köln aus dem Jahre 2002, die sich auf die Befragung von 1.000 Personen in der Normalbevölkerung stützt. Da zeigt sich, dass etwa 40 % deutliche Vorbehalte gegen das Hirntodkonzept haben, davon – was mich erstaunt hat – sogar 6 % der transplantierenden Ärzte. Nun muss man fragen: Woran liegt das? Es wird immer gesagt, das seien diffuse Ängste. Ich denke, das ist eine falsche Beschreibung dessen, was dem zugrunde liegt. Man muss wohl vielmehr davon ausgehen, dass es sich um anthropologisch-kulturelle Ausrichtungen handelt, die tief verankert sind. Die Frage ist, ob hier unter diesem Aspekt mit „Aufklärung“ überhaupt irgendetwas zu ändern ist. Dabei hat es sich gezeigt – und das war für mich ein sehr interessantes Ergebnis dieser Dissertation –, dass 78 % der Befragten zunächst generell zur Organspende bereit sind, nach einer ausführlichen Aufklärung aber, wie z. B. Hirntoddiagnostik abläuft, dieser Anteil deutlich ab- und nicht zunimmt. Das stellt also auch Bemühungen hinsichtlich der Aufklärung und der Aufklärungsinhalte und der Wirkung solcher Aufklärungen etwas in Frage.

Ich möchte daher die Frage stellen, ob es nicht, wenn wir die Angehörigen betrachten, und wenn wir sagen, es gibt Grenzen der Zumutung für Patienten auf Wartelisten, ob es nicht

auch Grenzen der Zumutung für Angehörige gibt. Diese Entscheidungen, die hier getroffen werden, sind von einer solchen Nachhaltigkeit – das ist in unendlich vielen Schriften und Publikationen bis hin zur Belletristik und den Medien behandelt –, dass man sich wirklich fragen muss, inwieweit man bei der Aufklärung und in den Gesprächen mit Angehörigen hier tatsächlich Grenzen respektieren muss. Diese Grenzen liegen sicher dort, und das hat Frau Dr. Kalitzkus deutlich gesagt, wo der kleinste Anhauch von Überreden, von Umstimmen, von Zerstreuen, wie es so schön heißt, dieser Ängste eine Rolle spielt.

Ich frage mich auch noch eines: Wenn 80 % der Bevölkerung grundsätzlich bereit sind zur Organspende, aber nur 10 % oder 12 % einen Ausweis haben, wie kann man das erklären? Das kann nicht nur an der Aufklärung liegen. Kann es nicht an Vorbehalten gegenüber dem System der Transplantationsmedizin liegen? Dass die Idee der Spende natürlich von einem Großteil für richtig gehalten wird, das überzeugt mich, aber dass die mangelnde „Umsetzung“ dann nur noch an der Aufklärung und an formalen Dingen liegen soll, das überzeugt mich weniger. Ich selbst würde meinen, dass der beste Ansatzpunkt, um die Situation zu ändern, doch in den organisatorischen Problemen auf der Ebene der Krankenhäuser etc. liegt, denn da bewegt mich eine ganz andere Idee: Ich stelle mir vor, dass jemand tatsächlich einen Organspendeausweis hat, zugestimmt hat, und dass er dann in diesem System, weil er irgendwo in einem Krankenhaus ist, wo das nicht gut funktioniert, nicht spenden kann, weil überhaupt niemand danach fragt.

Schließlich eine Frage, die sicherlich schwer zu beantworten ist, an Herrn Prof. Dr. Haverich. Ich verstehe durchaus Ihre Frustration als Transplantationschirurg, der mit schwerstkranken Menschen konfrontiert ist und eben kein wirklich ausreichendes Organangebot, um dieses Wort einmal in den Mund zu nehmen, zur Verfügung hat. Aber vielleicht würde es die Frustration doch ein wenig mindern, wenn man sich einmal grundsätzlich überlegt, dass ein System wie die Transplantationsmedizin auch eine gewisse Autoevolution in sich birgt und dass die Idee der leeren Warteliste natürlich eine absolute Utopie und Illusion ist. Wenn man das immer vor Augen hat und als Arzt auch einmal akzeptiert, dass die Endlichkeit des Menschen eine anthropologische Konstante ist, dann wird vielleicht mancher Druck etwas gemildert, der in der Transplantationsmedizin auch zu meines Erachtens sehr überaktivem Verhalten führen kann.

Was das Ansehen der Transplantationsmedizin anbetrifft, hätte ich auch eine Frage an transplantierende Chirurgen. Es gibt z. B. diesen Begriff des marginalen Spenders. Was heißt das: marginaler Spender? Gibt es auch marginale Empfänger? Dann kommt man also leicht zu der Frage: Gibt es in diesem System vielleicht auch marginale Personen? Ich denke, um es noch einmal konkret zu sagen, die Spenderin mit der Tollwutinfektion – wo ich überhaupt keine Schuldzuweisung sehe, das kann wahrscheinlich immer passieren – ist als marginale

marginale Spenderin hingestellt worden. Schadet ein System sich in seinem Ansehen nicht, wenn es mit solchen Größen operiert? Danke.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Jetzt Herr Prof. Dr. Reiter, dann anschließend Herr Prof. Dr. Härle und Frau Riedel.

**SV Prof. Dr. Johannes Reiter:** Im Gegensatz zu Herrn Prof. Dr. Geisler glaube ich dennoch, aus der Anhörung herausgehört zu haben, dass es doch entschieden auf eine verbesserte Aufklärung, Information und auch Werbung ankommt. In diesem Zusammenhang habe ich zunächst eine Frage an Frau Dr. Pott und Herr Prof. Dr. Kirste.

Frau Dr. Pott, Sie stellen fest, dass die Zusammenarbeit der Akteure wohl noch verbesserungsbedürftig sei. Als Verbesserungsmaßnahmen schlagen Sie dann unter anderem ein gemeinsames Logo vor oder eine einheitliche Message oder die Berichtspflicht, auf die Sie noch einmal abgehoben haben. Herr Prof. Dr. Kirste meint ebenfalls, dass das Zusammenwirken der Akteure verbesserungswürdig sei. Jetzt meine Frage an Sie, haben Sie denn schon einmal zusammen gesessen und darüber nachgedacht, wie Sie beide als Hauptakteure die Zusammenarbeit verbessern bzw. schlagkräftiger machen könnten? Sie beide haben interessanterweise auch dieses Streetworker-Projekt als vorbildlich erwähnt. Jetzt stellt sich für mich die Frage, warum das dann nicht weitergeführt wurde. In den schriftlichen Ausführungen von Frau Dr. Pott glaube ich erkannt zu haben, dass sie die Schuld irgendwie der DSO zuweisen möchte, dass diese daran nicht mehr interessiert gewesen sei. Vielleicht kann man dazu noch etwas nähere Aufklärung bekommen, warum dieses Projekt eingestellt wurde.

Dann habe ich eine Frage zur Widerspruchslösung, weil sie doch von Dr. Pott, aber auch von Prof. Dr. Bein und Prof. Dr. Briegel als Maßnahme thematisiert wurde, um eben das Spendenaufkommen zu erhöhen. Könnten Sie sich auch vorstellen, dass die Widerspruchslösung auf bestimmte Menschen vielleicht kontraproduktiv wirken würde? Dass die Bevölkerung sich dann erst recht durch diese Widerspruchslösung wiederum vereinnahmt fühlt durch den Staat und dann eben blockiert? Es gibt sonst kein anderes Rechtsgebiet außer dem Handelsrecht, wo man voraussetzt, dass man mit einer Sache einverstanden ist, wenn man nicht widersprochen hat. Ich habe wirklich Aversionen gegen die Widerspruchslösung. Gibt es gesicherte, valide Untersuchungen, dass sich dadurch die Spendenzahl wirklich um ein Vielfaches erhöhen würde, wie man das vielleicht annimmt? Wenn man jetzt zum Vergleich Spanien heranzieht, die eine ähnliche Lösung haben wie wir: Spanien hat im Unterschied zu

uns ein weit höheres Spendenaufkommen. Vielleicht hängt es doch nicht mit dieser so genannten Widerspruchslösung zusammen.

Die letzte Frage an Prof. Dr. Bein. Sie gehen davon aus, dass das Spendenaufkommen unter anderem auch religiös motiviert sei und führen dann zwei Beispiele an. Erstes Beispiel: die Oberpfalz, die fast zu 100 % katholisch ist. Sie meinen, dass man da ein geringeres Spendenaufkommen hätte als etwa in Norddeutschland, das überwiegend evangelisch strukturiert sei. Nun meine ich, gibt es aber doch zwischen diesen beiden Religionen gar keine Unterschiede im Hinblick auf ihre Einstellung zur Organspende. Es gibt zunächst einmal die gemeinsame Erklärung der beiden großen Kirchen: „Gott ist ein Freund des Lebens“, aus dem Jahre 1989 und dann die Erklärung zur Organspende aus dem Jahre 1990, wo beide großen Kirchen die einhellige Meinung vertreten, dass die Organspende etwas Gutes sei und sie sogar als Tat der christlichen Nächstenliebe vorstellen. Gibt es jetzt Untersuchungen dazu, dass man sagen kann, in katholischen Gebieten ist ein geringeres Spendenaufkommen, in evangelischen ein höheres, und womit das zusammenhängt?

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Jetzt Herr Prof. Dr. Härle, dann Frau Riedel und abschließend für die erste Runde Herr Grübel.

**SV Prof. Dr. Wilfried Härle:** Zunächst ein kleiner Nachsatz zu der Frage von Herrn Prof. Dr. Reiter eben, der die Frage noch einmal zuspitzt. Es ist richtig, dass 1990 zwischen den beiden großen Kirchen eine gemeinsame Erklärung verabschiedet wurde. Die Erklärung rief aber auf evangelischer Seite erheblichen Protest hervor, der dazu geführt hat, dass die evangelische Kirche im Jahre 1995 ihre Position an zwei Punkten korrigiert hat und zwar kritischer gegen die Spende. Es wird also noch interessanter, wenn man das auf die Konfession verrechnen will.

Meine erste Frage geht an Frau Dr. Kalitzkus. Sie haben, ich glaube zu Recht, von dem Paradox des Hirntods gesprochen. Es gibt in Amerika Untersuchungen über die Sprache etwa des Pflegepersonals, wie über die Hirntoten gesprochen wird: Wie fühlen die sich heute?, und: Wie geht es ihnen?, usw. Spielt nach Ihren Untersuchungen dieses Paradox des Hirntods, dass hier ein Mensch liegt, der noch ein spontan schlagendes Herz hat – wenn auch wahrscheinlich nur für ganz kurze Zeit, weil er beatmet werden muss – bei der Entscheidung eine relevante Rolle, gerade bei der Negativentscheidung? Sie haben sehr eindrücklich – das haben mehrere schon aufgenommen, und Herr Dr. Egger hat das auch getan –, darauf hingewiesen, dass Drängen, Werben, Kampagnen vermutlich eher kontraproduktiv sind. Sollte man nicht einmal ernsthaft erwägen, ob man auch diese paradoxen Elemente an-

spricht, von denen Herr Prof. Dr. Geisler sagt, ich glaube völlig zu Recht, sie seien anthropologisch und kulturell so tief verankert, dass man sie mit rationaler Aufklärung wohl langfristig nicht beheben wird, wenn man nicht an diese Schicht herankommt, die sehr stark gefühlsbedingt ist. Kann man das auch aufnehmen in die Aufklärung, unter Umständen sogar mit dem Effekt, dass man sagt: Wenn ihr das alles anerkennt, was die Schwierigkeiten sind, dann kann ich auch eher und freier zustimmen? Ich erlebe das jedenfalls in Seminaren bei Studierenden, dass es diesen Effekt hat.

Nun haben Sie in Ihrem schriftlichen Statement auf einen Befund Ihrer Untersuchung verwiesen, der mich sehr erschreckt hat. Sie haben gesagt, bei der rückwirkenden Betrachtung haben ebenso viele Personen, Angehörige, gesagt: „Wir würden die Entscheidung wieder so treffen, es war richtig.“, wie gesagt haben: „Wir würden sie nicht wieder so treffen, es war falsch, wir schleppen noch an dieser Last.“ Ist diese Untersuchung auch in dieser Hinsicht repräsentativ, würden Sie das zu sagen wagen, oder hat sich daran inzwischen etwas geändert?

Meine zweite Frage geht an Herrn Prof. Dr. Haverich und/ oder an Herrn Prof. Dr. Kirste. Herr Prof. Dr. Haverich hatte gesagt, dass seit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes ein neuerlicher Rückgang der Spendeorgane zu verzeichnen ist. Haben Sie dafür eine Erklärung, warum das so ist? Bei Herrn Prof. Dr. Kirste habe ich gelesen, dass eine ganze Reihe von Krankenhäusern die Organspende grundsätzlich ablehnt. Was ist der Grund? Kann man den Grund benennen, der dafür maßgeblich ist? Es können nicht die organisatorischen Schwierigkeiten sein, denke ich, die erklären es jedenfalls nicht allein.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Jetzt Frau Riedel, dann Herr Grübel und noch Frau Dr. Volkmer. Dann machen wir erst einmal eine Antwortrunde der Expertinnen und Experten.

**SV Ulrike Riedel:** Ich habe etwas praktischere Fragen. Frau Höchstetter, es hat mich schon sehr verwundert, dass offenbar eine Umsatzsteuerpflicht bei frustranen Organspenden entsteht oder dass die Aufwendungen, die für die Organspende gemacht werden, umsatzsteuerpflichtig sind. Das Bundessozialgericht hat eindeutig entschieden – das ist seit 1972 geltendes Recht und wird auch so praktiziert –, dass die Kosten für die Organspende Teil der Heilbehandlung des Empfängers sind. Wie kann das umsatzsteuerpflichtig sein? Daran anschließend meine Frage: Wer behauptet das? Zeichnet sich eine Lösung des Konfliktes ab oder muss da der Gesetzgeber einschreiten? Das würde mich interessieren, weil ich glaube, das ist eine wichtige Frage.

Dann habe ich eine Frage an Frau Dr. Pott. Sie haben in Ihren Unterlagen ein paar Mal das „Infotelefon Organspende“ erwähnt. Da würde mich interessieren – das gibt es noch dieses Telefon –, was für Fragen da eine Rolle spielen. Was sind die Schwerpunkte? Was wollen die Leute, die da anrufen? Sind das überwiegend Bürger, interessierte Bürger oder ist es Fachpersonal, das dort anruft? Wie verteilen sich die Anrufe zwischen allgemeinen Anfragen und Fachpersonal? Was mich auch interessieren würde: Spielt das Thema Hirntod eine Rolle in diesen Anfragen?

Dann Herr Prof. Dr. Kirste. Sie haben gesagt, wichtig wäre eine Verpflichtung, dass die DSO bei allen Gesprächen dabei ist und beigezogen wird. Was meinen Sie, wie könnte man das erreichen? Kann man das über die Koordinierungsverträge erreichen oder muss da der Gesetzgeber einschreiten? Das finde ich eine wichtige Frage. Sie haben weiter gesagt, dass eine monatliche Evaluierung aller Todesfälle in den Krankenhäusern mit Intensivstationen sicher schon sehr viel bewirken würde. Das glaube ich auch. Das ist wohl in Italien so passiert. Dort hat eine Evaluierung dazu geführt, dass sich schon während dieser Studie die Zahlen verbessert haben. Wer sollte denn diese Evaluierung machen? Sollte das die DSO durchführen, oder wer sollte das machen? Da stellt sich dann natürlich auch die Frage der Grundlage, weil man natürlich auch Akten auswerten muss. Es müsste dann wahrscheinlich eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen werden, dass das ausgewertet werden kann.

Schließlich noch einmal ganz einfach: Mich hat das mit Mecklenburg-Vorpommern wirklich sehr beeindruckt, diese Zahlen. Es ist einfach erstaunlich, dass es dort so gut klappt. Ich denke, dass ist natürlich nicht zuletzt – wie man hört – auch dem Engagement der DSO und von Herrn Dr. Wesslau zuzuschreiben, der eben alles tut, um die Zusammenarbeit in Mecklenburg-Vorpommern zu verbessern. Aber können Sie vielleicht noch einmal einfach sagen: Warum klappt es in Mecklenburg-Vorpommern so gut, und warum klappt es in den anderen Regionen nicht, wo sich die DSO auch kümmert und bemüht? Kann man das noch einmal klar sagen: Was ist da der Unterschied? Was kann getan werden, um diese große Diskrepanz zu beseitigen oder um die Erfahrungen von Mecklenburg-Vorpommern auf andere Bundesländer zu übertragen? Vielleicht kann auch Herr Dr. Wesslau dazu noch einmal etwas sagen. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt Herr Grübel und danach Frau Dr. Volkmer.

**Abg. Markus Grübel (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Bein, Prof. Dr. Briegel, Prof. Dr. Kirste. Sehen Sie rechtliche Schwierigkeiten im Zusammenwirken, Zusammenspiel von Organspendeausweisen und Patientenverfügungen, wenn die Patientenverfügungen die

Weiterbehandlung in der Sterbephase bzw. Todesnähe ausschließen? Insbesondere nach dem Hirntod sollte es auch ohne Patientenverfügungen selbstverständlich sein, dass man nicht mehr weiterbehandelt wird. Wenn ja, was müsste man tun, um diesen Konflikt aufzulösen?

**Vorsitzender:** Vielen Dank für die kurzen und präzisen Fragen. Jetzt Frau Dr. Volkmer, und dann kommen wir in die Antwortrunde der Experten, wieder alphabetisch beginnend.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Es geht auch mir noch einmal darum, was wir tun können, wenn Menschen keinen Organspendeausweis haben, was da in den Krankenhäusern verbessert werden kann. Ein ganz wichtiger Punkt ist insofern das Gespräch mit den Angehörigen, weil vorhin auch gesagt worden ist, dass bis zu zwei Drittel der Angehörigen dann doch die Zustimmung geben, wenn mit Ihnen gesprochen wird. Die Frage ist: Was kann man da noch tun, damit mehr mit den Angehörigen gesprochen wird? Da sind vorhin schon einmal Weiterbildungsaspekte erwähnt worden, aber reicht das aus? Herr Prof. Dr. Haverich hatte gesagt, er könnte sich Sanktionen vorstellen, also Budgetdeckelungen, wenn Krankenhäuser ihrer Verpflichtung zur Meldung potenzieller Organspender nicht nachkommen. Ich wollte gern Herrn Dr. Egger und Herrn Prof. Dr. Kirste fragen, was Sie über diese Sanktionen denken.

Frau Höchstetter, Sie hatten gesagt, dass es sehr schwierig wäre, in den Krankenhäusern überhaupt etwas über potenzielle Organspender zu erfahren. Wie viele potenzielle Organspender gibt es denn überhaupt? Da hat die DSO einen Erhebungsbogen geschaffen, der gerade die Zahl der potenziellen Organspender präzisieren und die Ursachen der defizitären Spendensituation klären soll. Nun weiß ich aber aus Krankenhäusern, dass dieses Instrument bei den Kliniken wenig Anklang findet. Es gab Ende Januar in der Sächsischen Landesärztekammer eine diesbezügliche Diskussion, wo das wieder bestätigt wurde. Er wird von den Krankenhäusern sozusagen als weiterer Meilenstein in der Bürokratisierung des Arztberufes gesehen. Meine Frage ist: Was tut die Krankenhausgesellschaft, um deutlich zu machen, dass es hier nicht um eine Bürokratisierung, sondern eben um solche wichtigen Fragen geht, wie die, wie viele potenzielle Organspender es überhaupt gibt?

Eine letzte Frage an Herrn Dr. Wesslau und Herrn Prof. Dr. Haverich. Der Organmangel und das Kumulieren der Wartelisten führen dazu, dass sich die Spenderkriterien entscheidend verändert haben. Es werden Organe von Spendern akzeptiert für die Organspende, die für eine Blutspende nicht in Frage kommen würden, z. B. bei Sepsis des Organspenders, sofern der Kreislauf stabil ist und die Keime nicht multiresistent sind, oder bei einem Organspender

der akut Drogen konsumiert unter Inkaufnahme des diagnostischen Fensters. Es ist nun so, dass das Zentrum, das die Transplantation potenziell durchführt, entscheidet, ob das Organ angenommen oder abgelehnt wird. Meine Frage ist: Inwieweit werden der potenzielle Empfänger oder die potenziellen Empfänger über das konkrete Risiko aufgeklärt? Ich will das jetzt nicht bloß abstrakt sehen – Sie wissen sicher auch, dass man immer eine Infektion haben kann, Hepatitis C oder irgendetwas – sondern will wissen, wie man das machen kann, um wirklich die Nutzen-Risiko-Situation besser abschätzen zu können.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Wir kommen jetzt in die erste Antwortrunde der Experten. Wir fangen mit Herrn Prof. Dr. Bein und dann mit Herrn Prof. Dr. Briegel an, mit der Bitte auf alle Fragen, die an Sie gerichtet waren, zu antworten.

