

Deutscher Bundestag  
Sekretariat der Enquete-Kommission  
„Ethik und Recht in der modernen Medizin“  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Sonntag, 6. März 2005

**Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“**  
**Thema: „Organisation der postmortalen Organspende in Deutschland**  
**Öffentliche Anhörung am 14.03.2005**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Herr René Röspe, MdB, hat mich gebeten, aus der Sicht eines Transplantationsbeauftragten den Fragenkatalog zur o.g. Anhörung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ zu beantworten. Als Anästhesist und Intensivmediziner beschäftige ich mich seit mehr als 15 Jahren mit Thematiken der Transplantationsmedizin. Von 1994 bis 2000 war ich als Oberarzt einer operativ-interdisziplinären Intensivstation im Klinikum Großhadern zuständig für die Intensivtherapie nach Organtransplantation (Lungen-, Herz-Lungen- und Lebertransplantationen). Im Jahre 2000 wechselte ich in den Bereich der Neuroanesthesiologie, die in Kooperation eine neurochirurgische Intensivstation führt. Aus meinem beruflichen Werdegang sind mir vielfältige Aspekte der postmortalen Organspende einerseits und der Transplantationsmedizin andererseits vertraut. Seit dem Jahre 2002 bin als Transplantationsbeauftragter am Klinikum der Universität München tätig. Im Folgenden finden Sie meine Stellungnahme.

## **1. Grundlagen**

### **1.1. Gibt es Defizite im aktuellen Transplantationsgesetz und Mängel beim Gesetzesvollzug. Welches sind diese und was ist nachbesserungswürdig?**

Aus meiner Sicht als Transplantationsbeauftragter erkenne ich Mängel im Gesetzesvollzug. Im TPG ist eine Meldepflicht aller potenzieller Organspender (§11 Abs. 4 TPG und §9 Abs. 1.1 AGTTG Landesgesetz Bayern) vorgesehen, der in der Praxis allerdings nur unzureichend nachgekommen wird. So melden beispielsweise Krankenhäuser der maximalen



Versorgungsstufe mit einem ähnlichen Leistungsprofil in unterschiedlicher aber konsistenter Häufigkeit Patienten, die am Hirntod verstorben sind. Diese Unterschiede sind nicht plausibel. Im TPG ist weder eine Sanktionierung noch eine Belohnung für die Meldung von Patienten, die am Hirntod verstorben sind, vorgesehen.

Aus meiner Sicht als Intensivmediziner muss ich feststellen, dass die Organentnahme mit Zustimmung anderer Personen (§4 Abs. 1-4 TPG) von den Angehörigen eine Entscheidung abverlangt, die diese in aller Regel psychisch überfordert. Die Angehörigen müssen in einer für sie belastenden Situation eine Entscheidung treffen, die der Verstorbene selbst zu Lebzeiten nicht treffen wollte oder die zumindest nicht dokumentiert wurde. Der Zweifel der Angehörigen in dieser Frage führt häufig zur Ablehnung der Organspende. Sicherlich hat der Gesetzgeber die Organentnahme mit Zustimmung anderer Personen als „zweitbeste“ Lösung in das Gesetz implementiert, in der Hoffnung, dass viele Bürger zu Lebzeiten ihren Willen für oder gegen eine Organspende schriftlich bekunden. Jedoch lehrt die Erfahrung, dass lediglich 10 % aller Bürger einen Organspendeausweis besitzen, obwohl 80% die Organspende befürworten.

## **1.2 Sind die bestehenden Ausführungsgesetze der Bundesländer überarbeitungsbedürftig bzw. optimierbar?**

In Bayern hat die Einsetzung eines Transplantationsbeauftragten in Kliniken mit Intensivstationen einen Ansprechpartner für die behandelnden Ärzte geschaffen. Um diese Funktion effektiv auszufüllen, ist der Transplantationsbeauftragte gerade in Kliniken der Maximalversorgung auf die Mitarbeit seiner Kollegen angewiesen. Nach meiner Einschätzung ist diese Bereitschaft zur Mitarbeit in den einzelnen Krankenhäusern sehr unterschiedlich. Wünschenswert wäre eine Anbindung dieser Funktion an die ärztliche Direktion, damit interdisziplinär, aber auch von Seiten der Krankenhausleitung direkte Maßnahmen zur Förderung der Organspende ergriffen werden können.