**Experte Prof. Dr. Thomas Bein:** Vielen Dank. Ich möchte versuchen, und dafür nehme ich mir bewusst etwas Zeit, einige Fragen – vor allen Dingen auch die berechtigte Frage von Herrn Dr. Wunder, was der Stress auf der Intensivstation bedeutet – mit einem Fallbeispiel ausführlicher zu beantworten, um Ihnen einmal drastisch klarzumachen, wie bei uns so der Alltag aussieht.

Es wird uns über die Rettungsleitstelle eine 20jährige Patientin angemeldet mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma. Die Situation ist die, dass sie auf der B15 zwischen Landshut und Regensburg als Fahrerin verunfallt ist, frontal mit einem anderen Fahrzeug zusammengedrückt. Unser Hubschrauber, der bei uns stationiert ist, fliegt dorthin. Die Patientin wird vor Ort vom fliegenden Notarzt versorgt, intubiert und beatmet. Sie kommt dann bei uns in die Notaufnahme. Es ist relativ klar, es handelt sich um ein isoliertes Schädel-Hirn-Trauma. Im ersten Computertomogramm sieht man eine schwere Hirnblutung. Die Patientin kommt dann zu uns auf die Intensivstation, und hier gilt es natürlich, die Patientin nach allen Regeln der modernen Intensivkunst, d.h. mit in einem extremen Aufwand zu behandeln. Sie bekommt auf der Intensivstation eine Hirndrucksonde gelegt über ein kleines Bohrloch, sie wird, wie wir so schön sagen, verkabelt, d.h. es wird ein Multimonitoring angelegt, was die Körpertemperatur, die Beatmung, den Kreislauf angeht. Sie wird von einer engagierten Pflegekraft versorgt. Wir legen die Therapie fest. Etwa eine Stunde später kommen die benachrichtigten Eltern. Ich führe das Gespräch mit den Eltern, nehme mir sehr viel Zeit, etwa ein einstündiges Gespräch mit unendlich vielen Fragen. Die Eltern gehen dann zu der Patientin, setzen sich hin, bleiben ein paar Stunden da.

Wir versuchen ein Konzept der Intensivmedizin zu machen, und – ich denke das wird der Kollege Prof. Dr. Briegel mir bestätigen – moderne Intensivmedizin heißt auch offene Inten-

sivmedizin. Das heißt, wir müssen den Angehörigen einfach Gelegenheit zum Besuch geben. Wir sind ein offenes Haus, wir haben keine speziellen Besuchszeiten, wir versuchen die Angehörigen nicht dem 10-Minuten-Takt zu unterwerfen: „Sie dürfen mal kurz rein und nicht mehr als einer etc.“ Die Angehörigen dürfen bei uns auch zu mehreren rein, wenn es unsere Therapie- und Pflegemaßnahmen erlauben. Wir erklären ihnen alles, wir versuchen ihnen, soweit es eben möglich ist, und das ist auch sicherlich eine gewisse Kunst, die aber natürlich zur Vertrauensbildung beiträgt, unsere Therapieprinzipien zu erklären. Wir sprechen darüber: Wie geht es weiter? Was kann man machen? Wie sind die Chancen? Natürlich werde ich als Allererstes gefragt: Wird unsere Tochter das überleben? Das Tragische ist, dass diese Patientin – ich weiß sogar ihren Vornamen, Barbara hieß sie – mit 18 Jahren Abitur gemacht hat und danach ein halbes Jahr mit dem Rucksack alleine durch Südamerika getrampt ist. Es ist ihr nichts passiert. Die Eltern waren natürlich jeden Tag in Sorge, dass irgendein Anruf kommt; es kann alles Mögliche passieren. Sie kommt zurück und wird eben dann in diesen schweren Unfall verwickelt. Dann werden Gespräche geführt, wir machen die Therapie. Es stellt sich heraus, dass wir auf dem Wege sind, den Kampf zu verlieren. Das Gehirn schwillt, es werden sogar Einzelteile, sogar ein Bereich der Schädelkalotte entfernt, um dieser Schwellung entgegen zu wirken. Man sieht von CT zu CT, dass sich der Befund verschlechtert, trotz aller Maßnahmen. Ich versuche, mit den Angehörigen sozusagen immer diesen Schritt weiterzugehen, und sage: Im Moment ist die Situation für uns unklar, aber wir gehen davon aus, dass eine schwere Hirnschädigung vorliegt.

Schließlich kommen wir an den Punkt, wo wir dann das erste Hirntodprotokoll erstellen müssen. Am Anfang steht immer der klinische Eindruck, dass die Hirnfunktionen erloschen sind. Da ich aber gleichzeitig verpflichtet bin, alles in Richtung potenzieller Organspende zu tun, verordne ich für diese Patientin ein Antibiotikum, denn sie könnte rein theoretisch später einmal als Spenderin z. B. einer Lunge in Frage kommen. In einem solchen Fall – und Herr Prof. Haverich wird das bestätigen – ist es von essenzieller Bedeutung, dass frühzeitig ein Antibiotikum gegeben wird, um eine beginnende Pneumonie zu vermeiden und ein sozusagen optimales Organ anzubieten. Ich ordne also dieses Antibiotikum an. Ich führe lange Gespräche, die Angehörigen, sehr nette Eltern, gehen wieder zu der Patientin hin. Das Wort Hirntod fällt bei mir erst dann, wenn ich mich unwiederbringlich und durch die vorgeschriebenen Untersuchungen davon überzeugt habe, oder wenn der Tod feststeht durch ein wiederholtes Hirntodprotokoll nach den Richtlinien der Bundesärztekammer. Ich ordne ein Antibiotikum an, die Schwester hängt das Antibiotikum an, und nun fragt die Mutter der Tochter: „Wir haben gehört, Dr. Bein hat uns gerade erklärt, dass es im Moment wirklich ganz, ganz schlecht aussieht und man gar nicht weiß, wo das hingehet, und sie hängen jetzt ein Antibiotikum an. Warum machen Sie das denn überhaupt?“ Da kann sich jeder, glaube ich, vorstellen, dass das für eine 17, 18 oder 19jährige Krankenschwester Stress pur ist. Die

stellen, dass das für eine 17, 18 oder 19jährige Krankenschwester Stress pur ist. Die steht jetzt nämlich plötzlich da und errötet und sagt: „Da müssen Sie Dr. Bein fragen, das weiß ich auch nicht genau.“

So ist es. Ich führe zehn solcher Angehörigengespräche, nicht in dem Ausmaß, aber ich führe zehn solcher Gespräche jeden Tag und habe natürlich zwischendurch versäumt, es ist mir „durch die Lappen gegangen“, der Pflegekraft zu sagen, dass wir das Antibiotikum geben in Richtung Organprotektion. Diese Pflegekraft hat Stress pur, denn sie fühlt sich irgendwo in einer Situation ertappt, in der sie keine richtige Antwort geben kann. Sie müsste über Dinge sprechen, die ich noch nicht einmal mit den Angehörigen besprochen habe, da ich es gelernt habe, nicht vor einer Feststellung des Hirntodes über eine spätere Organspende zu sprechen. Aber ich muss gleichzeitig schon die Maßnahmen einleiten. Das ist für uns alle Belastung pur, und das bedeutet natürlich, dass diese Krankenschwester, die prinzipiell die Organspende befürwortet, aus so einer Situation belastet herausgeht, weil sie an ihrer Kompetenz und an ihrer Kommunikation erwischt worden ist.

Dann kommt der Zeitpunkt – wir haben das Protokoll durchgeführt, ich habe mit den Angehörigen gesprochen, die Angehörigen haben die Einwilligung zur uneingeschränkten Organspende gegeben –, dass der Hebel umgelegt wird. Das betrifft dann unter Umständen die gleiche Pflegeperson, die sich für das Überleben dieser Patientin, für das uneingeschränkte Überleben, auch neurologisch ohne Störungen, eingesetzt hat. Dann wird der Hebel umgelegt, und diese Pflegekraft – das, denke ich, ist vorhin wirklich sehr gut auch von Frau Dr. Kalitzkus dargestellt worden – versorgt jetzt nicht mehr die Barbara, sondern die fünf Organe die in ihr drin sind und die als potenzielle Organe für andere Menschen vorhanden sind. Das ist der Stress. Sie haben von mir erwartet, dass ich das etwas klarer ausdrücke: Der Stress ist das Paradoxon. Das Paradoxon spielt eine sehr, sehr große Rolle. Da ist jemand, der war vor einer halben Stunde noch nicht tot und ist jetzt tot, ist aber äußerlich genau der Gleiche. Das ist nämlich eine bildschöne 20jährige mit langem Haar, die sehr liebevoll gepflegt worden ist, bei der man geschaut hat, dass sie sich nicht aufliegt, dass sie keinen Dekubitus bekommt, die auf eine Spezialmatratze gelegt worden ist, die jeden Tag frisiert worden ist. Die ist jetzt auf einmal tot und jetzt geht es darum, ihre Einzelorgane zu pflegen. Das ist Stress, das Paradoxon, und das ist, wenn sie so wollen, auch eine Zumutung. Ich habe mit vielen Pflegekräften darüber gesprochen, ich habe auch Gelegenheiten gehabt zu fragen. Zum Beispiel war ein Patient da, der ganz klar die Kriterien eines Hirntodes erfüllt hat und auch eigentlich die Kriterien einer Organspende. Gelegentlich habe ich dann schon mal die Antwort bekommen: „Wir haben so viel zu tun gehabt, wir konnten nicht daran denken, wir konnten es nicht machen.“ Darin drückt sich dieses Paradoxon aus: im Prinzip dafür, aber durch bestimmte Überlastungssituationen nicht konsequent genug.

Zur Frage von Herrn Prof. Dr. Geisler, daran gleich anschließend. Natürlich bestehen Vorbehalte gegen das Hirntodkonzept, vollkommen klar. Ich muss auch immer wieder auf Fortbildungen bei meinem eigenen Personal, auch dem ärztlichen, erhebliche Defizite feststellen, was das Hirntodkonzept angeht. Wenn ich junge Kollegen in der Ausbildung, die sich für die Facharztprüfung melden, frage, wie denn eigentlich genau eine Hirntoddiagnostik geht, apparativ und nach Protokoll, dann werde ich in zwei Dritteln der Fälle eine falsche Antwort bekommen. Wie sollen wir denn dann der Bevölkerung überhaupt das Konzept Hirntod vermitteln? Ich muss Ihnen leider fast Recht geben: Ich bin mir auch nicht sicher, ob dieses Konzept Hirntod überhaupt vermittelbar ist. Nach meiner Erfahrung ist es so, dass die Zustimmung der Angehörigen zur Organspende eine reine Frage des Vertrauens ist. Ich habe die besten Erfahrungen gemacht – und ich bin ein Mensch, der 15 bis 17 Jahre Intensivmedizin macht und der sehr viele Gespräche geführt hat – bei den Angehörigen, bei denen ich vom ersten bis zum letzten Gespräch selbst dabei war und dieses Gespräch geführt habe. Da habe ich eine Zustimmungsrate von 80 %. Diese Angehörigen sagen zu mir: „Sie haben sich so viel Zeit für uns genommen und wir haben so viel miteinander geredet. Wir haben darüber nachgedacht, wir glauben Ihnen. Wir können das Konzept Hirntod nicht richtig verstehen, aber wir glauben Ihnen.“ Das wirft die Frage auf: Kann man wirklich Aufklärung machen? Aber andererseits muss ich auch wieder Herrn Prof. Dr. Reiter Recht geben: Wir müssen natürlich beides machen. Wir können ohne Aufklärung auch nicht weiterkommen. Ich glaube, wir müssen da eine Mischung finden. Wir müssen Vertrauen schaffen und wir müssen aber auch gleichzeitig aufklären.

Dann noch ein kurzer Punkt zu den religiösen Bedenken. Es ist in der Tat so, dass es mir in der Oberpfalz, die ein großes Einzugsgebiet unseres Klinikums ist, eben auch durch den Hubschrauber, zweimal begegnet ist, dass Angehörige aus einer dörflichen Struktur, die das Konzept Hirntod überhaupt nicht verstanden haben, tatsächlich ihre Ablehnung damit begründet haben, dass sie als strenge Katholiken das nicht mit der Unversehrtheit und der körperlichen Integrität und der Auferstehung des Leibes vereinbaren könnten. Sie könnten ihre Zustimmung deswegen nicht geben. Das ist tatsächlich gerade bei älteren Mitbürgern in sehr streng katholischen Gegenden nach wie vor ein Thema, trotz der Schrift der großen Kirchen, die sich eindeutig zur Organspende als Akt der Nächstenliebe bekannt haben.

Zuletzt wurde noch nach der Möglichkeit gefragt, Patientenverfügungen und Organspendeausweis zu koordinieren. Ich habe dazu gerade dem Kollegen Prof. Dr. Briegel fragende Blicke zugeworfen, als diese Frage gestellt wurde. Ich persönlich sehe sehr, sehr wenige Patientenverfügungen, vielleicht in vier oder fünf von 50 Fällen. Mir wird also vielleicht bei maximal 10 % der Patienten, die mit einer schweren Erkrankung in die Klinik kommen, von Angehörigen eine Patientenverfügung gegeben. Ich habe bei den 30, 40 Hirntoddiagnostiken, die

ich in den letzten zwei Jahren gemacht habe, erst ein einziges Mal einen Organspendeausweis gesehen, der die Sache für mich einfach gemacht hat. Ich denke, bevor wir überhaupt so weit sind, zu überlegen, ob man Patientenverfügungen und Organspendeausweise miteinander verknüpfen kann, müssten wir über die Grundproblematik der Verbreitung dieser beiden Willensbekundungen überhaupt noch einmal sprechen. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Bein. Herr Prof. Dr. Briegel bitte.

**Experte Prof. Dr. Josef Briegel:** Der letzte Punkt war auch an mich gerichtet, ich möchte damit daher gleich beginnen. Mir ist es in meiner persönlichen Arbeit, nach meiner Erfahrung, noch nicht begegnet, dass eine Patientenverfügung mit einer Willensbekundung zur Organspende in Widerspruch stand. Das muss man sich auch so vorstellen: Patientenverfügungen verfassen üblicherweise Patienten, die chronisch krank sind, wohingegen Patienten, die zur Organspende evaluiert werden, in der Regel Patienten mit primärer Hirnschädigung sind. Das sind also Patienten, die Notfälle sind, die entweder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten haben oder eine akute Hirnblutung. Die werden mitten aus dem Leben herausgerissen. Insofern, muss ich ganz offen sagen, sehe ich diesen Konflikt so schnell nicht kommen. Ich kann ihn mir jetzt auch noch nicht vorstellen.

Zu der Frage, die von Ihnen und auch von Frau Klöckner an mich gestellt wurde, zur Dokumentation der Willensbekundung zu Lebzeiten, ob man das z. B. auch auf einer Versicherungskarte dokumentieren sollte. Der Organspendeausweis ist ganz offensichtlich kein Erfolgsmodell, wenn lediglich 10 % der Bevölkerung einen tragen. Daher muss ich sagen: Ich glaube, die Dokumentation ist sekundär. Das Entscheidende ist, dass man sich zu Lebzeiten in einem guten Gesundheitszustand mit dieser Frage auseinander gesetzt hat. Aus meiner Erfahrung aus dem Gespräch mit Angehörigen weiß ich, dass, wenn ein am Hirntod Verstorbener sich mit dieser Frage auseinander gesetzt hat, man dann den Willen auch mitgeteilt bekommt. Es ist dann völlig irrelevant, ob dieser Wille schriftlich fixiert ist oder ob er mündlich an die Angehörigen weitergegeben worden ist, man erfährt es immer. Die Angehörigen haben geradezu ein Mitteilungsbedürfnis, wenn eben der Verstorbene bereits zu Lebzeiten eine klare Haltung hatte. Ich meine damit Zustimmung zur Spende wie auch Ablehnung der Spende. Ich merke, dass diese Gespräche natürlich sehr viel besser zu führen sind, wenn eben diese Problematik schon bekannt war. Wir müssen unsere Bemühungen in die Richtung lenken, dieses Ziel überhaupt in die Öffentlichkeit zu bringen, dass jeder einzelne sich selbst damit auseinandersetzt. Wie er seinen Willen dokumentiert, ist meiner Ansicht nach sekundär.

Dann zur Frage, Herr Prof. Dr. Geisler, die Sie mir gestellt haben: Wie hoch ist die Akzeptanz des Hirntodes? Gut, ich kann das jetzt nur für den Münchener Raum sagen. München ist eine Stadt, die zwar mitten in Bayern liegt, aber ich möchte sie schon als eine multikulturelle Stadt bezeichnen. Meine Erfahrung ist, dass der Hirntod als Tod des Menschen eine sehr hohe Akzeptanz findet bei den Angehörigen. Das hängt sicher auch damit zusammen, wie er vermittelt wird. Natürlich wird in der Behandlung des Patienten ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, und dieses Vertrauensverhältnis kann man auch nutzen, um den Hirntod als Konstrukt zu vermitteln. Zum Einfluss der Religion möchte ich sagen, dass es durchaus so ist, dass eine Diskrepanz besteht zwischen dem, was die Kirchen erklären, und dem, was die Mitglieder der Kirchen leben. Ich habe das Gefühl, wenn ich Patienten habe, die beispielsweise dem katholischen Glauben angehören, dass es dort für Angehörige, die den katholischen Glauben leben, durchaus ein Problem darstellt, dass die Integrität des Leichnams, die Totenruhe, durch die Organspende gestört werden könnte, auch wenn die Kirche sich prinzipiell positiv zur Organspende äußert. Im Übrigen ist es interessant, dass dies nicht nur auf die christlichen Kirchen zutrifft: Ich habe solche Erfahrungen auch mit dem Islam gemacht und kürzlich auch mit dem Judentum. Auch dort ist keineswegs eine einheitliche Meinung einmal der leitenden Institutionen der jeweiligen Religion und dann der Mitglieder der Religion festzustellen.

Schließlich noch zur Frage der Zumutung für die Angehörigen, mit der ich auch schließen möchte. Ich finde, diese Gespräche, die man führt oder führen muss, wenn der Wille des verstorbenen Patienten den Angehörigen nicht bekannt ist, sind wirklich die schwierigsten Gespräche, die man überhaupt führen kann. Sie können mir glauben: Es ist nicht nur eine Zumutung für die Angehörigen, sondern auch für die Ärzte, die diese Gespräche führen. Ich bin mir sicher, dass diese Situation gemieden wird, wenn man sie irgendwie meiden kann. Ich finde, man muss versuchen in eine Richtung zu arbeiten, dass wir eben nicht in diese Situation geraten. Das können wir nur dadurch, dass wir wirklich das Bewusstsein für die Frage der Organspende in der Öffentlichkeit schärfen und dass jeder Einzelne für sich auch diese Frage entscheidet und dies seinen Angehörigen kundtut.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt das Wort an Herrn Dr. Egger mit der Bitte, die Frage von Frau Klöckner, die sich für eine Zeit entschuldigen muss, auch mit zu beantworten. Das kommt dann ins Protokoll.

**Experte Dr. Bernhard Egger:** Zunächst zur Frage von Herrn Dr. Wodarg, der das Problem angesprochen hat, ob man bei der Stellenvergabe auf Intensivstationen nachfragen sollte,

wie die Einstellung der Ärzte und des Pflegepersonals zur Transplantationsmedizin ist. Ich kann Ihnen nur meine persönliche Einschätzung dazu geben, eine offizielle AOK-Positionierung gibt es dazu natürlich nicht. Ich würde sagen, dass nicht bei der Einstellung, aber in jedem Fall bei den Gesprächen, die im Team und mit dem Chef auf der Intensivstation natürlich stattfinden, dieses Thema eine zentrale Rolle spielen muss. Nur so kann letztendlich das, was wir wollen, dass die Ärzte und das Personal Patienten identifizieren und auch informieren und die Angehörigen nach einer Organspende fragen, erreicht werden. Vielleicht wird dieses Gespräch auf den Intensivstationen zu wenig geführt. Das kann ich persönlich aber nicht beantworten, das können vielleicht eher die Kollegen aus den Kliniken, die hier mit im Raum sind.

Dann die nächste Frage: Was ist eigentlich ein ergebnisoffenes Angehörigengespräch? Oberflächlich betrachtet scheint man das ganz leicht beantworten zu können. Das wäre also ein Gespräch, bei dem kein Druck ausgeübt wird auf die Angehörigen, in dem nicht suggeriert wird, es sei moralisch verwerflich für die Angehörigen „Nein“ zu sagen. Es gibt leider Publikationen, vor allem von Eltern, die berichten, dass man sie in der konkreten Entscheidungssituation auf der Intensivstation insofern unter Druck gesetzt habe, als man ihnen zu erkennen gegeben habe, sie wären dann für den Tod eines Kindes auf der Warteliste verantwortlich, wenn sie nicht zustimmen. Solche Berichte gibt es, die in Einzelfällen – aus welchen Gründen auch immer – zu langjährigen Verarbeitungsproblemen und natürlich auch zu entsprechender publizistischer Aktivität bei den Betroffenen führen. Das ist für das Image der Organspende nicht gut und ist für die Betroffenen eine tragische Entwicklung. Ganz grundsätzlich würde ich Ihnen antworten, dass das Konzept, ein ergebnisoffenes Gespräch zu führen, in der Medizin und in der Psychotherapie eigentlich nicht für unsere Problematik spezifisch ist. Das ist eigentlich eine Grundfertigkeit, die der Arzt im Sinne der sozialen und Gesprächskompetenz auch in vielen anderen Situationen benötigt und die er auch lernen kann. Da gibt es in der Zwischenzeit auch Konzepte, wie man das über Probeaufnahmen, Video und zum Teil mit geschultem Personal oder Schauspielern einüben kann. Das wird zum Teil auch gemacht. Ich denke, bei aller Schwierigkeit dieses Gebiets, dass das im Prinzip lösbar ist. Perfekte Lösungen gibt es sicherlich nicht, gerade angesichts der extremen Situation und der vielfältigen Schwierigkeiten, in denen diese Gespräche stattfinden. Verbessern kann man das aber natürlich.

Dann die Frage von Frau Klöckner zum Thema: „Organspende – Was tun die Kassen? Was tut die AOK?“ Die Kassen haben im Wesentlichen die Möglichkeit über Broschüren, über den Internetauftritt, über die Mitgliederzeitschriften und auch über die persönlichen Beratungsangebote, insbesondere über die Versicherten-Hotlines tätig zu werden, an denen auch qualifiziertes ärztliches oder Pflegepersonal sitzt. Ich kann Ihnen leider keine komplette Übersicht

über die Aktivitäten aller Kassen geben, habe mir allerdings die Dinge aus den letzten Jahren zusammengesucht, die die AOK unternommen hatte. Es sind auch Beispiele für entsprechende Publikationen an das Sekretariat zusammen mit der Stellungnahme versandt worden. Wir machen das. Wir haben natürlich auch einen entsprechenden Internetauftritt, wo man den Organspendeausweis sehen und ausdrucken kann. Wir haben das Thema auch in den Mitgliederzeitschriften angesprochen, insbesondere in zweierlei Hinsicht. Zum einen sind mehrfach persönliche Geschichten über Transplantatempfänger veröffentlicht worden, wo beschrieben wurde, wie diese Menschen vorher an der Dialyse und wie sie hinterher mit einem transplantierten Organ leben. Das ist so der erste Ansatzpunkt, den wir verfolgen. Der zweite ist der, dass sich in den Mitgliederzeitschriften oder auch im Internet, also auf der AOK-Seite, Prominente dazu bekennen, den Organspendeausweis ausgefüllt zu haben. Das haben wir auch gemacht. Auch Dr. Ahrens, der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, hat da mitgemacht und hat es entsprechend begründet, warum er das gemacht hat. Ich denke, das sind so die Möglichkeiten, die die Krankenkassen in dem Bereich haben und die sie auch durchaus stärker weiter nutzen sollten.

Dann hatte auch Frau Klöckner noch gefragt: Sollen wir die Hausärzte verpflichten, über Organspende aufzuklären? Mit einer Verpflichtung habe ich Probleme, weil man es doch dem Arzt überlassen muss, ob und in welcher adäquaten Situation er seine Patienten auf dieses Thema anspricht. Ich könnte mir aber gut vorstellen, dass man das Wartezimmer noch stärker nutzt. Da hängen diverse Plakate und Informationen. Da könnte man unter Umständen auch eine Information über die Organspende mit unterbringen oder auch mehr Organspendeausweise auslegen und so dann das Gespräch im Sprechzimmer über das Thema mit fördern.

Ein nächster Punkt, den Frau Dr. Reimann mit aufgegriffen hatte, war das Thema mit der Versichertenkarte. Ganz grundsätzlich dürfte es sich bei der Organspendebereitschaft um eine Information handeln, die man auf der Versichertenkarte speichern kann. So wie ich das Gesetz verstehe, bedürfte das der Einwilligung der Versicherten, die auch jederzeit wieder widerrufen werden kann. Eingesehen werden könnte diese Information dann nur von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern, von Krankenkassen selbstverständlich nicht. Insofern sehe ich eigentlich rein technisch und rechtlich kein Problem, diese Information, wenn sie vom Versicherten bereitgestellt wird, auf der Versichertenkarte abzuspeichern. Sie wissen, dass man sich ja in dem sehr engen und sowohl logistisch als auch technisch schwer einzuhaltenden Zeitplan für die Einführung der Versichertenkarte zunächst auf prioritäre Anwendungsfelder verständigt hat. Das ist im Wesentlichen das elektronische Rezept, mit dem man jetzt erst einmal startet. Über die Frage „Dokumentation der Organspendebereitschaft“ hat es daher unter den Beteiligten bisher meines Wissens keine vertieften Diskussionen gegeben. Es e-

xistiert auch – soweit ich weiß – keine definierte Position und kein Konsens. Man muss das gut überlegen, weil es möglicherweise auch Gegenargumente gegen diese Erfassung geben könnte. Ein Hauptproblem der Organspende ist die Ablehnung der Angehörigen auf der Intensivstation. Da müsste man, bevor man diesen Weg geht und den Organspendeausweis quasi ablöst durch die Versichertenkarte, überlegen, ob diese nicht optisch und emotional für die Angehörigen eine völlig andere Wirkung hat als ein vom Verstorbenen selbst unterschriebener Organspendeausweis. Man muss sich gut überlegen, was das für die Akzeptanz der Angehörigen konkret bedeuten würde, ob darin wirklich eine Chance liegt. Man müsste sich dann auch noch Gedanken über die Frage der Rechtsverbindlichkeit solcher Einträge machen. Dafür könnte sprechen, dass die Dokumentation von bestimmten Notfalldaten auf der Karte – wie Allergien oder auch regelmäßigen Medikamenten –, die auch später einmal vorgesehen ist, ein Anlass für den Arzt sein könnte, über das Thema mit dem Patienten zu sprechen. Man könnte so vielleicht eine höhere Rate an Gesprächen über dieses Thema anlässlich der Programmierung der Karte erreichen. Aber das sind, wie gesagt, eher Ideen und Eindrücke. Ich denke, alle Beteiligten sollten einmal intensiv diskutieren, ob das ein Erfolg versprechender Weg ist.

Dann noch die Frage von Frau Dr. Volkmer, ob wir finanzielle Sanktionen für Krankenhäuser in Erwägung ziehen sollten, die nicht an der Organspende teilnehmen und potenzielle Organspender nicht melden. Ich denke, da ist es wichtig, den zweiten Schritt nicht vor dem ersten zu tun. Es ist vorhin von verschiedenen Sachverständigen hier auch thematisiert worden, dass wir im Moment eigentlich noch Probleme damit haben, exakt festzustellen, welche Kliniken eigentlich wie viele Organspender auf den Stationen haben, wie viele potenzielle Organspender es also gibt. Bevor wir hier solche Sanktionen in Erwägung ziehen, bräuchten wir im Grunde natürlich entsprechend harte Daten mit einer entsprechenden Messlatte, um rechtssicher und transparent solche Maßnahmen auch umsetzen zu können. Ich würde dafür plädieren, zunächst das Augenmerk darauf zu richten, eine Dokumentation, ein Qualitätssicherungsprogramm auf den Weg zu bringen, im Hinblick auf die Identifikation potenzieller Spender in den Kliniken. Dann, im zweiten Schritt, sollte man diese Aktivitäten der Kliniken öffentlich machen und auch in die entsprechenden Qualitätsberichte mit hineinnehmen. Erst im dritten Schritt sollte man überlegen, ob man darüber hinausgehend auch noch weitere, auch finanzielle Konsequenzen ableiten möchte. Es ist noch offen, ob das wirklich sinnvoll ist. Man muss sich auch immer überlegen, ob man damit nicht wieder neue Befürchtungen auch bei den Patienten weckt, dass dann dieses Thema: „Profitieren die finanziell davon, wenn...?“, wieder an die Oberfläche kommt. Ich denke, man muss sorgfältig überlegen, ob das sinnvoll ist. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Eine Frage von Herrn Dr. Wodarg ist von Ihnen noch nicht beantwortet worden.

**Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD):** Ich habe sie eigentlich um Ihre Expertise gebeten als jemand, der dann die Finanzen zur Verfügung stellt für das, was die Transplantationsmedizin leistet. Das ist das, wo Sie auch harte Daten liefern können. Jedenfalls wenn die DSO behauptet, dass 60 % an frustrierten Organspenden vorkommen und dass die jetzt auch finanziert werden, dann müsste sich das bei Ihnen doch auch irgendwie niederschlagen, denn finanziert werden sie durch die Kassen. Können Sie mir etwas dazu sagen, was da finanziert wird, was da bezahlt wird, was das ausmacht? Das war die Frage.

**Experte Dr. Bernhard Egger:** Entschuldigen Sie, das habe ich so nicht differenziert registriert. Das Neue an dieser Finanzierungsregelung 2004 ist, dass wir gemeinsam mit unseren Vertragspartnern, der Befürchtung entgegenwirken wollten, dass letztendlich die Krankenhäuser deshalb, weil sie nur Kosten haben – so ist die Argumentation – nicht die Organspender melden. Da sind wir insofern entgegengekommen, als wir jetzt nicht nur Explantationen von Organen über die DSO honorieren, sondern dass auch die Meldung des Organspenders mit einem Sockelbetrag honoriert wird, selbst wenn dann z. B. die Angehörigen die Zustimmung zur Organspende nicht geben oder wenn sich im Laufe des weiteren Prozesses herausstellt, dass – z. B. aus Gründen der Infektiosität – das Organ des Organspenders gar nicht geeignet ist. Dann wird trotzdem dafür dem Krankenhaus eine Vergütung bezahlt. Die Summe für diese Maßnahme beläuft sich – Frau Höchstetter, bitte korrigieren Sie mich, wenn ich falsch liege – auf 5 Millionen Euro pro Jahr. Das wäre der Betrag, der in den Verträgen dafür vorgesehen ist. Dabei ist der Betrag gestaffelt: von dem Betrag für die Meldung ohne weitere Konsequenzen, über weitere Meldungen, beginnend mit einer Explantation, die dann nicht zu Ende geführt werden kann, bis zu einer Organspende, bis zur Multi-Organ spende. Das ist ein gestaffeltes Modulsystem, mit dem wir versucht haben, hier letztendlich eine angemessene Entschädigung für die Krankenhäuser auf den Weg zu bringen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt würde ich Herrn Prof. Dr. Haverich bitten.

**Experte Prof. Dr. Axel Haverich:** Vielen Dank. Zunächst eine Klarstellung. Ich habe nicht gesagt, dass nach der Einführung des Transplantationsgesetzes ein Rückgang der Organspenden stattgefunden hat, sondern dass nicht die erwartete Steigerung stattgefunden hat.

So waren, glaube ich, meine Worte. Die übrigen Fragen bringen mich zum Teil ein wenig in die Bredouille. Wir haben an einigen Einzelbeispielen gehört, wie emotional beladen und belastend die Organspendesituation, die Hirntodsituation sein kann. Ich möchte aber gern darauf hinweisen, dass auch die Organtransplantation durchaus emotional belastend ist, insbesondere in den Situationen, in denen sie nicht stattfand. So bei uns gestern Nacht, als bei einem Hochrisikopatienten aus einer westdeutschen Großstadt, der extra für die Transplantation bei uns eingeflogen wurde, ein marginales Spenderorgan aus Österreich eingeflogen werden sollte, weil dieser Patient auf der Warteliste noch eine errechnete Lebenserwartung von 14 Tagen hatte und jedes nächste Organ wahrscheinlich nicht mehr verfügbar gewesen wäre. Eine Mannschaft von uns ist da hingeflogen und ist dann nach sechs Stunden und ausgiebiger telefonischer Diskussion mit uns gemeinsam zu dem Entschluss gekommen, dass dieses Organ so marginal war, dass wir es nicht transplantiert haben. Mit dem Ergebnis das dieser wartende Patient auf der Intensivstation jetzt am Beatmungsgerät liegt mit einer Überlebenschance von ungefähr noch 5 %. Dies zum Thema marginale Spender, marginale Empfänger und der Frage, ob wir den Patienten über solche speziellen Situationen noch aufklären können.

Ich denke, es fällt mir unheimlich schwer, hier aus der Praxis der Transplantationsmedizin bei einer Kommission, die über Ethik und Recht der modernen Medizin zu befinden hat, Klassiker von Organspende und Organtransplantation verteidigen zu müssen, in einer Situation, wo jeden Tag drei Patienten auf den Wartelisten versterben. Ich bin auch nicht ganz sicher, dass dies hier meine Aufgabe ist. Wenn es aber die Aufgabe ist und ich hier erschienen bin und diese Fragen beantworten soll, dann sage ich nur: Nach bestem Wissen und Gewissen verteilen wir die wenigen Organe, die wir haben, für die vielen wartenden Patienten, um möglichst viele zum Überleben zu bringen. Das ist die primäre Motivation der Transplantationsmedizin in Deutschland. Wenn es dabei marginale Spender gibt, dann ist das so. Aber nicht jeder Drogenkonsument, ich komme jetzt auf die spezifischen Beispiele, bietet eine Kontraindikation zur Organspende. Es gibt auch Drogenkonsumenten, die sehr stark in der Öffentlichkeit aktiv sind und von denen niemand gedacht hätte, dass sie möglicherweise kein potenzieller Organspender gewesen wären. Die Aufklärung hält sich natürlich in solchen Situationen, wie gestern eine eingetreten ist, wo vielleicht zwischen der Entscheidung über eine Narkoseeinleitung beim Empfänger oder dem Ablehnen des Spenderorgans 30 Minuten Zeit verstrichen sind, in Grenzen. Es kann dort im Grunde keine Aufklärung erfolgen.

Ich sage nur noch einmal, dass auch die Gespräche mit diesen Angehörigen außerordentlich schwierig zu führen sind, insbesondere wenn es sich um kindliche Organempfänger handelt und man Monat für Monat kein Organ für diese Kinder verfügbar machen kann. Meine Damen und Herren, verstehen Sie bitte, dass ich hier auch einmal einen Stab brechen muss für

die Wartenden und nicht nur für die Verstorbenen. Herr Prof. Dr. Geisler, die Akzeptanz des Todes ist Schicksal, in der Transplantationsmedizin wie in allen anderen medizinischen Bereichen auch. Aber bei den vielen Wartenden können wir nicht in einen Nihilismus verfallen und sagen: Wir geben das Konzept der Organtransplantation vollständig auf, weil der Tod ein Teil des Lebens ist und die Transplantation sowieso so schwierig.

**SV Dr. Michael Wunder:** Das hat niemand ernsthaft behauptet!

**Experte Prof. Dr. Axel Haverich:** Die Transplantation ist nur in Deutschland sehr viel schwieriger als in Holland, in Österreich, in Belgien, selbst schwieriger als in Litauen, und es ist unsere Aufgabe und Ihre Aufgabe, dafür zu sorgen, dass sich diese Situation für die wartenden Patienten verbessert.

Ich wurde auf die Sanktionen angesprochen, Herr Dr. Egger hat schon darauf geantwortet. Ich habe keine dezidierte Vorstellung, wie man sanktionieren sollte. Es ist eine Möglichkeit, dies über Budgetverhandlungen zwischen den Häusern und den Krankenkassen zu tun. Ich bin kein Budgetspezialist, das muss zwischen den Verantwortlichen ausgemacht werden. Wenn ich allerdings höre, dass im Jahre 2005 bei einem Transplantationsgesetz, wo die Organspende als gemeinschaftliche Aufgabe dieser Republik gesehen wird, vor dem Hintergrund was die christlichen Kirchen zur Frage der Organtransplantation gesagt haben, und wo die Krankenhäuser per Gesetz verpflichtet sind, bei der Organspende mit der DSO zusammenzuarbeiten, ein ganzes Krankenhaus aus Überlegungen der christlichen Glaubensüberzeugung nicht an der Organspende teilnimmt, habe ich hierfür, gelinde gesagt, kein Verständnis.

Als Letztes bin ich gefragt worden zum Problem „Gewebespende – Organspende“. Dies ist ein Thema, das ich innerhalb der Deutschen Stiftung Organtransplantation vor mehr als fünf Jahren angesprochen habe, nachdem mir in Schleswig-Holstein bei der Frage nach der Knochenspende ein orthopädischer Chefarzt eines Kreiskrankenhauses sagte: „Wir haben unsere eigene Knochenbank, und auf HIV und Hepatitis testen wir nicht. Unsere Bauern haben solche Krankheiten nicht.“ So kam es über die Fragen, die sich stellten, als wir damals die erste Herzklappenbank in Kiel einrichteten mit Hilfe der Deutschen Stiftung Organtransplantation, auch zur Frage: Wie machen wir es mit den Augenhornhäuten? Man kann sich natürlich auf den Standpunkt stellen, dass wir das das in Deutschland nicht brauchen: Wir importieren jedes Jahr 4.000 Hornhäute aus den USA und kümmern uns nicht um dieses Segment. Mein Anspruch, auch innerhalb der DSO, war es, hier eine Regelung herbeizuführen, die erstens eine Bedarfsdeckung für alle Gewebe sichert – und zwar nicht über Importe,

sondern aus Deutschland – und zweitens eine Qualitätssicherung erreicht, um diesen Flickenteppich aus verschiedenen Bankensystemen, wie wir sie in Deutschland hatten, unter Kontrolle zu bringen. Im Übrigen ist es so, dass eine der besten Mitteilungen, die mir gegenüber von Herzempfängern gemacht wurde, die Aussage war, dass sie froh sind, dass aus ihrem alten klapprigen Herzen, das wir ausgetauscht haben, wenigstens die Klappen noch für jemand anders verfügbar gemacht werden konnten. Der altruistische Gedanke ist bei den Organempfängern an dieser Stelle sicherlich sehr ausgeprägt.

Organspende und Gewebespende sind aus meiner Sicht, aus organisatorischer Sicht, sehr, sehr schwierig zu trennen. Es sollte meines Erachtens gemeinsam gemacht werden. Mit dem Ersatz von Blutgefäßen in infizierten Situationen, in denen sonst eine 50%ige Sterblichkeit und eine 50%ige Amputationsrate zu verzeichnen ist, wenn ich eine infizierte Y-Prothese habe, haben wir heute große Erfolge. Wenn man die Möglichkeiten hat, einen Homograph, also eine menschliche Ersatzarterie, dort einzusetzen, mit einer Wahrscheinlichkeit, dass der Patient nur zu 10 % stirbt und ohne Amputationsrisiko, dann sollten wir diese Möglichkeiten nutzen. Sie müssen in Deutschland auf einen ordentlichen rechtlichen, organisatorischen Rahmen gestellt werden und dafür stehe ich gern zur Verfügung.

**SV Dr. Michael Wunder:** Herr Prof. Dr. Haverich, nach meinen Beobachtungen wollte Sie niemand hier beleidigen oder Ihre Arbeit in Abrede stellen. Ich wollte das nur einmal allgemein sagen.

**Vorsitzender:** Ich wollte auch noch einmal deutlich machen, dass wir diese Anhörung natürlich heute machen, um diese Diskrepanz zwischen Akzeptanz für Organspende in der Bevölkerung, Bereitschaft und Aufkommen zu hinterfragen und zu prüfen, welche Möglichkeiten vielleicht zur Verbesserung bestehen.

**Experte Prof. Dr. Axel Haverich:** Darf ich dann noch einen Satz dazu sagen?

**Vorsitzender:** Bitte schön.

**Experte Prof. Dr. Axel Haverich:** Dann wundert es mich schon ein wenig, dass wir fast die Hälfte der Zeit für Fragen und Antworten mit dem Konzept des Hirntodes verbringen, das in Deutschland inzwischen gesetzlich geregelt ist. Wir sind hier vor dem Fragenhintergrund

angetreten: Warum haben wir in Deutschland nicht mehr Spendeorgane? Dann würde ich mich auch sehr darüber freuen, wenn wir uns darauf konzentrieren würden. Die Frage nach dem marginalen Spender, dem marginalen Empfänger und den marginal betroffenen Personen, glaube ich, habe ich so verstanden, wie sie gemeint war.