## **1.3 Woran liegt es, dass Deutschland im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern ein geringeres Organspendeaufkommen pro 1 Million Einwohner hat?**

Sicherlich ist die Widerspruchslösung in anderen europäischen Nachbarländern mit einer höheren Zahl realisierter Organspenden verbunden. Aber auch Mittel, die für Öffentlichkeitsarbeit und für die Fortbildung von Ärzten und Pflegenden bereitgestellt werden, spielen eine bedeutende Rolle. Diese fördernde Maßnahmen sollten nach meiner Einschätzung gezielt an Schwerpunktkrankenhäusern und an Krankenhäusern der Maximalversorgung eingesetzt werden.

## **1.4 Was sind die Gründe, dass das Spendeaufkommen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägt ist? Gibt es Erkenntnisse, dass dies mit einer unterschiedlichen Organspendebereitschaft zusammenhängt?**

Epidemiologische Daten über den Hirntod in Deutschland liegen nicht vor. Diese könnten beispielsweise in einer Prävalenzstudie (Zahle der Patienten mit Hirntod an einem Stichtag in repräsentativ ausgewählten Intensivstationen in Deutschland) näherungsweise erfasst werden. Eine solche Studie könnte auch genutzt werden, um die reelle Ablehnungsquote zu dokumentieren und deren Hintergründe zu analysieren. Sicherlich spielen auch strukturelle Unterschiede in den einzelnen Bundesländern (Flächenstaat vs. Stadtstaat, überwiegende Versorgung in Schwerpunktkrankenhäusern vs. zergliederte Krankenhausversorgungsstruktur) eine Rolle.

## **2. Aufklärung- und Öffentlichkeitsarbeit**

### **2.1. Welche Vorbehalte gegen die Organspende (Todeskriterium, Integrität des Körpers etc.) sind in der Öffentlichkeit vorhanden und wie kann man diese berücksichtigen bzw. entkräften? Gibt es dazu Erhebungen und Forschungen? Sind zusätzliche Erhebungen und Forschungen sinnvoll?**

Der Hirntod als Tod des Menschen wird von vielen Angehörigen nach meiner Erfahrung sehr wohl akzeptiert. Allerdings ist für die Angehörigen die Integrität des Körpers des Verstorbenen von hoher Bedeutung. Die Gründe hierfür sind im religiösen Bereich zu suchen. Obwohl die christlichen Kirchen wie auch der Islam sich positiv zur Organspende stellen, ist die Vorstellung der gestörten Totenruhe immer wieder ein Thema bei Gesprächen mit den Angehörigen. Erhebungen und Forschungen zu diesem Fragenkomplex sind daher sinnvoll und notwendig.

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

Nach meiner Einschätzung liegt die Ablehnungsrate zwischen 50% und 70%. Häufigster Grund für eine Zustimmung durch Angehörige ist der (meist mutmaßliche und selten erklärte) Wille des Verstorbenen, anderen kranken Menschen helfen zu wollen. Die Ablehnungsgründe sind vielfältig. Unsicherheit über den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen führt nach meiner Erfahrung am häufigsten zu Ablehnung. Natürlich beeinflusst die Form des Gespräches, das Intensivmediziner und Angehörige führen, die Entscheidung. Eine einfühlsame Gesprächsführung ohne Zeitdruck in einer abgeschirmten Umgebung wird leider nicht immer erreicht. Hier würde Hilfe durch qualifizierte Dritte (Geistliche, Psychologen, Angehörige von Organspendern) das Team auf der Intensivstation entscheidend unterstützen.