**Vorsitzender:** Gut, aber ich glaube, wir haben weniger als die Hälfte der Zeit darauf verwandt. Ich denke schon, dass bei denjenigen, die vielleicht skeptisch sind, das Hirntodkriterium eine entscheidende Rolle spielt. Deswegen geht es sicherlich auch darum, das hier zu diskutieren. Frau Höchstetter, Sie sind an der Reihe.

**Expertin Renate Höchstetter:** Zuerst zur Frage von Herrn Dr. Wodarg. Auch mir ist nicht bekannt, ob vor der Einstellung von Intensivpersonal dieses nach seiner persönlichen Einstellung zur Organspende befragt wird. Die Frage zu frustranen Organspenden ist schon teilweise beantwortet worden. Seit 2004 gibt es bei frustranen Organspenden eine Aufwandserstattung in einem Modulsystem für die Spenderkrankenhäuser, d. h. also für die Krankenhäuser, in denen der potenzielle Organspender betreut wird. Organspenden werden dann als frustran definiert, wenn Organspendeversuche nicht zu einer tatsächlichen Transplantation führen. Ein Beispiel: Vor der Organentnahme im Operationssaal ist der Spender an einem irreversiblen Herz-Kreislauf-Tod gestorben. Bisher haben die Kosten die Krankenhäuser allein getragen, d. h. durchschnittlich 18 Stunden maximale Intensivstationsbetreuung, mit maximalen pflegerischen und ärztlichen Versorgungen sind nicht vergütet worden. Zu unterscheiden davon sind die Transplantationen, die seit 2004 verpflichtend über das DRG-System vergütet werden.

Zur Frage von Frau Riedel: Einige Finanzverwaltungen vertreten seit Mitte 2004 die Auffassung, dass die Leistungen im Rahmen der Organspende unabhängig von diesem Bundessozialgerichtsurteil von 1972 umsatzsteuerpflichtig sind. Sie wissen auch, dass derzeit das DRG-Institut, genau wie die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, die ausschließlich gesetzliche Aufgaben erfüllen, in der Diskussion stehen, umsatzsteuerpflichtig zu sein. Auch hier ist die unterschiedliche Auffassung des BMGS und der Finanzbehörden, bzw. des Finanzministeriums bekannt. Insofern wäre es sehr wohl wünschenswert, wenn im Rahmen einer TPG-Novellierung ganz eindeutig eine Klarstellung erfolgen würde. Ich glaube, das erklärt auch, warum nur so wenige Krankenhäuser bisher die Aufwandserstattung bei der DSO abgerufen haben, auf die Herr Prof. Dr. Kirste verwiesen hat. Ich denke nicht, dass es den Krankenhäusern nicht klar ist, dass sie diese Möglichkeit haben, sondern dass sie auf

Grund der ungeklärten gesetzlichen Regelung zur Umsatzsteuer derzeit noch auf dieses Geld verzichten; natürlich, weil die Ansprüche nicht verjähren.

Zur Frage von Frau Dr. Volkmer mit den Erhebungsbögen. Die Erhebungsbögen sind von den Landesdatenschutzbeauftragten sehr, sehr weitgehend modifiziert worden. Erhebungsbögen werden dann angefordert, wenn Patienten an primärer oder sekundärer Hirnschädigung auf Intensivstationen verstorben sind. Ich habe auch die Daten von Bayern genannt. Die Daten der Erhebungsbögen aus Bayern lassen eben die Aussage zu, dass sich 90 % der bayrischen Krankenhäuser an der Organspende beteiligen. Die bayrischen Erhebungsbögen haben auch den Vorteil, dass sich das bayrische Sozialministerium dafür interessiert, da sie auch diesem zu übermitteln sind, und dass darüber hinaus noch die Ausfüllung des Erhebungsbogens finanziell etwas entschädigt wird. Zum Dokumentationsaufwand insgesamt ist natürlich zu sagen, dass der in den Krankenhäusern sowohl für das ärztliche als auch das pflegerische Personal enorm hoch ist. Ihnen ist sicher auch die Studie des Deutschen Krankenhaus-Instituts bekannt, dass 30 % der Arbeitszeit inzwischen für Dokumentationsaufgaben verwendet werden müssen. Danke.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt Frau Dr. Kalitzkus.

**Expertin Dr. Vera Kalitzkus:** Eine Bemerkung vorab: Da der Großteil der Zustimmungen zur Organspende immer noch von den Angehörigen ausgeht und dies deswegen einen zentralen Aspekt in der ganzen Frage Organspende darstellt, bin ich sehr froh und sehr dankbar darüber, dass diesen Fragen hier ausreichend Zeit eingeräumt wurde. Zur Frage von Herrn Prof. Dr. Härle: Ich denke, dass das Paradox des Hirntodes eines der zentralen Probleme für die Hinterbliebenen auf den Intensivstationen ist. Das zweite Problem ist natürlich, dass die Angehörigen unter dem Schock einer plötzlichen Todesnachricht stehen. Und die Frage ist, inwieweit man dann in so einem Moment klaren Kopfes ist und eine freie Entscheidung treffen kann. Um es noch einmal zu wiederholen: Das Paradox Hirntod, also die Konfrontation mit dem Tod in einem warmen, beatmeten Körper, das ist das Problem. Die Tatsache also, dass ich das rationale Verständnis des Hirntodes, auch wenn ich es für mich als Konzept akzeptiert habe, in dem Moment, auf der Erfahrungsebene nicht nachvollziehen kann. Das kann im Nachhinein zu massiven Zweifeln an der Zustimmung, am Todeszeitpunkt führen. Ein Aspekt wurde heute auch schon einmal genannt: Es ist einfach so, dass der Hirntod nicht mit dem kulturell tradierten Konzept des Todes übereinstimmt und es insofern in diesem Moment einfach große Verarbeitungsschwierigkeiten für die Angehörigen gibt.

Sie fragten, ob das in die Aufklärung zur Organspende aufgenommen werden sollte. Das ist ein schwieriges Thema, aber ich denke, dass eine solche Aufklärung stattfinden sollte, um jedem eine informierte und bewusste Entscheidung zu diesem Thema zu ermöglichen. Und zwar geht es dabei nicht nur um meine eigene Entscheidung – wie ich für mich persönlich entscheide, so wie ich das empfinde: Dann bin ich tot und möchte spenden –, sondern es geht auch darum, in der Familie gemeinsam zu überlegen, ob das die Familie gemeinschaftlich auch mittragen kann, ob sie es auch ertragen kann, was in dem Moment an Verzögerung stattfindet, was in dem Moment möglicherweise an Fantasien, an Belastungen auftreten kann. Deswegen sollten diese Aspekte, so schwierig und belastend sie auch sind, doch in der Öffentlichkeit thematisiert und reflektiert werden.

Als Drittes fragten Sie, ob die Ergebnisse meiner Studie repräsentativ sind. Das sind sie ganz deutlich nicht, weil ich eine qualitative Studie durchgeführt habe und dazu nur mit wenigen Menschen gesprochen habe. Für Deutschland gibt es repräsentative Studien meines Erachtens nicht, was die Situation der Angehörigen angeht und ihre Verarbeitung. Es gibt zwei neuere Studien, die auch im Rahmen der DSO durchgeführt wurden, von Prof. Dr. Dr. Muthny und Herrn Dr. Mauer. Die Ergebnisse dieser Studien sind positiver vom Ergebnis her, was die retrospektive Einschätzung der Zustimmung angeht. Trotz allem kommt Herr Prof. Dr. Dr. Muthny auch zu dem Ergebnis, dass es bei den Angehörigen ein Konfliktpotenzial gibt. Mehr als die Hälfte der Angehörigen antworten in seiner Studie, dass ihnen die Entscheidung zur Organspende schwer gefallen ist. Eine andere Entscheidung würden dort immerhin noch 10 % treffen. Zu beachten ist, dass die Rücklaufquote – es war eine Fragebogenerhebung – lediglich bei 20 % lag. Wie es nun tatsächlich aussieht, weiß man also nicht. Ich denke, es wird irgendwo in der Mitte zwischen diesen Werten liegen. Danke.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt Herr Prof. Dr. Kirste bitte.

**Experte Prof. Dr. Günter Kirste:** Ja, vielen Dank. So ein wenig habe ich doch Schwierigkeiten mit einigen Teilen der Diskussion, die jetzt hier gerade geführt werden, weil sie mich z. T. auch an die Zeit vor Verabschiedung des Transplantationsgesetzes erinnern. Man muss auch eines einmal feststellen: Wir haben ein Transplantationsgesetz, das mit einer satten Zweidrittelmehrheit verabschiedet worden ist, und das einige Dinge im Zusammenhang mit der Organtransplantation und der Organspende festgelegt hat. In diesem Gesetz steht unter anderem in § 2, dass es eine Verpflichtung der Krankenkassen und der Gesundheitsverwaltung gibt, alle Bürger über 18 Jahren in regelmäßigen Abständen über die Organspende aufzuklären. Wenn dies nicht erfolgt, dann ist das ein Versäumnis all derer, die im Gesetz ge-

nannt werden. Aus meiner Sicht ist darunter nicht nur ein Internetauftritt zu verstehen, sondern da gehört sehr viel mehr dazu, eine sehr viel umfassendere Aufklärung und natürlich auch sehr viel mehr Mittel als derzeit in dem Bereich eingesetzt werden.

Aber was mich eigentlich noch mehr stutzig macht, ist ein Begriff, der hier immer wieder diskutiert wird: nämlich der der Ergebnisoffenheit. Ich frage mich auch als Arzt: Wo sind wir denn eigentlich? Wir haben im Grundgesetz eine Verpflichtung, uns um das Wohl der Mitmenschen hier zu kümmern. Wir haben in anderen Gesetzen durchaus Verpflichtungen, die uns dazu bringen sollten – und wenn es das Gesetz nicht tut, dann vielleicht unsere ärztliche Aufgabe –, Mittel und Wege zu finden, wie wir den Menschen, die auf der Warteliste stehen, helfen können. Herr Prof. Dr. Geisler, es ist absolut keine Utopie von einer leeren Warteliste zu sprechen. Mich wundert diese Aussage ganz erheblich. Sie brauchen bloß in unsere beiden Nachbarländer zu schauen, in denen es de facto eine leere Warteliste gibt. Drei Monate Wartezeit in einigen dieser Nachbarländer kommen eben nur daher, weil man dann doch nach einer besseren Typisierung oder nach etwas anderem sucht. Aber die leere Warteliste ist keine Utopie. Nur, wenn wir das hier schon, in diesem Gremium, als Möglichkeit andeuten, ich glaube, dann ist die Stoßrichtung einfach eine falsche. Wir müssen uns überlegen, in welche Richtung wir denn gehen wollen. Wir müssen uns überlegen, wie wir es wirklich erreichen, dass wir alle Mitarbeiter dazu bringen, bei dem Thema mitzumachen.

Herr Dr. Wodarg: Vielen Dank für die Frage bezüglich der Einstellung des Intensivpersonals oder der Einstellungsvoraussetzung von Personen auf Intensivstationen. Sie haben Recht, dass man Menschen fragen soll, was sie denn eigentlich machen wollen in ihrem beruflichen Leben. Nur, wir fragen keine Schwester und keinen Arzt, ob sie die fünfte oder sechste Chemotherapie, die ein Patient bekommt, verweigern wollen oder nicht. Sie sind ärztlich verpflichtet dazu, das zu machen. Ich kann einfach nicht verstehen, warum man dann nun in einem Bereich, nämlich der Transplantationsmedizin, auf einmal hingehen soll und im Vorhinein solche Fragen stellen, ob denn derjenige, der neu eingestellt wird, nun damit auch noch einverstanden wäre. Natürlich hat jeder seine eigene Meinung dazu, aber wenn er die Meinung hat, dass er an der Organspende nicht mitarbeiten will, dann soll er bitte schön nicht diesen Job annehmen. Eine Tätigkeit in diesem Bereich ist eine ärztliche oder pflegerische Verpflichtung, genauso wie die Behandlung jedes anderen Patienten. Daher habe ich große Schwierigkeiten mit dem Begriff der Ergebnisoffenheit. Es gibt viele Gesetze, die mit sehr viel geringerer prozentualer Zustimmung verabschiedet worden sind, und sehr viele Verordnungen mit sehr viel geringerer Zustimmungsrage, die trotzdem nicht mit dieser Beliebigkeit diskutiert werden, nämlich ergebnisoffen, wie das jetzt hier im Moment der Fall ist. Ich glaube, dass wir uns zunächst einmal von diesem Gedanken einer Ergebnisoffenheit oder Beliebigkeit, die ich dahinter schon vermute, etwas wegbewegen und überlegen

Beliebigkeit, die ich dahinter schon vermute, etwas wegbewegen und überlegen müssen, wie wir in diesem Bereich weiter vorankommen wollen.

Nun im Einzelnen. Vielleicht gerade noch zu der Frage von Ihnen, Herr Dr. Wodarg, zu den Studien aus Nordrhein-Westfalen. Diese Zahlen, die ich da genannt habe, sind derzeit noch nicht publiziert. Sie werden aber publiziert werden. Es ist im Übrigen vorweggenommen das, wie auch Herr Dr. Egger vorhin angesprochen hatte, was die Bundesstelle Qualitätssicherung demnächst tun wird. Allerdings – wie ich vorhin gesagt hatte – mit dem Ziel, dies erst im Jahr 2008 umzusetzen, und das ist mir schlichtweg zu spät. So lange können wir nicht mehr warten. Bis dahin werden noch etliche Leute auf der Warteliste versterben, wenn wir nicht schneller etwas tun.

Nun, es war das Thema Organ- und Gewebespende angesprochen worden. Frau Dr. Reimann hatte das getan und hatte auf Publikationen aus der jüngsten Zeit hingewiesen. Für mich ist es schon so ein wenig ein Offenbarungseid des investigativen Journalismus, wenn man in einige Publikationen aus der jüngsten Zeit hineinschaut. Denn die einzige Organisation, die es in der Bundesrepublik gibt, die transparent ist, die durchsichtig ist und die ganz klar erklärt hat, was sie tun will, nämlich die DSOG, ausgerechnet die wird hier angegriffen. Aber gerade in diesem Bereich sind wir in der Lage, noch einmal, Herr Prof. Dr. Geisler, Ihr Zitat, eine Warteliste „leer zu machen“. Das hat z. B. wiederum Mecklenburg-Vorpommern gezeigt, wo man in der Lage ist, so viele Hornhäute zu gewinnen, dass die Bevölkerung dort umfassend versorgt werden kann und wir nicht unter irgendwelchen obskuren Verhältnissen Hornhäute aus dem asiatischen oder amerikanischen Raum einführen müssen. Das, glaube ich, muss doch unser Ziel sein. Wir sind in der Lage, das Problem zu lösen, und wir müssen uns nur etwas mehr zusammenfinden, das nun auch wirklich anzupacken.

Ich möchte nicht auf das Thema der – wie Sie gesagt haben – marginalen Spender, wir nennen das erweiterte Spenderkriterien, und insbesondere auf die Frage der Tollwut eingehen, da ich dies am Donnerstag im Gesundheitsausschuss des Bundestages tun werde. Die Voraussetzung Ihrer Frage war aus meiner Sicht nicht ganz korrekt. Ich werde aber am Donnerstag darauf eingehen. Man muss zur Kenntnis nehmen, dass das Spendealter, die Spenderfaktoren sich entwickelt haben. Als ich angefangen habe, waren 45 Jahre das oberste Spendealter, das überhaupt akzeptiert wurde. Ich glaube, die meisten, die hier im Raum sitzen, wären gar keine potenziellen Organspender, wenn das so wäre. Obwohl das Spendealter inzwischen bei über 80 liegt, sind die Ergebnisse der Transplantation besser geworden. Das gibt doch den Transplantationsmedizinern Recht, dass man sich in diese Richtung bewegt, und dass man sich auch Gedanken darüber macht, wo man eher noch eine Chance sieht, dass jemand transplantiert werden kann oder nicht.

Angesprochen worden ist die Zusammenarbeit der DSO und der BZgA. Aus meiner Sicht ist diese Zusammenarbeit sehr gut. Sie hat allerdings große Probleme, worauf Frau Dr. Pott schon eingegangen ist, in der Finanzierung, die sich z. B. darin äußern, dass das Infotelefon, das seit vielen Jahren betrieben wird und bisher immer kostenlos war, in Zukunft bezahlt werden soll. Da sehe ich schon einige Probleme, weil es im Wesentlichen der Sinn dieses Telefons ist – und das war eine andere Frage, ich glaube von Frau Riedel –, dass Leute aus der Bevölkerung, dort anrufen. Und diese Leute wollen nicht zu Fragen des Hirntodes, sondern sie wollen zu allem Möglichen, was in dem Zusammenhang der Organspende zu fragen ist, Informationen haben. Das Telefon wird sehr gut genutzt, und wir sind froh, dass wir diese Möglichkeit haben.

**SV Ulrike Riedel:** Wenn ich das nur kurz sagen darf: Mir hat ein Mitarbeiter dieses Telefons gesagt, der Hirntod spiele überhaupt keine Rolle. Ist das richtig?

**Experte Prof. Dr. Günter Kirste:** Richtig. Absolut richtig. Vielleicht gerade noch zu einer auch von Ihnen gestellten Frage und zwar zur Frage der Umsatzsteuerpflicht. Sicherlich ist das ein großes Problem, weil es eigentlich so sein müsste, wie Sie sagen. Wenn Sie fragen, ob dazu eine gesetzliche Änderung notwendig ist, würde ich Ihnen glatt antworten: Ja. Es wäre sinnvoll, dass all die Aufgaben, die bei der Vermittlungsstelle und bei der Koordinierungsstelle im Transplantationsgesetz genannt sind – nämlich Unterstützung der Zentren etc. –, dass diese Dinge von der Umsatzsteuer befreit würden. Es ist in der Tat ein Problem, darauf hatte Frau Höchstetter schon hingewiesen, und es gibt im Moment eine intensive Diskussion mit den Krankenhäusern zu dieser Frage. Sie hatten dann weiter gefragt, wer die Evaluierung, die ich vorhin genannt hatte, denn durchführen sollte. Aus meiner Sicht ist der Weg, der eigentlich eingeschlagen ist, über die Bundesstelle Qualitätssicherung gar nicht verkehrt. Im Gegenteil, dort gibt es die Möglichkeiten, dass man in einem Gremium diese Fragen durchleuchtet. Nur noch einmal: 2008 ist mir zu weit hin, wir müssen es jetzt anfangen! Man muss sich hierzu zusammensetzen und sagen, wer es denn macht. Ich könnte mir z. B. vorstellen, dass man das zusammen mit den Krankenkassen, mit den Landesärztekammern und der DSO macht und diese Statistiken einmal durchschaut. Die Zahlen – wie gesagt – sind da. Der Controller des Krankenhauses muss nur auf eine Taste drücken und sich alle entsprechenden Diagnosen herausholen. Dann hat man die Zahlen. Man muss dann nur miteinander darüber reden.

Auf die Frage: Warum klappt es in anderen Regionen nicht? Diese Frage fällt mir immer wieder sehr, sehr schwer. Ich neige immer dazu, als Erstes zu sagen: Da muss sich die DSO

auch einmal an die eigene Nase fassen. Das müssen wir, das tun wir auch im Moment. Wir sind in einer intensiven Diskussion innerhalb des Unternehmens, warum es in den einzelnen Regionen so schwierig und warum es bei Herrn Dr. Wesslau so gut ist. Herr Dr. Wesslau hat dazu unter anderem einige Strategiepapiere vorgelegt, die wir im Moment sehr intensiv diskutieren. Wir haben aber den Eindruck, dass das Auto, das wir konstruieren, immer besser wird, dass aber die Straße, auf der wir fahren, die gleiche bleibt. Das deutet wieder darauf hin, dass wir an die Sozialstruktur in den Ländern heran müssen. Da sehe ich z. B. Probleme in den Ländern, in denen es nicht einmal ein Ausführungsgesetz gibt, in denen es konstant verweigert wird, über die Frage der Transplantationsbeauftragten nachzudenken oder gar ein Gesetz zu verabschieden. Man muss auch sagen, dass uns von Seiten der DSO hier etwas die Hände gebunden sind. Wir können das Problem nicht von uns aus lösen, wenn die Sozialministerien sich definitiv verweigern, an dieses Thema überhaupt nur heranzugehen. Darum mein Appell, den ich vorhin schon geäußert habe: Aus meiner Sicht ist hier auch der Bund gefordert, vielleicht doch noch einmal wieder etwas aktiver zu werden.

Auch ich, Frau Dr. Volkmer, bin gegen Sanktionen für die Krankenhäuser, aber allein mit dem Erhebungsbogen, der eingeführt ist, wird das Problem nicht zu lösen sein. Zu viele Krankenhäuser füllen ihn nicht aus, wollen ihn nicht ausfüllen oder machen es, sagen wir einfach einmal, oberflächlich und fahrlässig. Wir müssen eher ein System entwickeln, das konsequent zu hinterfragen ist. Da weise ich noch einmal auf das System der BQS hin, wie es jetzt eigentlich angedacht ist. Ich hoffe, dass ich damit die wesentlichen Punkte beantwortet habe.

**Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD):** Sie haben eine Frage vergessen. Ich habe nach der Aufteilung der Kostenträger gefragt.

**Experte Prof. Dr. Günter Kirste:** Entschuldigung. Nach meinem Informationsstand verhält sich das praktisch genauso wie die prozentuale Aufteilung auf der Warteliste. Wir haben eine Aufteilung, eine Vermittlung der Organe über Eurotransplant, die völlig unabhängig ist von dieser Frage, und nach allem, was ich weiß, und nach den Daten, die mir vorliegen, ist es exakt die gleiche Verteilung wie auf der Warteliste.

**Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD):** Wo werden die Daten zu Nordrhein-Westfalen veröffentlicht?

**Experte Prof. Dr. Günter Kirste:** Sie werden im nächsten Jahresbericht der DSO veröffentlicht.

**Abg. Markus Grübel (CDU/CSU):** Eine Frage fehlt auch noch, Herr Prof. Dr. Kirste. Ich hatte nach der Wechselwirkung von Patientenverfügung, die eine Behandlung untersagt, die nötig wäre, um das Organ frisch zu halten, und Organspendeausweis gefragt.

**Experte Prof. Dr. Günter Kirste:** Herr Grübel, entschuldigen Sie, das habe ich auch vergessen. Es sind so viele Fragen. Für mich stellt diese Patientenverfügung ein ganz großes Problem dar. Man kann nur hoffen, dass kein Mensch in der Bundesrepublik, der noch in einigermaßen gutem Gesundheitszustand ist, so eine Patientenverfügung ausfüllt. Denn wenn er eines Tages ins Krankenhaus kommt – nicht weil er an einem langjährigen Krebsleiden leidet, sondern weil er zufällig auf der Straße verunfallt ist – und jemand findet in seiner Jackentasche diese Patientenverfügung, dann wäre es schrecklich, wenn dieser Patient weder intubiert noch behandelt würde, nur weil jemand nicht erkennt, dass der aus ganz anderen Gründen den Ausweis hat. Wenn dann jemand diesen Ausweis oder diese Verfügung ausfüllt zu einem Zeitpunkt, wo er ähnlich uninformiert ist über das Thema wie über die Organspende, dann sehe ich daraus ganz große Probleme erwachsen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Härle, ich habe Sie in die zweite Runde genommen, weil wir noch eine ganze Reihe an Nachfragen haben. Entschuldigung, dann bitte.

**SV Prof. Dr. Wilfried Härle:** Meine Frage war ganz kurz: Sie haben gesagt, dass es Krankenhäuser gibt, die generell die Organspende ablehnen. Haben sie Gründe, die Sie kennen oder die Sie vermuten, warum das so ist?

**Experte Prof. Dr. Günter Kirste:** Wir haben keine ganz klare Antwort dazu. Wir wissen nur aus einigen dieser Häuser, dass dies aus prinzipiellen Gründen abgelehnt wird, weil eben doch der Chefarzt am nächsten Morgen das Intensivbett für eine Operation braucht oder der OP nachts nicht zur Verfügung steht, weil die Schwestern dann nach Hause gehen, oder weil sonst am anderen Morgen die Operationen ausfallen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank Herr Prof. Dr. Kirste. Jetzt Frau Kotter bitte.

**Expertin Claudia Kotter:** Danke schön. Ich würde gern noch einmal darauf zu sprechen kommen, dass man auch die ganzen behandelnden Ärzte besonders hervorheben sollte, weil ich einfach glaube, dass das die Menschen sind, die tagtäglich mit denen konfrontiert werden, die warten. Sie sehen das Leid der ganzen Familie. Es ist doch vollkommen verständlich, dass diese Menschen in ihren Aussagen, ihren Forderungen härter und aggressiver vielleicht auch vorgehen – ohne jetzt jemandem zu nahe treten zu wollen – als andere Leute, die darüber diskutieren, einfach weil sie es jeden Tag sehen. Ich finde, dass man einmal etwas ganz Bemerkenswertes hervorheben muss. Wir arbeiten z. B. mit der Hochschule Hannover zusammen, wo es jede Menge Ärzte gibt, die sich einfach nach ihrer Arbeitszeit noch hinsetzen und mit uns Konzepte ausarbeiten, was man noch bewegen und verändern und tun könnte, um mehr Aufmerksamkeit zu bekommen. Ich finde einfach, es gibt einen Punkt, der geht die ganze Zeit verloren, das finde ich ein bisschen schade: Die frühe Aufklärung, ich kann das nur immer wieder sagen, würde uns so viel ersparen. Ich würde gerne zu Ihnen, Herr Prof. Dr. Härle, sagen: Ich glaube nicht, dass ein Plakat oder eine Kampagne oder Bilder schockierend wirken oder eher abweisend oder dass die Leute dadurch verängstigt werden. Ich glaube ganz im Gegenteil, dass die Menschen mit dem Thema konfrontiert werden müssen, je mehr, desto besser. Dann wird das Thema einfach einmal anerkannt. Wenn Organspende etwas Normaleres werden würde, etwas Menschliches, etwas Akzeptiertes, etwas das gang und gäbe ist, dann würden auch diese ganzen Ängste nicht im Raum stehen. Dann müssten wir nicht stundenlang diese ganzen Fragen des Hirntodes diskutieren. Wenn es einfach gewöhnlich wäre und menschlich und anerkannt und nicht so ein Tabuthema, würden viel mehr Menschen lockerer damit umgehen und viel mehr Menschen Organe spenden. Bei der Meinung werde ich auch voll und ganz bleiben.

Die jungen Menschen sind nicht generell abgeneigt gegenüber dem Thema Organspende. Ich kann einfach für junge Leute sprechen. Wir haben zwei Jahre lang Umfragen gemacht, wir haben zwei Jahre lang mit den Leuten gesprochen. Junge Menschen wollen gerade heutzutage helfen. Heute, wo sie das Gefühl haben, das so vieles an Werten in der schnelllebigen Zeit verloren geht. Junge Menschen sind froh, wenn sie etwas hinterlassen können, wenn sie etwas bewegen und etwas verändern können, und deswegen glaube ich, dass junge Leute im Prinzip dem Thema gegenüber sehr offen eingestellt sind. Dann würde ich gern noch sagen: Manchmal muss man leider das Internet benutzen, um zu informieren. Wenn man sonst kein Geld hat, ist das Internet einfach das billigste und das kommunikativste Mittel, um junge Menschen aufzuklären. Ich glaube auch, dass die Zeiten sich einfach ändern, Kommunikationsmittel sich ändern. Auch da will ich niemandem zu nahe treten. Ich will hier auch nicht hereinspazieren und einfach sagen, man könnte alles besser machen, so ist das

nicht. Aber ich glaube, Zeiten von Streetworkern in Fußgängerzonen sind definitiv vorbei. Das Infotelefon finde ich großartig, finde ich super, aber nicht Aktionen mit irgendeinem Mann in der Fußgängerzone, der für Organspende wirbt. Da bleibt keiner stehen, und da finde ich, dass das Geld leider völlig fehlinvestiert ist.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Frau Dr. Pott und dann Herr Dr. Wesslau noch, dann kommen wir in die zweite Fragerunde.

**Expertin Dr. Elisabeth Pott:** Vielen Dank. Ich fange mit der Frage oder der Bemerkung von Herrn Dr. Wunder an, dass Sie gesagt haben, Sie fühlen sich eigentlich sogar manchmal von den Aufklärungsangeboten der BZgA „gedrängelt“. Was wir in den Medien zumindest als Ansatz vertreten, ist eine motivierende Ansprache der Bevölkerung. Da ist immer eine Gratwanderung gefordert, und diese Gratwanderung ist so, dass der eine sich vielleicht schon ein bisschen gedrängelt fühlt und der andere sagt: Das motiviert mich aber noch gar nicht. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass alle Menschen verschieden sind. So hundertprozentig kann ich nicht garantieren, dass jeder sich in gleichem Maße intensiv angesprochen fühlt. Aber der entscheidende Punkt ist: Wozu fühlen Sie sich gedrängelt? Wozu wir in der Tat ein bisschen drängeln wollen, das ist, sich mit dem Thema, der Frage der Organspende auseinander zu setzen. Wenn Sie sich die Botschaften auf unseren Medien anschauen, z. B. auf dem Plakat oder den Anzeigenmotiven, dann geht es immer darum, die Menschen aufzufordern, sich zu informieren, sich auseinander zu setzen und – um ein Thema aufzugreifen, das heute hier sehr breit diskutiert worden ist – sich mit den ihm nahe stehenden Menschen, mit ihrer Familie darüber auszutauschen, wie ihre Haltung, ihre Einstellung, ihre Meinung zu diesem Thema ist und was sie für sich persönlich wünschen im Falle, dass sie einmal in eine solche Situation kommen.

Die zweite Botschaft ist, dass es noch besser ist, wenn sie auch tatsächlich einen Organpendeausweis ausfüllen, um ihre Entscheidung über eine mögliche Organspende, falls sie einmal in diese Situation kommen, zu dokumentieren. Ganz viele von den Problemen, die hier geschildert worden sind, in die Angehörige in einer solchen Situation kommen, haben doch damit zu tun, dass sie nicht definitiv wissen, was der Verstorbene selber gewollt hätte. Insofern ist die zentrale Botschaft, sich möglichst damit auseinander zu setzen. Das hat mit den Untersuchungen zu tun, die wir durchgeführt haben. Aus denen können wir sehr gut eines zeigen: Je intensiver sich Menschen mit der Frage einer Organspende auseinander gesetzt haben, sich informiert haben, mit verschiedenen Angeboten an verschiedenen Stellen sich vertieft beschäftigt haben, desto höher ist die Bereitschaft zur Organspende. Das

kann man an den Untersuchungen, die wir durchführen, wirklich zeigen. Das ist also unser Anliegen: sich auseinander setzen, Kommunikation darüber. Dazu wollen wir auch ein bisschen drängeln. Wobei insgesamt unsere Angebote recht sachlich sind. Das hat auch folgenden Grund, es gibt andere Partner in dieser Aufgabe, z. B. die Selbsthilfeorganisationen, die viel emotionaler ansprechen. Das ist auch gut so, weil derjenige, der selbst betroffen ist, logischerweise eine andere Art hat mit dem Thema umzugehen. Er soll auch anders mit diesem Thema umgehen, weil er auf diese Weise Menschen anders erreicht. Es muss eben in einem guten Zusammenspiel der verschiedenen Partner der Aufklärung dazu kommen, dass jeder in seiner Rolle das tut, was seinem Auftrag gemäß ist. Ich finde es vollkommen richtig, dass die Selbsthilfeorganisationen deshalb noch einmal mit einer ganz anderen Herangehensweise, noch ein bisschen offensiver das Thema behandeln.

Die Straßenaktionen, die gibt es heute immer noch von vielen Selbsthilfeorganisationen, die sie durchführen. Nicht als einziges, aber als ein Element auch in diesem Zusammenspiel. Dass sich immer wieder Medien verändern, dass heute das Internet eine größere Rolle spielt als noch vor fünf Jahren, das ist vollkommen richtig, und diesen Entwicklungen müssen wir auch Rechnung tragen. Das Thema mit den Streetworkern war nur ein Beispiel dafür, dass, wenn neue Projekte aufgelegt sind, sie sich als erfolgreich erweisen, es schön ist, wenn dann andere Partner auch in solche Ansätze und Projekte mit einsteigen. Ich möchte das unterstreichen, was Herr Prof. Dr. Kirste gesagt hat: Es gibt eine sehr gute Zusammenarbeit mit der DSO. Aber die DSO ist eigentlich nicht einer der Partner oder Träger von Aufklärungsmaßnahmen, sie hat ganz andere Aufgaben. Aber die DSO unterstützt die Aufklärung. Insofern haben wir eine enge Zusammenarbeit, wo wir immer wieder auf die fachliche Expertise der Experten und Wissenschaftler aus der DSO zurückgreifen und unsere Maßnahmen – nehmen wir einmal die Hirntodbroschüre oder jetzt den neuen Film zur Aufklärung in Schulen – fachlich mit der DSO abstimmen. Das Thema des Infotelefon hat Herr Prof. Dr. Kirste schon beantwortet. 2500 Anrufe im Monat. 70 % sind Privatpersonen und ganz oft gehen Fragen in die Richtung: „Bin ich geeignet, Organe zu spenden? Bin ich zu alt, um Organe zu spenden oder komme ich dafür noch in Frage?“ Das sind die ganz überwiegenden Fragen, die hier zur Diskussion stehen.

Zur Frage der Mittelsituation. Es ist nicht so, dass hier Mittel gekürzt worden sind, sondern es sind einfach nur einmal, im Jahr 1997, Mittel zur Verfügung gestellt worden. Seitdem nehmen wir Geld und Ressourcen aus unserem allgemeinen Aufklärungstitel und stellen sie für diese Maßnahmen in dem Umfang, in dem das möglich ist, zur Verfügung. Aber da ist eigentlich der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung für Kinder vorgesehen. Deshalb haben wir einfach nicht mehr Mittel, als da sind. Deshalb der Vorschlag, dass diejenigen, die in § 2 Transplantationsgesetz als verantwortlich für Aufklärung benannt worden sind – die Län-

der, die Krankenkassen und die BZgA –, auf ihren Ebenen besser ausgestattet werden und dann in einer koordinierten Strategie intensiver miteinander zusammenarbeiten, um mehr Erfolge in diesem Programm zu erzielen. Vielen Dank!

**Vorsitzender:** Danke schön. Last not least, Herr Wesslau bitte.

**Experte Dr. Claus Wesslau:** Ich bin hier immer als Letzter an der Reihe. Wir müssen aufpassen, dass ich nichts vergesse, weil ich auch immer interessiert den Beiträgen lausche. Vielleicht noch einmal ein paar Worte zur Organisationsstruktur, wenn man sagt, in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, das ist wohl die Insel der Seligkeit. Wenn man sich die Kommentare zum Transplantationsgesetz ansieht, dann hat der Gesetzgeber ganz genau gewusst, dass ein Gesetz per se nicht ein Mehr an Organspenden schafft. Entscheidend ist die Frage: Wie setzt man es um? Nun kann man sagen, dass wir damals vielleicht die große Chance genutzt haben, mit Frau Hildebrandt, mit Frau Hübner, aber auch mit der Landesregierung in Mecklenburg-Vorpommern einen sehr guten Kontakt zu haben, um das zu vermitteln, was die Landesregierung in der Stärkung der Krankenhäuser oder der Aufgabe Organspende wollte: nämlich die Organspende zur Versorgungsaufgabe für die Krankenhäuser zu machen. Die Benennung von Transplantationsbeauftragten, ich habe es schon erwähnt, ist in Berlin und Brandenburg auf ganz freiwilliger Basis erfolgt, Mecklenburg-Vorpommern hat ein Ausführungsgesetz. Dann ist es uns eigentlich sehr gut gelungen, in die Krankenhäuser hineinzugehen, krankenhauserinterne Verfahrensweisen abzusprechen und den Krankenhäusern zu vermitteln, dass die Mitarbeiter der DSO das Krankenhaus unterstützen in allen Fragen, die zur Organspende gehören. Also z. B.: Könnt ihr die Hirntoddiagnostik selber machen oder sollen wir ein Team schicken? Sollen wir euch Unterstützung geben bei der intensivmedizinischen Behandlung? Was betrifft die organbezogene Diagnostik? Wo können Unterstützungen stattfinden, damit wir den Kollegen die Arbeit im Krankenhaus erleichtern? Ich denke, das ist so ein Konzept, das wesentlich dazu beigetragen hat, dass die Krankenhäuser diese Aufgabe auch – ich will nicht sagen mit Freude – aber jedenfalls übernommen haben. Davon müssen sie natürlich die Krankenhäuser immer wieder überzeugen, dass das, was wir gemeinsam tun, einen hohen Sinn hat.

Ich sage noch einmal ein paar Worte zu dem Erhebungsbogen. Sie können natürlich nicht das Krankenhaus morgen mit so einem Erhebungsbogen überfallen, sondern sie müssen in der Beziehung dem Krankenhaus vermitteln, warum wir diese Daten haben wollen. Der Sinn für euch, Krankenhäuser, liegt im Qualitätsmanagement der Intensivmedizin. Wie viele Spender gibt es überhaupt? Die Bögen haben auch etwas mit den Fragen zu tun, ich habe

das vorhin schon erwähnt: Was können wir verändern? Wo sind Schwachstellen? Wo klemmt es? Was können wir verbessern? Das ist eigentlich ein wesentlicher Punkt unseres Erfolges. Wobei ich auch wieder betonen muss, dass der Erhebungsbogen natürlich kein Selbstlauf ist. Aber wenn man sich diesen beiliegenden Erhebungsbogen einmal ansieht, dann ist er eigentlich mit dem Totenschein in fünf Minuten ausfüllbar. Es waren immer Befürchtungen, dass uns die Kliniker, die Krankenhäuser beschwindeln. Das können wir überhaupt nicht sagen. Wenn man vernünftig mit den Kollegen redet, wenn man ihnen in der Hinsicht auch klar macht, warum man bestimmte Daten braucht, dann bekommt man auch eine vernünftige Antwort. Heute, wo wir ein bisschen weiter sind, würde ich sehr gern – das habe ich auch vorhin schon betont – aus der Rolle des Bittstellers hinauskommen und möchte gern ein einheitliches Transplantationsausführungsgesetz haben, wo bestimmte Dinge genau formuliert werden. Wer welche Aufgaben übernimmt beispielsweise, damit man sich nicht in einer permanenten Bittstellung befindet und die Krankenhäuser bitten muss, dies zu machen, jenes zu machen, sondern dass die Aufgaben relativ klar sind.

Dann vielleicht noch einmal ein Wort zu den so genannten Spendern mit erweiterten Kriterien. Ich habe vorhin auch schon betont, dass wir eine partnerschaftliche Arbeitsteilung haben. Wir, die DSO, sind für die Organisation der Organspende zuständig. Da müssen wir eines tun, wenn wir denn vor Ort sind: den Willen des Verstorbenen umsetzen. Wenn ich die Zustimmung für Herz, Lunge, Leber und Niere bekomme, dann kann ich nicht einfach sagen: „Na ja, ich habe den Eindruck, die Lunge kann man sowieso nicht nehmen.“, sondern dann muss ich mich um den Spender und um die einmal erhaltene Zustimmung auch energisch kümmern. Dazu gehört natürlich nicht nur eine umfassende Spendercharakterisierung, sondern eine umfassende organbezogene Diagnostik. Alles das, was ich an Diagnostik und an Daten erhalte, das übermittle ich über Eurotransplant den Transplantationszentren, und die Transplantationszentren entscheiden, ob der Betroffene als Spender für diesen oder jenen Patienten in Betracht kommt. Unsere Aufgabe ist es, den Spender der Organe möglichst gut zu charakterisieren. Das vielleicht zu dieser Problematik.

Dann noch einmal ein Wort zu den Angehörigengesprächen: Wenn über 80 % der Angehörigen den Willen des Verstorbenen nicht kennen, dann entscheiden sie sich zu 50 % falsch, nämlich wenn sie „Nein“ sagen und wenn sie „Ja“ sagen. Wenn wir hier sagen, es werden Angehörige bedrängt oder sie werden gezwungen und es gibt Erhebungen dazu, dann frage ich mich immer: Wo sind die Erhebungen zu denen, die „Nein“ gesagt haben? Vielleicht gibt es da auch 30 oder 40 %, die sich im Nachhinein ärgern, dass sie „Nein“ gesagt haben. Also muss man sich die Frage sehr gut überlegen. Das ist eigentlich unser „Drängen“. Wir verstehen das im Sinne der Qualifizierung der Gesprächsführung – nicht nur was die Atmosphäre anbetrifft –, die Angehörigen nicht zu überreden, sondern sie an die Hand zu nehmen und

sie zu bestärken, „Ja“ zur Organspende zu sagen, wenn sie denn den Willen des Verstorbenen nicht kennen. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Ich habe auf der nächsten Frageliste Frau Dr. Graumann, mich selbst, Herrn Dr. Wodarg, Frau Voßhoff, Herrn Prof. Dr. Geisler und Herrn Dr. Wunder. Ich möchte wirklich darum bitten, dass kurz und knapp gefragt wird, damit wir auch die Antworten noch ermöglichen können. Wir beginnen mit Frau Dr. Graumann.

**SV Dr. Sigrid Graumann:** Ich möchte zunächst kurz etwas zu den Ausführungen von Prof. Dr. Kirste und Prof. Dr. Haverich sagen, zu dem, was da vorher angeklungen ist. Natürlich – ich sage das jetzt aus Sicht einer Ethikerin – gibt es ein Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung. Das ist aber ein Recht, das in unserer öffentlichen Diskussion in letzter Zeit auch immer wieder in Frage gestellt wird. Ich sage bewusst in der öffentlichen Diskussion. Ich denke, in diesem Kontext bewegen wir uns jetzt gerade. Ich gehe davon aus, dass es dieses Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung gibt. Es gibt aber kein Recht auf die Nutzung von Körperressourcen anderer. Das ist die Grundlage, auf der wir uns bewegen. Von daher muss man die Organspende, das ist von Einigen auch vielfältig angesprochen worden, als einen karitativen Akt verstehen, der den größten Respekt verdient. Ausdruck dieses Respekts – und zwingend daran gebunden – ist natürlich auch der Grundsatz der Freiwilligkeit. Ich denke, darauf bezieht sich auch die Ergebnisoffenheit. Wenn man das als Grundsatz festhält, heißt es noch überhaupt nicht, dass man damit das sinnvolle, wichtige und berechtigte Ziel, die Spendebereitschaft zu erhöhen, in Frage stellen würde. Im Gegenteil: Ich denke sogar, dass es ganz eng zusammenhängt. Persönlich vertrete ich auch die Position, dass dieser Druck und dieses Drängeln, die jetzt schon ein paar Mal angesprochen wurden, der Sache der Organtransplantation – und zwar sowohl im individuellen Bereich mit den Angehörigen als auch was das Vertrauen in das System als solches angeht – einen Bärendienst erweist. Das ist meine Position dazu. Ich habe auch noch ein paar kleine Fragen.

Zum einen an Herrn Prof. Dr. Kirste, was die Ursachen des Organmangels angeht. Es sind immer wieder Nachbarländer angesprochen worden. Ich kenne die Zahlen dazu nicht, aber was ich auch immer ein bisschen im Kopf habe, ist, dass wir eine ganz andere Verkehrssicherheitssituation als beispielsweise die Mittelmeerländer haben, die mit weniger großen Problemen konfrontiert sind. Mich würde interessieren, was das für eine Rolle spielt in diesem Zusammenhang. Das ist das eine.

Weiter zu Frau Dr. Pott, noch einmal zur Aufklärung. Ich habe selbst Erfahrung damit in Veranstaltungen gemacht. Ich habe einmal eine Zeit lang in einer Gruppe zu medizinethischen

Problemen im Film gearbeitet und wir haben ein paar Mal Veranstaltungen dazu gemacht. Es gab dann beispielsweise eine Situation, dass eine größere Gruppe Jugendlicher mehrere Ausschnitte aus Dokumentationsfilmen zur Organtransplantation angesehen hat, die alle sehr „pro“ waren, die also alle praktisch mit diesem Impetus produziert waren, die Spendebereitschaft zu erhöhen und in denen auch Betroffene auf der Warteliste interviewt worden sind. Die Reaktion der Jugendlichen war ablehnend! Das war dann auch in der Diskussion unglaublich schwierig aufzufangen. Da war das Gefühl da: Hier will irgendjemand an meinen Körper heran, und eine entsprechende Abwehrreaktion. Was mich interessieren würde zu diesen Öffentlichkeitskampagnen – das betrifft vielleicht auch ihren Kinowerbespott, Frau Kotter, den wir vorhin gesehen haben und den ich auch vorher schon kannte: Gibt es dazu Rezeptionsforschung, Forschung, wie eigentlich darauf reagiert wird? Daran wird man es zwingend koppeln müssen, ob diese Botschaft ankommt oder ob man nicht vielleicht zu anderen Mitteln greifen müsste.

An Frau Dr. Kalitzkus habe ich noch einmal eine Frage, was die Angehörigen angeht: Gibt es psychologische Untersuchungen – in Deutschland wahrscheinlich nicht, aber in anderen Ländern – dazu, wie von Angehörigen auf ein Drängeln, oder sagen wir es etwas neutraler, auf eine ergebnisoffene oder nicht ergebnisoffene Gesprächsführung reagiert wird? In anderen Kontexten, im Rahmen der Bereitschaft zur Teilnahme an Forschungsvorhaben oder in der humangenetischen Beratung, gibt es solche Untersuchungen. Gibt es das für diesen Bereich auch? Wie wird damit umgegangen?

Meine letzte Frage richtet sich an Herrn Dr. Wesslau. Was mich wirklich sehr beeindruckt hat, sind die Unterschiede der neuen und der alten Bundesländer, nicht nur Mecklenburg-Vorpommern. Was mich interessieren würde: Sind die strukturellen Bedingungen so unterschiedlich im Osten und im Westen, dass man es darauf zurückführen kann, oder spielen hier nicht möglicherweise tatsächlich kulturbedingte Unterschiede eine Rolle? Ich kenne diese Unterschiede aus den westdeutschen Bundesländern nicht so genau. Kollegen, die in anderen osteuropäischen Ländern als Medizinethiker arbeiten, sagen mir, dass es z. T. einfach ganz andere Einstellungen, sowohl auf der Seite der Patienten, aber vor allem auch auf der Seite der Ärzteschaft gibt, was den Zugriff auf den Körper des Patienten und was den Respekt vor der Selbstbestimmung angeht – auf Grund von kulturellen Unterschieden. Meinen Sie, dass hier vielleicht eine Ursache liegen könnte?

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt habe ich mich auf die Liste der Wortmeldungen geschrieben und danach Herrn Dr. Wodarg und Frau Voßhoff.

Die erste Frage richtet sich an Herrn Dr. Egger, der in seinem schriftlichen Statement schreibt, dass der Druck auf die Verwaltungskostensenkung der Krankenkassen dazu beitrüge, dass im Bereich der Werbung für Organspende nur relativ wenig oder keine größeren Maßnahmen möglich seien. Vor dem Hintergrund, dass es offenbar zumindest zum Teil – unabhängig davon, dass es für den jeweils Betroffenen ein riesiger Erfolg ist – auch unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt vorteilhaft sein kann, jemanden zu transplantieren, halte ich es ein wenig für eine Ausrede, muss ich sagen, die Probleme auf die Verwaltungskostenseite zu schieben. Ich glaube, hier wäre auch unter dem finanziellen Aspekt für die Krankenkassen mehr möglich, als Sie beschrieben haben. Das ist zumindest mein Eindruck.

An Herrn Prof. Dr. Bein, der den Stress auf der Intensivstation sehr eindrücklich schilderte, noch einmal die Frage: Reicht allein eine Ausbildung bereits angestellten Pflegepersonals oder der Mediziner aus, eine Ausbildung im laufenden Verfahren sozusagen, oder müsste nicht vielleicht schon im Medizinstudium angesetzt werden, auf diesen Bereich besser vorzubereiten?

Dann an Frau Dr. Pott und Herrn Prof. Dr. Kirste eine Frage, anschließend an das, was Frau Dr. Graumann gerade sagte: Diese regionalen Unterschiede finde ich immer noch in jeder Hinsicht sehr beeindruckend. Meine Frage ist, ob Sie daran denken oder ob es geplant ist, Studien zu machen, worin diese regionalen Unterschiede begründet sein können, als Basis für eine gezielte Strategie, diese Unterschiede anzugehen oder zu nivellieren? Da scheint mir doch noch vieles im Vagen zu bleiben bzw. sogar im Argen zu liegen.

Jetzt Herr Dr. Wodarg, dann Frau Voßhoff und Herr Prof. Dr. Geisler.

**Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD):** Mich hat das vorhin sehr beeindruckt, was Herr Prof. Dr. Bein erzählt hat. Er hat nämlich gesagt, dass die Zustimmung in dem Gespräch eine reine Frage des Vertrauens ist, wenn ich Sie zitieren darf. Demgegenüber sehe ich das, was Herr Prof. Dr. Briegel dann gesagt hat: „Das Vertrauensverhältnis kann man auch nutzen, um das Konstrukt des Hirntods zu vermitteln.“ Diese beiden Aussprachen nehme ich einmal auf, um hier noch einmal die Beschwerde zum Gegenstand zu machen, warum hier immer noch über den Hirntod diskutiert wird. Herr Prof. Dr. Haverich hat, glaube ich, gesagt, dass das etwas damit zu tun hat, ob die Menschen sich jetzt ehrlich behandelt fühlen oder nicht. Ich erinnere mich sehr gut an die Verhandlungen zum Transplantationsgesetz, als es dann um diese Frage ging, dass Herr Prof. Dr. Pichelmeyer, glaube ich, sagte, er würde niemals bei jemandem, bei dem nicht der Totenschein ausgefüllt ist, Organe entnehmen wollen; das müsste schon ein Toter sein. Über Lebendspenden haben wir damals nicht gesprochen. Aber dass sich die Transplanteure sicher sein müssen und gar keine Zweifel haben dürfen,

dass es sich um Leichen handelt, bei denen sie Organe entnehmen, das ist doch eine Selbstverständlichkeit. Das geht den Angehörigen natürlich genauso. Mit welcher Aufrichtigkeit und mit welchem Selbstverständnis der Arzt also, der das Gespräch führt, den Angehörigen gegenübertritt, spielt eine Rolle dabei, ob zugestimmt wird oder nicht. Das ist die Aussage, die Sie gemacht haben, Herr Prof. Dr. Bein. Diese Aussage zeigt doch, dass in der Transplantationsmedizin – wenn ich das einmal so allgemein sagen darf – ein Vertrauensverhältnis eine große Rolle spielt bei der Begegnung mit den Angehörigen oder denen, die Organe spenden wollen oder nicht spenden wollen. Deshalb ist das Thema hier richtig am Platze. Es geht darum, dass Menschen Organe spenden und dass man vertrauensvoll miteinander umgeht und dass man Vertrauen schafft.

Meine Frage bezieht sich auf eine ganz spezielle Nachricht. Es gibt eine berufsgenossenschaftliche Unfallklinik in Ludwigshafen, wo man Patienten gesagt hat, dass es dort Hand-Transplantationen geben könne. Es bestehe hier die Möglichkeit, nach Verlust durch Bombenexplosion, Stromschlag, Arbeitsunfälle oder sonstige Dinge, Hände von Hirntoten zu transplantieren. Die DSO hat damals hierzu auch Stellung genommen. Damals war das Herr Dr. Maurer, der das gesagt hat. Meine Frage ist jetzt: Teilen Sie jetzt noch, Herr Prof. Dr. Kirste, die Einschätzung von Dr. Maurer, dass die Explantation von Händen oder von Gliedmaßen insgesamt durch das aktuelle Transplantationsgesetz abgesichert ist, und wenn ja, ist dann auch die Bevölkerung ausreichend informiert, dass eine Multi-Organ spende auch die Entnahme von Gliedmaßen umfassen kann?

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Frau Voßhoff, Herr Prof. Dr. Geisler und Frau Riedel.

**Abg. Andrea Voßhoff (CDU/CSU):** Eine Frage, dafür aber an vier Sachverständige – die Herren Prof. Dr. Bein, Prof. Dr. Briegel, Prof. Dr. Kirste und Dr. Wesslau –, weil Sie es mit unterschiedlicher Intensität angesprochen haben. Ich möchte noch einmal auf den Transplantationsbeauftragten zurückkommen. Ich glaube, Herr Prof. Dr. Bein war es oder Herr Prof. Dr. Briegel, der in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen hat, dass man die Beauftragten verbindlich einsetzen sollte und mit klaren Kompetenzen versehen sollte, auch mit Blick darauf, dass die Krankenhäuser ihren gesetzlichen Verpflichtungen nicht nachkommen. Meine Frage deshalb an die vier: Könnten Sie sich solche klaren Kompetenzen vorstellen, und welche – vor allen Dingen – wären dies?

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Geisler, dann Frau Riedel und dann fangen wir mit den Experten einmal von hinten im Alphabet an, dann also Herr Dr. Wesslau.

**SV Prof. Dr. Linus Geisler:** Vielleicht darf ich auch ganz kurz eine Kasuistik bringen, die an Herrn Prof. Dr. Haverich gerichtet ist, aber natürlich auch an alle anderen. Einen meiner Patienten, der jetzt 42 Jahre alt ist, habe ich seit dem zehnten Lebensjahr betreut. Er hatte einen schweren angeborenen Herzfehler, der nicht mehr zu operieren war, da waren sich alle einig. Es war jedem klar, dass er nur eine Chance hatte, nämlich die Organtransplantation. Dieser Junge war damals so irritiert und hyperaktiv, dass man nicht einmal Blutdruck messen konnte, geschweige denn Blut abnehmen. Es hat dann einer großen Zahl von Gesprächen mit dem Jungen und seiner Mutter bedurft, was bis hin zu nächtlichen Panikanrufen ging, um überhaupt das Thema der Organtransplantation anzusprechen, den Jungen und seine Mutter zu überzeugen, dass dies die einzige Chance für ihn war. Diesem Jungen sind vor zwei Jahren Herz und Lungen transplantiert worden – in Ihrer Klinik, Herr Haverich –, mit Erfolg. Das ist also ein junger Mann, den ich immer sehe, und wo ich mich jedes Mal freue, wenn ich ihn sehe, wenn ich mir diese Geschichte zurück ins Gedächtnis rufe. Das nur als kleine Anmerkung.

Ich weiß nicht, ob es wirklich sinnvoll wäre, in diesem Gremium den Hirntod mit einem Denk- oder Sprechverbot zu belegen, quasi in einer Art intellektuellem Totstellreflex, nur weil es einem nicht mehr in das Konzept hineinpasst. Es kann doch nicht sein, dass, wenn ein Prinzip wie der Hirntod, in einem Gesetz als der Tod des Menschen anerkannt ist, dass dann alle anderen Überlegungen, die es dazu geben kann – und das ist eine der fundamentalen Paradoxien, um die es hier in der Transplantationsmedizin geht – nicht mehr thematisiert werden können. Darin würde ich wirklich so etwas wie ein Denk- und Sprechverbot sehen. Das wäre ja gar nicht so schlimm, aber es kann natürlich dem, was wir alle hier wollen – das möchte ich noch einmal wirklich betonen –, nämlich eine Besserung der Situation herbeizuführen, doch nicht dienlich sein, wenn das, was Angehörige am meisten irritiert, überhaupt nicht mehr thematisiert werden soll.

Hier noch eine kurze Anmerkung zu den marginalen Spendern: Das ist nicht als ethischer Vorwurf zu verstehen, sondern es ist eine Frage, und ich bin froh, Herr Dr. Wesslau, dass Sie mir da mehr Licht hineingebracht haben, was darunter zu verstehen ist, wie solche Spender einzuordnen sind in diesem System. Ich weiß z. B., dass es hier ein Forschungsvorhaben an der Charité gibt, das unter dem Stichwort „marginaler Spender“ läuft. Deswegen habe ich nicht das Gefühl gehabt, dass ich dieses Wort nicht in die Diskussion bringen dürfte. Ich glaube also, wenn wir in dieser Kommission wirklich versuchen voranzukommen und die Problematik, die wir uns selbst gestellt haben, sinnvoll und effektiv zu beantworten, dass wir dann auch Fragen aushalten können müssen, die uns vielleicht persönlich nicht liegen. Ich denke, hier geht es ja nicht um einen Untersuchungsausschuss, sondern hier geht es um

eine Anhörung, und in diesem Sinne wollte ich meine Frage verstanden wissen. Ich glaube, dass das Resultat einer solchen Anhörung umso besser sein wird, je mehr wir den Mut haben, uns auf Fragen einzulassen, die uns vielleicht nicht so richtig passen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Geisler. Jetzt Frau Riedel und dann geht es los mit den Antworten der Experten.

**SV Ulrike Riedel:** Ich habe nur eine kurze Frage an Frau Dr. Kalitzkus. Vorher wollte ich aber doch noch einmal sagen, dass die Arbeitsgruppe, die diese Anhörung vorbereitet hat, das Ziel hatte, mit dieser Anhörung zu erreichen, dass die Frage beantwortet wird: Wie können wir den Vollzug des Transplantationsgesetzes verbessern? Wo liegen die Probleme? Was kann auf der Basis des geltenden Rechts gemacht werden oder wo müssen wir das Gesetz verbessern, um den Patienten auf den Wartelisten zu helfen, um Wartelisten abzubauen? Das war das Ziel dieser Anhörung. Das möchte ich einfach nur noch einmal sagen. Dass dann natürlich auch die Frage: „Warum haben wir so hohe Ablehnungsraten von Angehörigen?“, eine Rolle spielt, das ist klar. Damit muss man sich auch befassen. Aber das wollte ich einfach nur noch einmal klarstellen.

An Frau Dr. Kalitzkus habe ich nur eine Frage im Anschluss an das, was Herr Dr. Wesslau gesagt hat: Haben Sie bei Ihren Untersuchungen immer nur diejenigen befragt, die einer Organspende letztlich zugestimmt haben oder haben Sie auch diejenigen gefragt, die abgelehnt haben? Das würde mich interessieren.

**Vorsitzender:** Jetzt hatte ich Herrn Dr. Wunder übersehen als Nächstes. Und dann Herr Dr. Wesslau als Erster der Experten.

**SV Dr. Michael Wunder:** Ich richte mich noch einmal an Frau Dr. Pott und auch an Sie, Herr Prof. Dr. Kirste, weil mir in der letzten Runde doch eines nicht ganz auf den Punkt gebracht schien. Klar ist – das hoffe ich jedenfalls oder davon gehe ich aus –, dass wir ein gemeinsames Ziel haben: die Spendebereitschaft oder eher das tatsächliche Organaufkommen, nicht nur die Bereitschaft, zu erhöhen. Da mangelt es allerdings meiner Ansicht nach an einer Fehleranalyse, was bisher wirklich falsch gelaufen ist bezogen auf die Organisation. In der Frage der Transplantationsbeauftragten, finde ich, ist die Fehleranalyse, auch auf Grund des Ländervergleichs, schon relativ weit. Damit kann ich zumindest etwas anfangen, was eigentlich geschehen müsste. Bei der öffentlichen Aufklärung, das sage ich jetzt wirklich einmal

etwas ungeschützt, finde ich nach wie vor einen Mangel. Ich wiederhole noch einmal meine Frage an Sie oder ich sage es noch einmal mit anderen Worten: Das, was bisher die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gemacht hat, war ja nicht wirklich erfolgreich. Sie sagten zwar: „Das ist doch schon ein Fortschritt, wenn in sechs Jahren der Besitz von Spenderausweisen von 4 % auf 10 % gestiegen ist.“, wobei man das aber ehrlich gesagt auch noch auf ein paar andere Faktoren zurückführen könnte, das hoffe ich jedenfalls. Aber das reicht ganz offensichtlich nicht und reicht keinem von uns hier am Tisch. Meine Frage wäre wirklich: Wieso können wir nicht gemeinsam – das ist überhaupt kein konfrontativer Ansatz, den ich vertrete – davon ausgehen, dass Menschen sich gedrängelt fühlen? Ich meine das Drängeln übrigens nicht bei den Angehörigengesprächen: Dass die doch relativ „zielorientiert“ geführt werden, das liegt in der Natur der Sache. Ich meine das Drängeln in der öffentlichen Werbung, sich mit der Frage auseinander zu setzen.

Herr Prof. Dr. Kirste, ich möchte Ihnen ausdrücklich widersprechen. Ich habe mir eben das TPG noch einmal durchgelesen. § 2 TPG ist nicht so zu interpretieren, dass die entsprechend Beteiligten verpflichtet sind, für ein hohes Organaufkommen, also für ein Ergebnis, zu sorgen, sondern sie sind richtigerweise natürlich lediglich verpflichtet, zu erheben und die Diskussion zu führen und die Strukturen bereitzustellen, so dass das möglich wird. Das Gesetz kann ja nicht vorschreiben, dass eine bestimmte Quote erhoben wird. Das heißt also, die Ergebnisoffenheit ist ein Prozessmerkmal, und ich würde von meinem beruflichen Hintergrund aus, ich bin Psychologe und Psychotherapeut, dringend empfehlen, dieses Ergebnisoffene einmal wirklich positiv zu sehen. Man sollte überlegen, ob man damit nicht viel weiter kommt. Im Spenderausweis ist das im Grunde genommen auch vorgesehen: Es gibt eine „Nein“-Kategorie. Ich kann mich damit beschäftigen, den Spenderausweis ausfüllen und sagen: „Nein, ich will das nicht.“ Es müsste stärker hervorgehoben werden, dass das eine legitime, gute Sache ist, wenn Menschen das tun, nach einem entsprechenden Prozess. Genau dieses Moment fehlt mir. Mir fehlt auch eine Thematisierung, ob nicht diejenigen, die beraten, sichtbar unabhängiger vom System sein sollten, weil es sich in anderen gesellschaftlichen Bereichen auch bewährt hat, wenn die Beratungsstellen oder die Berater erst einmal überhaupt keine Interessen vertreten, wenn sie also nicht direkt dem Gesundheitswesen zugehören oder nur in „Stabsfunktion“. Das wäre meine Frage. Wenn man das Spendeaufkommen erhöhen will, sehe ich nämlich den Haupthandlungsbedarf im Moment darin, dass die öffentliche Darstellung dieser Thematik verbessert wird, dass es dort in gewisser Weise eine Trendwende gibt.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt Herr Dr. Wesslau und dann Frau Dr. Pott.

**Experte Dr. Claus Wesslau:** Vielen Dank. Frau Dr. Graumann, ich danke für die Frage. Ich meine, es muss ja auch ein paar Punkte geben, in denen die neuen Bundesländer führend sind, und das trifft auch für Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu. Nun muss ich aber wieder sagen, zu unserer Region gehört auch Berlin und Großberlin, unsere Hauptstadt besteht aus ehemals West- und Ostberlin. Ich kann da keine großen kulturellen Unterschiede feststellen. Es ist vielmehr immer die Frage, wie man zu den Kollegen einen Zugang findet. Es kommt mir sicher entgegen, dass ich selbst Intensivmediziner bin und die Leute kenne und da einen besseren Zutritt habe. Aber ansonsten halte ich es für zu verkürzt, das Mitwirken bei der Organspende auf kulturelle oder Glaubensdinge zu schieben. Sonst würden Sie sagen: Hier sind alles nur Heiden, und die sind alle nun mehr dafür als vielleicht Menschen, die einen sehr engen Glauben haben. Ich stimme natürlich zu, wenn man sagt, dass ländliche Bürger, die vielleicht noch in älteren Strukturen fester verwurzelt sind als wir in der Großstadt, dass die natürlich zu den Dingen eine andere Meinung haben. Aber ich würde sagen, dass kulturell keine Unterschiede bestehen. Die Frage ist vielmehr: Wie bekomme ich den Zugriff? Wie unterstützt der Senat oder die Landesregierung unser Bemühen, in die Krankenhäuser zu kommen? Gibt es eine gute Verbindung zur Krankenhausleitung? Bekommt man da einen guten Einstieg? Das sind eigentlich keine Weisheiten, aber jedenfalls bezeichnen sie das, was wir so machen können, um das Ganze zu entwickeln.

Zu den Transplantationsbeauftragten. Im Gegensatz zum bayerischen Landesausführungsgesetz haben wir die Rolle des Transplantationsbeauftragten immer anders gesehen. Er ist der Ansprechpartner im Krankenhaus für alles, was mit der Organspende zu tun hat. Er ist der Ansprechpartner für die DSO, um krankenhauserinterne Strukturen festzulegen. Jeder im Krankenhaus muss wissen, wer wofür zuständig ist. Auf den Intensivstationen muss es ganz klare Abläufe geben: Wer kommt als Spender in Frage? Wen rufe ich an? Welchen Support gibt die DSO? Was macht das Krankenhaus allein? Der Transplantationsbeauftragte sollte nicht der alleinige „Herumwuseler“ sein für das ganze Krankenhaus, sondern er hat es in der Hand, die Dinge im Krankenhaus im Auftrage der Krankenhausleitung zu organisieren. So haben wir es immer gesehen und insofern war auch die Hauptaufgabe initial mit Mehrarbeit verbunden: die Strukturen etwas abzuklopfen und auch die Verfahrensweisen festzulegen. Aber dann bekommt das Ganze, auch durch die Kontrolle über die Krankenhausleitung, einen gewissen Selbstlauf.

Dann noch einmal ein Wort zur Hirntoddiagnostik. Herr Prof. Dr. Haverich ist nicht mehr da, und ich will auch nicht in seinem Namen reden, aber ich denke mir, die Diskussion, ob der Hirntod ein sicheres Todeszeichen ist oder nicht, ist beendet. Sie ist im Gesetz auch festgelegt. Jetzt ist die Frage: Wie schaffen wir Vertrauen? Wie kann man jemandem den Hirntod

vermitteln im Akut-Prozess? Das ist ein Problem. Denn für die Angehörigen sieht der Patient unter intensivmedizinischen Bedingungen genauso gut oder genauso schlecht aus, wenn noch Hoffnung besteht, wie zu dem Zeitpunkt, als der Hirntod festgestellt worden ist. Hier wird großes Vertrauen nötig sein in die Ärzteschaft, um den Angehörigen zu vermitteln, dass dies mit absoluter Sicherheit, mit höchstmöglicher Sicherheit feststeht, dass die Hirntodbestimmung genau nach den Vorschriften durchgeführt worden ist. Zu begreifen ist der Hirntod seitens der Angehörigen nicht. Danke schön.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Dr. Wesslau. Frau Dr. Pott, dann Frau Kotter bitte.

**Expertin Dr. Elisabeth Pott:** Zunächst die Frage von Frau Dr. Graumann und das Beispiel mit dem Dokumentationsfilm, den Sie mit einer Gruppe von Jugendlichen gesehen haben und der auf Ablehnung gestoßen ist. Natürlich gibt es Rezeptionsforschung darüber, wie Dinge gestaltet sein sollten und müssen, um verschiedene Zielgruppen anzusprechen, auch ggf. zu unterschiedlichen Themen, denn das ist immer auch themenbezogen. Natürlich spielen aber auch andere Dinge eine Rolle: Ob das nun ein Film war, auch wenn es ein Dokumentarfilm war, der für diese Altersgruppe geeignet war, ob die übrigen Rahmenbedingungen, die Art der Moderation, die Art der Anmoderation, der Vorbereitung, eine Rolle gespielt haben, was dem vorausgegangen ist. Alle möglichen Dinge können da eine Rolle gespielt haben. Aber es ist natürlich völlig klar, dass es Maßnahmen gibt, die kontraproduktiv wirken können. Deshalb sollte sobald wie möglich, wenn ich mit Maßnahmen in die Öffentlichkeit gehe, ein vorhergehender Test und hinterher möglichst eine Evaluation stattfinden, um zumindest zu sehen: Finden meine Maßnahmen Akzeptanz und werden die Botschaften richtig verstanden? Wenn nämlich keine Akzeptanz da ist, kommen die Botschaften schon gar nicht mehr an, und nur wenn Akzeptanz da ist, ist überhaupt die Bereitschaft da, sich mit etwas auseinander zu setzen. Dann muss allerdings noch geklärt werden, ob tatsächlich die gemeinten und artikulierten Botschaften richtig verstanden werden. Insofern kann ich das nur bestätigen. Natürlich gibt es kontraproduktive Maßnahmen, nicht alles führt da zu guten Ergebnissen.

Das schließt praktisch ein bisschen an das an, was Herr Dr. Wunder gefragt hat. Selbstverständlich bin ich gerne bereit, mich da auch noch einmal intensiver zusammzusetzen und über irgendwelche Fragen: „Was kommt bei Ihnen gut an?“, oder: „Wo sehen Sie Schwachstellen?“, zu diskutieren, aber eins ist doch offensichtlich: Mit dieser minimalen Ausstattung, mit der hier überhaupt Maßnahmen gemacht werden konnten, ist doch überhaupt nicht die Reichweite zu erzielen, mit der man in irgendwelchem nennenswerten Umfang sagen könn-

te, das und das hat sich hier wirklich verändert. Deshalb war meine Aussage über den Anstieg der Besitzer von Organspendeausweisen nur darauf bezogen, dass wir versucht haben, obwohl eigentlich viel zu wenig Möglichkeiten, Geld, Mittel und Ressourcen zur Verfügung standen, mit dem Wenigen, was da war, das Bestmögliche zu machen. Mehr sollte das wirklich nicht sagen. Ich habe nicht umsonst darauf hingewiesen, dass ich, wenn ich überhaupt Wirkungen erzielen will, mindestens soviel Geld brauche, dass ich die Bevölkerung bundesweit in einem wirklich nennenswerten Umfang auch mit einer gewissen Regelmäßigkeit erreiche – mit entsprechenden Maßnahmen, die für die unterschiedlichen Zielgruppen auch geeignet sind. Wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, dann kann ich nicht erwarten, dass mit einer Broschüre oder drei Plakaten eine großartige Verhaltensänderung oder sonst etwas passieren kann. Insoweit stehen einfach die Mittel nicht in Relation zu dem erwarteten Ergebnis. Das bitte ich dabei zu berücksichtigen.

Die regionalen Unterschiede: Wir haben erste Untersuchungen in dieser Frage durchgeführt. Das ist offensichtlich sehr schwierig, weil es auch wirklich bisher ungeklärte Widersprüche gibt. Ich nenne einmal das Beispiel Nordrhein-Westfalen. Dort gibt es eine recht hohe aktive Akzeptanz und positive Einstellung zur Organspende und gleichzeitig werden in Nordrhein-Westfalen wenige Organe gespendet und transplantiert. Das ist offensichtlich sehr kompliziert und wir werden natürlich versuchen, das weiter abzuklären. Ich sehe allerdings noch nicht, wie sich das wirklich klären lässt. Das ist ein sehr schwieriges Problem.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Jetzt Frau Kotter.

**Expertin Claudia Kotter:** Frau Dr. Graumann, zu Ihrer Frage zu dem Spot. Dass wir den Spot überhaupt produziert haben, basierte ganz allein auf der Entscheidung von vielen jungen Menschen, die sich die Geschichte ausgedacht haben, die ihn finanziert und produziert haben. Bei den Umfragen im Nachhinein kam der Spot auch sehr, sehr gut an, weil er ohne Shocking-Bilder auskommt. Er ist wie ein netter kleiner Film, der einfach nur eine Lebens- und Liebesgeschichte erzählt, ohne ein schlechtes Gewissen zu erzeugen. Natürlich gibt es Menschen, die Angst haben. Ich habe auch vor vielen Dingen Angst. Aber je unwissender ich bin, desto mehr Angst habe ich. Als man mich das erste Mal mit meinem Tod konfrontiert hat, war ich auch sehr irritiert und verunsichert. Ich weiß nicht, in was für einem Rahmen Sie diese Filme gesehen haben, ich will das auch nicht abtun, aber ich glaube einfach, immer wenn man junge Menschen zum ersten Mal mit Ihrem eigenen Tod konfrontiert, sind sie erst irritiert und verwirrt. Das muss man aufarbeiten und abarbeiten und mit Ihnen darüber reden. Ich glaube es bedarf mehr, als ein paar Filmchen zu zeigen, und es bedarf auch mehr als

eines einmaligen Treffens oder vielleicht auch eines Wochenendes. Der Spot ist auch nur ein Gedankenanstoß, das ist kein Aufklärungsmaterial, das ist nicht ein Film, der jetzt alle Fragen löst. Es ist einfach nur ein Gedankenanstoß. Wenn ich MTV ansehe, kann ich auch zwischen all den blöden Klingeltönen für fünf Sekunden etwas Sinnvolles sehen und anfangen über etwas Gescheites nachzudenken. Wenn dann einer anfängt nachzudenken und die DSO am Telefon hat, finde ich das großartig, dann habe ich schon das meiste getan, was ich tun kann. Soviel zu dem Film. Danke schön.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Kirste bitte.

**Experte Prof. Dr. Günter Kirste:** Ich möchte mich zunächst in meiner Beantwortung auch an Frau Dr. Graumann wenden. Natürlich hat keiner ein Recht auf die Nutzung der Organe anderer. Das hatten Sie nicht als Frage formuliert, sondern Sie hatten es in Ihrem ausführlichen Statement gesagt. Das ist unbestritten. Aber auf der anderen Seite haben wir doch in unserer sozialen Gemeinschaft, in der wir, wie ich glaube, immer noch leben und nicht nur in einem Regelungsnetzwerk, auch gewisse Verpflichtungen anderen gegenüber. Zumindest sollten wir sie haben, wenn ich es einmal ganz vorsichtig formulieren soll. In diesem Sinne halte ich es schon für sinnvoll, wie Frau Dr. Pott es u. a. gesagt hat, dass wir die Menschen auffordern, sich mit dieser Frage zu beschäftigen, darüber nachzudenken, eben deshalb, weil die Frage im akuten Ereignis für die Angehörigen so schwierig ist. Zu Ihrer Frage: Verkehrstote, südliche Länder. Der Anteil der Verkehrstoten als Organspender ist minimal, in der Bundesrepublik genauso wie in den südlichen Ländern. Er liegt bei etwa 15 % bis 18 %, in dieser Größenordnung. Das sind sehr, sehr wenige. Die Zahlen, die man daraus ableiten könnte, geben keine Begründung dafür, warum es mit der Organspende in Spanien und sogar in Italien besser bestellt ist als in Deutschland. Die Antwort kann man daraus nicht holen.

Es ist natürlich schon so, dass es in diesem Bereich notwendig ist – ich komme da jetzt noch einmal auf Herrn Dr. Wunder zu sprechen –, dass wir eine intensive Aufklärung betreiben. Im Transplantationsgesetz steht, dass man aufgefordert wird, eine Erklärung zur Organspende abzugeben. Wenn Sie mich als Vorstand der DSO fragen, dann würde ich sagen, dass ich natürlich auch sehr hoffe, dass die Menschen eine Erklärung für die Organspende abgeben. Nur dann können wir der Verpflichtung nachkommen und der gesetzlichen Aufgabe oder, sagen wir, der vertraglichen Aufgabe nachkommen, die wir haben. Deshalb mein Votum dafür, dass man eben in der Diskussion einfach diese vertragliche Aufgabe, die wir haben, auch einmal wahrnimmt und ernst nimmt.

Frau Riedel, vielen Dank für den Hinweis. Wir sind tatsächlich, so wie ich es verstanden habe, auf Grund der Einladung hierher gekommen, um darüber nachzudenken, wie denn der Vollzug des Gesetzes ist. Wie können wir es erreichen, dass wir mehr Organspender haben? Deshalb meine ich schon, dass es wichtig ist, dass wir eben diese Frage der Aufklärung mitdiskutieren und sagen: „Ja, wir müssen mehr Aufklärung betreiben, aber schon mit einem klaren Ziel.“ Es nützt eben nichts, wenn man einfach, wie ich das vorhin schon gesagt habe, in die Beliebigkeit hineingeht, sondern es geht darum – Herr Prof. Dr. Bein hat das Thema als Erster angesprochen – Vertrauen zu schaffen. Zumindest ich habe in meinem ärztlichen Beruf gelernt, dass ich Vertrauen dann schaffe, wenn ich mit den Leuten rede, wenn ich mit ihnen vernünftige Aufklärung betreibe. Aber ich weiß, es gibt in der modernen Medizin Grenzen der Aufklärung. Ich kann niemanden heute über die fünfte Form der onkologischen Therapie oder sonstige Unterschiede, Operationen versus sonst etwas, aufklären. Da wollen viele Menschen auch einen Rat haben, und diesen Rat sollten wir ihnen geben. Das ist der Gedanke, der für mich in diesem Zusammenhang eine ganz große Rolle spielt. Wir sollten den Leuten sagen, was Hirntod ist, was dahinter steht und was das für Leute auf der Warteliste sind. All dieses sollten wir den Leuten schon klarmachen. Ihr Votum, dass man sozusagen einen unabhängigen Dritten dazuholt, das ist schön und gut, das haben wir im Bereich der Lebendspende auch schon diskutiert, nur – ich bitte um Entschuldigung – ich habe noch keinen Ethiker gesehen, der nachts um drei Uhr aufsteht, um diese Gespräche zu führen. Das wird auch an der Praxis letztlich vorbeilaufen.

Nun zu der Frage von Herrn Dr. Wodarg bezüglich der Handtransplantation. Die Entnahme einer Hand erfordert selbstverständlich eine gesetzliche Aufklärung. Man muss aber bedenken, es gibt in der Handtransplantation weltweit derzeit nur zwei Fälle. Einer ist vollkommen fehlgeschlagen, der andere ist nach dem aktuellen Stand sehr problematisch. Selbstverständlich wird man eine spezielle Aufklärung brauchen. Es betrifft aber nicht den Bereich der Organe, sondern es betrifft den Bereich der Gewebespende. Zur Gewebespende wird man sich ohnehin, wie ich das vorhin schon gesagt habe, sehr genaue Gedanken machen müssen, wie man diese ansiedelt. Für mich z. B. macht es wenig Sinn, dass man, wenn ein Herz entnommen wird und es sich wider Erwarten herausstellt, dass dieses Herz zur Transplantation nicht geeignet ist, dann nicht mit der gleichen Einwilligung auch die Klappen nehmen dürfte. Es ist nun einmal so: Wenn jemand einer Herzentnahme zustimmt, dann kann man wohl zumindest davon ausgehen, dass er auch einer Klappenverwendung zugestimmt hätte, wenn sein Herz eben nicht geeignet ist. Insofern glaube ich, dass man sich im Rahmen des jetzigen Gesetzgebungsverfahrens zur Gewebespende einig werden muss, wie das geregelt werden kann.

Es ist nach der Kompetenz der Transplantationsbeauftragten gefragt worden. Ein sehr schwieriges Thema. Die Kompetenz der Transplantationsbeauftragten ist im bayerischen Gesetz relativ klar definiert und formuliert. Die meisten anderen Landesgesetze lassen das sehr im Vagen, so in dem Sinne wie bei einem Radiologiebeauftragten oder einem Beauftragten für die medizinische Geräteverordnung usw. Wir brauchen jemanden, der im Krankenhaus vor Ort in der Lage ist, das Thema unter den Kollegen, unter den Schwestern, unter allen dort Beteiligten wirklich kompetent zu vertreten. Das bedeutet, dass er aufgeklärt sein muss, dass er im Falle eines Falles als Ansprechpartner im Krankenhaus zur Verfügung steht und zwar auch für die von mir jetzt schon mehrfach geforderten Untersuchungen der Verstorbenen auf den Intensivstationen. Das ist genau die Aufgabe für den Beauftragten. Ich glaube, dann kann man ihn wirklich sehr, sehr zukunftsweisend in diesem Bereich einsetzen. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Kirste. Jetzt Frau Dr. Kalitzkus bitte.

**Expertin Dr. Vera Kalitzkus:** Auf die Frage von Frau Dr. Graumann: Studien über direkte Gesprächsführung und Ergebnisoffenheit in diesem Gespräch liegen mir nicht vor. Es kann aber gut sein, dass es sie gibt. Was belegt ist als wichtig für die Situation der Hinterbliebenen auf der Intensivstation, ist a) ein Vertrauensverhältnis zum Arzt – das hatten wir schon besprochen – und b) wie mit den Angehörigen umgegangen wird. Haben sie einen eigenen Raum, wo sie mit ihrer Trauer umgehen können? Wird ihnen auch Zeit zugestanden, sich mit der Problematik auseinander zu setzen? Was sich negativ auswirkt – und ich denke, das ist belegt – ist Zeitdruck und, wenn die Bedürfnisse der Angehörigen nicht berücksichtigt werden. Wenn diese beiden Punkte stimmen, dann sind gute Voraussetzungen geschaffen, um eine offene Entscheidungsfindung möglich zu machen.

Ich möchte jetzt noch einmal auf die Punkte „Beliebigkeit“ und „Ergebnisoffenheit“ eingehen. Ich denke, dass Beliebigkeit nicht mit Ergebnisoffenheit verwechselt werden darf. Ich kann sehr wohl eine sehr positive Einstellung zur Organspende haben und ein dringliches Bedürfnis, dass die Menschen zustimmen, und kann trotz allem ein Gespräch mit einer Haltung des Respekts und der Toleranz führen, so dass sich die Angehörigen wirklich mit jedweder Entscheidung, aus welchen Gründen auch immer, auch gegen eine Organspende, angenommen fühlen. Ich denke, beides ist miteinander vereinbar.

Zur Frage von Frau Riedel: Ich habe in meiner Untersuchung nur mit Menschen gesprochen, die einer Organspende von Hinterbliebenen zugestimmt haben, weil ausdrückliches Ziel dieser Studie war, das Erleben des Spendeprozesses, den Umgang mit der Organspende, zu

erheben. Das waren diejenigen, die sich bei mir auch gemeldet haben. Dazu ist noch zu sagen, dass diejenigen, die in dem Gespräch die Toleranz und Akzeptanz und das Vertrauen des Arztes hatten, sich also nicht gedrängt fühlten, im Nachhinein mit ihrer Entscheidung am besten klargekommen sind. Ich kann hier aber wirklich nur von Einzelfällen sprechen. Diejenigen, bei denen im Gespräch der Bezug zum Schicksal eines anderen Menschen hergestellt worden ist, haben zwar zugestimmt, weil sie – so war die Antwort an mich – in dem Moment, wo sie sich fragten: „Was passiert jetzt auf der anderen Seite? Stirbt da jetzt ein Mensch?“, nicht mehr überlegen konnten: „Kann ich das selber mittragen oder nicht?“ In dem Moment war ihnen unter diesem Druck eine freie Entscheidung nicht mehr möglich.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Frau Höchstetter und dann Herr Dr. Egger bitte.

**Expertin Renate Höchstetter:** Es wurde schon mehrfach die Schaffung von Transplantationsbeauftragten angesprochen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Einsetzung bietet aus unserer Sicht keine Gewähr für eine Verbesserung der Situation. Wenn sie die Daten nämlich adjustieren bezüglich der Krankenhausgröße, bezüglich der Intensivbetten, bezüglich der beatmeten Krankenhaufälle und bezüglich der Auslastungsquote, dann finden sie in den einzelnen Bundesländern kaum Unterschiede – bis auf ein Bundesland, was ich gerne zugebe – und sie sehen auch keine Unterschiede zwischen den Bundesländern mit Transplantationsbeauftragten und denen ohne Transplantationsbeauftragten. Die Organspende sollte vielmehr als Herzensangelegenheit aller auf den Intensivstationen Tätigen verstanden und mit Leben gefüllt werden. Insofern halten wir Transplantationsbeauftragte für entbehrlich.

Auch Sanktionen wurden heute bereits öfter angesprochen. Sanktionen sind aus unserer Sicht kein geeignetes Instrument in einem System, das auf Freiwilligkeit hinsichtlich der Organspende ausgerichtet ist, und würden sogar kontraproduktiv wirken. Eine weitere Regulierung, Kontrolle und Bürokratie in den Kliniken kann aus unserer Sicht nicht erfolgreich sein. Das Bewusstsein für den Organspendeprozess in einem motivierenden, nicht durch Kontrollen und Sanktionen geprägten Umfeld zu stärken, erscheint daher ratsam. Was wünschen wir uns? Eine verstärkte Beteiligung einiger Bundesländer, aber auch des Bundes, wäre wünschenswert. Beispielsweise könnten die Krankenhäuser und Ärzte, die sich sehr stark im Rahmen der Organspende engagieren, durch die Sozialministerinnen oder Sozialminister der Länder ausgezeichnet werden. Aber auch durch die Ehrung von Angehörigenverbänden würden diese ideelle Wertschätzung, gesellschaftliche Anerkennung und sehr großen Dank erfahren können. Wenn die einzelnen Landeskrankengesellschaften diese Forderung den jeweiligen Sozialministerien ihrer Länder nahe bringen, dann wird dies immer aus finan-

ziellen Gründen abgelehnt. Es gibt nur vier Länder, die das tatsächlich umsetzen. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Haverich musste leider wieder nach Hannover zurück, daher jetzt Herr Dr. Egger.

**Experte Dr. Bernhard Egger:** Herr Vorsitzender, zu Ihrer Frage: „Können die Kassen mehr tun?“ Ich denke, man kann immer mehr tun. Ich werde gerne die heutige Anhörung auch zum Anlass nehmen, noch einmal mit den verantwortlichen Verlagschefs und Marketingleitern zu besprechen, wann oder auch in welcher Form man in den Mitgliederzeitschriften wieder eine entsprechende Information einbringen kann – denn man muss da am Ball bleiben. Es reicht nicht, das einmal zu machen, man muss es immer wieder machen. Die Auflagenhöhe der Mitgliederzeitschriften bei der AOK liegt je nach Altergruppe im zweistelligen Millionenbereich. Man kann da schon etwas bewegen. Wir haben das auch gemacht und wir werden das weiter machen.

Dieser Satz, der in der Stellungnahme steht, dass wir eine Verwaltungskostendeckelung haben, zielt in eine andere Richtung. Wir erleben es, dass mangels Geldes in anderen Bereichen, etwa bei der BZgA, auch was konkret Kampagnen angeht, im Zweifelsfalle alle immer auf die Kassen blicken und wir natürlich die Position einnehmen: Wir informieren über unsere Medien unsere Versicherten. Da sind wir in der Pflicht, das machen wir auch. Es kann aber eigentlich nicht unsere Aufgabe sein, die bundesweiten Kampagnen zu übernehmen, die nach unserem Verständnis und auch im Gesetz, was die Verantwortlichkeiten angeht, eigentlich in die Zuständigkeit der öffentlichen Hand fallen. Ich bitte Sie das so zu verstehen, was wir da in unsere Antwort mit aufgenommen haben. Aber wir wollen uns unserer Verantwortung in dem Bereich nicht entziehen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Herr Prof. Dr. Briegel. Als Letzter dann Herr Prof. Dr. Bein bitte.

**Experte Prof. Dr. Josef Briegel:** Ich möchte zunächst noch einmal auf das Statement von Frau Riedel hinweisen: Ziel dieser Anhörung ist es, die Ausführung des Transplantationsgesetzes zu verbessern. Der Punkt, den ich hier machen wollte, ist, dass ich das Gesetz gut formuliert finde. Was wir erreichen müssen, ist, dass die Meldepflicht, die im Gesetz formuliert ist, auch tatsächlich ausgeführt wird. Das ist eben nicht der Fall. Insofern glaube ich, dass die Transplantationsbeauftragten durchaus eine Rolle spielen. Ich meine nur, man

müsste sie auch mit Kompetenzen ausstatten und nicht nur mit Pflichten. Wie man das macht, darüber kann man diskutieren. Ich fände es z. B. durchaus probat, den Transplantationsbeauftragten in die Direktion eines Krankenhauses zu integrieren. Er muss auch gewisse Instrumente an der Hand haben, um z. B. auch Plausibilitätskontrollen durchführen zu können. All das kann der Transplantationsbeauftragte im Moment nicht, weil wir nicht einmal die Daten dazu haben. Man müsste in Deutschland eine Prävalenzstudie durchführen – und zwar am besten prospektiv –, um überhaupt einmal zu wissen, wie viele Patienten bei uns in Deutschland am Hirntod versterben. Wir wissen es nicht.

Dann schließlich zu Ihrer Frage, Herr Dr. Wodarg, zur Vermittlung des Hirntodes: Grundsätzlich ist es so, dass für mich die Überbringung der Todesnachricht und die Frage nach der Organspende zwei vollkommen verschiedene Dinge sind, die ich auch immer trenne. Ich würde es nie fertig bringen, das in einem Gespräch zu integrieren. Ich habe es aber einmal erlebt, als begleitender Freund einer Bekannten, dass das passiert ist. Ich habe durchaus den Eindruck, dass man den Hirntod als den Tod des Menschen vermitteln kann, wenn man sich die entsprechende Zeit dazu nimmt und den Angehörigen auch erklärt, was beispielsweise passieren würde, wenn man jetzt alles, was an intensivtherapeutischen Maßnahmen angesetzt ist, so weiter laufen lassen würde, wie sich der Organismus des toten Patienten dann weiter entwickeln würde. Das kann man durchaus erklären. Meine Erfahrung ist, dass der Hirntod von den Angehörigen durchaus akzeptiert wird, auch von denen, die sich mit dieser Thematik noch nicht auseinander gesetzt haben. Die Frage nach der Organspende muss man davon grundsätzlich trennen. Ideal ist es, wenn eine Nacht dazwischen liegt. Manchmal hat man das Glück, dass man das so organisieren kann. Ich gebe auch noch eines zu bedenken, was ich für ganz wichtig halte: Der Hirntod des Patienten gibt den Angehörigen auch die Möglichkeit, nochmals Abschied zu nehmen von dem verstorbenen Patienten. Das ist etwas, was eigentlich immer in Anspruch genommen wird und was auch sehr wichtig ist in meinen Augen. Insofern sehe ich eigentlich kein Problem, den Hirntod den Angehörigen zu vermitteln. Das ist zwar mit Mühe verbunden, aber man kann es wirklich glaubhaft vermitteln, und man kann eben das Vertrauen, dass man mit den ersten therapeutischen Maßnahmen aufgebaut hat, im Gespräch mit den Angehörigen auch sinnvoll nutzen. Die Frage nach der Organspende ist vollkommen getrennt davon.

Schließlich zur Frage von Herrn Röspel zum Stress auf der Intensivstation. Hierzu möchte ich nur eines sagen: Ich habe natürlich auch in der Vorbereitung für diese Anhörung auf meiner Station noch einmal unsere Pflegekräfte gefragt, ganz gezielt: „Was belastet Euch am meisten bei der Betreuung von hirntoten Patienten?“, und die Antwort war unisono: „die Angehörigen“. Es ist nicht die Pflege der Patienten, es ist auch nicht die Pflege des hirntoten Patienten, sondern es ist die Führung und die Betreuung der Angehörigen in dieser extre-

men Ausnahmesituation. Ich meine, dass man in dieser Hinsicht sicher mehr Unterstützung auch von Externen in die Arbeit der Intensivstation einbinden könnte. Wir haben das Glück, dass wir einen sehr engagierten Seelsorger haben in unserem Klinikum, der sich hier einbringt, aber da sind sicher auch andere Möglichkeiten denkbar.

Eine Bemerkung wollte ich mir doch noch erlauben zum Ost-West-Unterschied: Ich habe es in der Grafik so dargestellt, weil ich selbst so überrascht war davon. Aber ich meine, es gibt wohl doch Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern und die liegen auf der Hand, die kennen wir alle. Das sind 40 Jahre DDR. Das ist ein wesentlich geringerer Anteil von Bürgern, die einer Kirche angehören, und es ist auch eine schlechtere wirtschaftliche Situation der Menschen dort. Ich will das nicht weiter interpretieren, aber gerade vor diesem Hintergrund finde ich bemerkenswert, dass es – im Vergleich zu den alten Bundesländern – gelingt, in dieser Situation die Bereitschaft zur Organspende zu fördern. Deswegen wollte ich das hier herausstellen. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Briegel. Herr Prof. Dr. Bein bitte.

**Experte Prof. Dr. Thomas Bein:** Herr Röspel, Sie haben nach der Ausbildung gefragt. Die neue Approbationsordnung für Ärzte sieht mittlerweile zwingend eine Unterrichtung der Studenten in den Fragen Hirntoddiagnostik und Organspende vor. Dafür sind wir dankbar. Ich halte diese Vorlesung bei den Studenten. Das ist sozusagen besser als nichts, das baut zumindest einmal einen Aspekt in die Grundausbildung der Studenten ein, so dass sie schon einmal etwas davon gehört haben. Letztlich, glaube ich, sollte man es nicht dabei belassen. Diese Frage muss ein kontinuierlicher Prozess sein. Ich hätte drei konkrete Vorschläge, die ich für so wichtig halte, dass wir mit diesen hier herausgehen sollten.

Meiner Ansicht nach sollte die Enquete-Kommission der Bundesärztekammer oder dem Deutschen Ärztetag einen konkreten Vorschlag machen oder eine Aufforderung an diese richten, dass man das Thema Hirntod und Organspende in die Ausbildung von Assistenzärzten aller Fachbereiche oder zumindest derjenigen verbindlich einbaut, die mit Intensivmedizin im weitesten Sinne zu tun haben. Es ist wichtig, dass man darüber auch zum Facharzt geprüft wird. Das wäre meiner Ansicht nach schon ein wesentlicher Schritt der Kompetenzerweiterung. Chirurgen, Anästhesisten, Internisten sollten während ihrer Facharztausbildung so damit konfrontiert werden, dass sie es auch lernen müssen. Ein Schwachpunkt ist, dass dieses Thema leider ein vollkommenes Schattendasein in der Ausbildung der Pflegekräfte führt. Da ist zum einen die Vorstellung: „Ja, mit dem Hirntod, das machen sowieso die Ärzte. Das müssen und sollen wir vielleicht nicht können.“ Das ist die berühmte Kompetenztren-

nung zwischen Pflegenden und Ärzten. Ich glaube, dass man hier alte Trennungen überwinden muss, gerade in der Intensivmedizin. Die Intensivmedizin ist nur erfolgreich, wenn sie als Team arbeitet und wenn beide bzw. alle Berufsgruppen, die dort arbeiten, gleich kompetent sind. Sie haben andere Aufgabenschwerpunkte, aber die Zeiten, wo die Pflegekräfte nur Erfüllungsgehilfen der Ärzte waren und ihre Anweisungen befolgt haben, sind endgültig vorbei, und das ist auch gut so. Wir brauchen – und da müsste man sicherlich Kontakt zum Bundesverband der Pflegekräfte aufnehmen – einfach mehr Raum für Hirntod und Organspende in der Ausbildung von Pflegekräften. Ich denke, das ist ein ganz konkreter Vorschlag, den ich hier machen würde. Auf ihre Frage mit der Approbationsordnung: Es ist ein Anfang gemacht worden, aber das kann wirklich nur als Anfang verstanden werden.

Herr Dr. Wodarg hatte noch einmal das Thema Vertrauen angesprochen. Ich habe jetzt in der Zwischenzeit überlegt: „Wie entsteht Vertrauen?“ Ich denke, Vertrauen besteht aus drei Komponenten, nämlich aus Kompetenz, aus Authentizität – ich vertraue jemandem, dem ich gegenüberstehe, der mir echt erscheint oder den ich für echt halte – und auch aus einem gewissen Einfühlungsvermögen. Die Kompetenz können wir vermitteln, die kann man lernen, die Authentizität kann man leider nicht durch Kurse beibringen, aber die kann man vielleicht versuchen, sich im Laufe der Jahre als Mediziner zu bewahren, und auch das Einfühlungsvermögen ist eine Eigenschaft, die man auch als jahrzehntelanger Intensivmediziner nicht unbedingt verlieren sollte.

Heftig widersprechen möchte ich an dieser Stelle noch Frau Höchstetter, die gesagt hat: „Die Organspende auf der Intensivstation ist eine Herzensangelegenheit.“ Ich glaube im Gegenteil, dass es eine Kompetenzangelegenheit ist. Die Herzensangelegenheit allein hilft uns nichts. Sie haben aus meinen Daten hier und unserer Umfrage auf der Intensivstation gesehen, dass es eben bei Pflegekräften und bei Ärzten allein auch nicht hilft, zu sagen: „Ich stehe hinter der Organspende.“, sondern dass diese wirklich ausgiebig und immer wieder unterrichtet werden müssen. Wenn Sie sich vorstellen, dass das Personal auf einer Intensivstation einmal im Jahr etwa zu 50 % wegfällt, weil die Assistenzärzte ausgetauscht werden, weil die Pflegekräfte z. T. wieder gehen, heiraten, anderswo hingehen usw., dann muss praktisch eine regelmäßige kompetente Vermittlung dieses Inhaltes immer und immer wieder erfolgen. Es ist keine Herzensangelegenheit, sondern – ich muss das noch einmal als ganz klares Credo sagen – es ist eine Kompetenzangelegenheit, eine ganz, ganz starke Kompetenzangelegenheit.

Deswegen komme ich zu meinem letzten Punkt, zur Frage von Frau Voßhoff zum Transplantationsbeauftragten. Ich gebe ein ganz deutliches und klares Credo dazu ab, die Funktion des Transplantationsbeauftragten in jeder Klinik, die eine Intensivstation hat, so zu implementieren, wie es der Kollege Prof. Dr. Briegel schon vorgeschlagen hat, mit einer ganz,

ganz klaren Kompetenzausstattung und Anbindung an die Verwaltungsdirektion und an die ärztliche Leitung. Ich gebe Ihnen auch hierfür wieder einen kleinen Fallbericht. Wie jedes Krankenhaus hatten auch wir sehr starke Probleme mit multiresistenten Erregern. Wir hatten bei uns im Universitätsklinikum Regensburg einen erheblichen Mangel an Hygienesdisziplin zu beklagen. Trotz der Vorschriften der Hygienekommission sind Ärzte zu den einzelnen Patienten herangegangen in ihren Kitteln, von denen sie wussten, dass sie evtl. resistente Keime tragen, also ohne sich z. B. grüne Kittel überzuziehen. Was war die Folge? Das Direktorium hat beschlossen, eine Hygienefachkraft einzustellen, die direkt dem ärztlichen Direktor unterstellt ist und die auch die Befugnisse hat, weit reichende Sanktionen zu verhängen gegenüber allen, denen sie begegnet, die die Vorschriften der Hygienekommission nicht umsetzen. Das hat wirklich zu einem drastischen Rückgang von multiresistenten Erregern an unserem Klinikum geführt, was ganz, ganz erheblich Geld gespart hat.

Ich bin also ganz stark für eine Einführung von Transplantationsbeauftragten, die auf allen Ebenen die Belange von Hirntod und Organspende vertreten und Aktivitäten koordinieren. Denken Sie daran, dass z. B. eine Zustimmung zur Organspende gegeben worden ist: Dann geht es weiter, dann muss der Patient irgendwann in den OP. Zu diesem Zeitpunkt kommen natürlich wieder andere Operateure und sagen, sie hätten jetzt hier auch noch etwas zu operieren, und das kann sich z. T. – Kollege Prof. Dr. Briegel wird das bestätigen – bis tief in die Nacht hineinziehen. Da brauchen wir dann jemanden, der auch einmal sagt: „So, jetzt kommt der Organspender in den OP und alle anderen OP's werden jetzt erst einmal verschoben.“ Es geht um solche Dinge, und es geht um Ausbildung. Ich möchte hier noch einmal drei konkrete Vorschläge machen. Erstens, dass wir Hirntod und Organspende, was die Ausbildung angeht, noch stärker in die Approbationsordnung implementieren, aber auch in die Facharzt-ausbildung aller Kollegen, die mit diesem Thema auf Intensivstationen arbeiten könnten. Zweitens, dass wir den Transplantationsbeauftragten mehr stärken und, für alle Bundesländer praktisch verpflichtend, in den Ausführungsgesetzen mit starken Kompetenzen ausstatten. Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. Wir sind am Ende unserer heutigen Anhörung. Fast eine „Punktlandung“. Wir haben etwas weniger über Ethik und Recht gesprochen und uns dafür aber eine Menge an Erfahrungsberichten angehört. Das war auch der Sinn der Sache. Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Beiträge, die Sie geliefert haben, für die offenen Positionen, das gehört schlicht und einfach dazu. Wir werden das als Kommission auswerten bzw. unsere Themengruppe, die auch die Anhörung vorbereitet hat. In erster Linie ist der Dank an Herrn Prof. Dr. Geisler und Frau Klöckner zu richten, die die Anhörung im Wesentlichen vorbereitet haben. Die Parlamentarier werden sicherlich soweit möglich einiges auch in das parlamenta-

rische Verfahren mitnehmen. Einige Probleme werden wir sicherlich nicht lösen können. Ich warte persönlich, wie vielleicht viele Kollegen, gespannt auf weitere Ergebnisse, was die regionalen Unterschiede anbelangt. Ein paar Punkte werden wir gerne in die nächste Förderalismuskommission geben, allerdings sind wir, was das anbelangt, etwas gebremst im Optimismus. Ich danke Ihnen, den Expertinnen und Experten, ganz herzlich für Ihr Erscheinen, danke den Gästen, dass sie fünf Stunden lang ausgehalten haben, und wünsche Ihnen einen guten Heimweg. Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg und einen schönen Tag.

Ende der Sitzung: 16.00 Uhr

René Röspel

**Verzeichnis der Anlagen:**

- Anlage Nr. 1: Liste der eingeladenen Expertinnen und Experten
- Anlage Nr. 2: Fragenkatalog
- Anlage Nr. 3: Präsentation von Prof. Dr. Thomas Bein
- Anlage Nr. 4: Präsentation von Prof. Dr. Josef Briegel
- Anlage Nr. 5: Präsentation von Dr. Vera Kalitzkus
- Anlage Nr. 6: Präsentation von Prof. Dr. Günter Kirste
- Anlage Nr. 7: Präsentation von Claudia Kotter
- Anlage Nr. 8: Präsentation von Dr. Claus Wesslau