### **2.3. Welche Erfahrungen wurden mit den Aufklärungs- und Betreuungsprogrammen für Angehörige gemacht?**

Derartige Programme für Angehörige sind in Bayern in Vorbereitung. Die bisherigen Erfahrungen mit den EDHEP-Seminare (European Donor Hospital Education Programme) für Ärzte und Pflegenden, die von der DSO angeboten werden, sind durchwegs sehr gut. Sie geben Hilfestellung im Umgang mit trauernden Angehörigen. Derartige Programme müssen immer wieder angeboten und durchgeführt werden, da auf Intensivstationen der Wechsel von Ärzten und Pflegenden auf Grund der belastenden Tätigkeit naturgemäß hoch ist.

### **2.4. Sind die Maßnahmen und Projekte, die die Organspendebereitschaft der Bevölkerung erhöhen sollen, geeignet?**

Nach meiner Beobachtung wird die Thematik der Organspende im alltäglichen Leben unzureichend diskutiert. Eine persönliche Meinungsbildung findet häufig nicht statt. In jedem Fall sollten die Schulen gezielt in die Aufklärungsarbeit eingebunden werden. Lehrer und andere Unterrichtende sind Multiplikatoren im Prozess der Meinungsbildung. In Bayern hat daher das Sozialministerium in Zusammenarbeit mit der DSO diese Thematik gezielt in Lehrerfortbildungen positioniert. Darüber hinaus sollten aber auch Fahrschulen und Einrichtungen der Erwachsenenbildung in derartige Fortbildungsmaßnahmen eingebunden werden.

## **2.5. Welche Erkenntnisse liegen Ihnen über die Qualität der Beratung Spendewilliger vor Unterzeichnung des Spenderausweises vor?**

Derartige Beratungen kenne ich nicht.

## **2.6. und 2.7. Gesundheitliche Aufklärung: Zusammenarbeit der Bundesländer, der Krankenkassen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) laut TPG. Modellprojekt „Streetwork Organspende“.**

Mir sind nur Einzelmaßnahmen der einzelnen Institutionen bekannt, die aller Wahrscheinlichkeit nach keine substantiellen Veränderungen herbeiführen können. Eine bessere Abstimmung bzw. eine koordinierte Kampagne mit entsprechendem Wiedererkennungswert wäre daher wünschenswert. Es muss erreicht werden, dass sich jeder einzelne Bürger gedanklich mit der Frage nach der Bereitschaft zur Organspende auseinandersetzt hat und das Ergebnis (zumindest mündlich seinen Angehörigen gegenüber) auch erklärt.

## **2.8. und 2.9. Arbeit und Koordinierung von Selbsthilfegruppen**

Die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen sind hilfreich und sollten in eine Gesamtstrategie der gesundheitlichen Aufklärung eingebunden werden. In dem Klinikum, in dem ich tätig bin, betreut eine Selbsthilfegruppe zusammen mit der DSO und dem Landesministerium einen Informationsstand.

## **2.10 Informieren Krankenkassen ihre Versicherten regelmäßig über das Thema Organspende und Transplantation?**

Als Versicherungsnehmer sind mir derartige Aktivitäten meiner Krankenkasse nicht bekannt.

## **2.11 Dokumentation der Zustimmung oder Ablehnung einer potenziellen Organspende auf einer Versicherungskarte?**

Die Art der Dokumentation des Willens zur Organspende ist nicht entscheidend. Entscheidend wäre, dass jeder Versicherungsnehmer zu Lebzeiten seine Willen bekunden müsste. Diese Verpflichtung ist aber im TPG nicht enthalten.

## **3. Zur Arbeit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)**

### **3.2 Wie unterstützt die DSO die Arbeit der einzelnen Krankenhäuser und Transplantationszentren bei der Gemeinschaftsaufgabe? Besteht hier Verbesserungsbedarf.**

Die DSO veranstaltet in Bayern Fortbildungen in Krankenhäusern und berät Krankenhäuser bei der Organisation der Organspende. Ärztliche Koordinatoren der DSO unterstützen den gesamten Organisationsablauf vom Hirntod bis zur Versorgung des Leichnams. Hilfreich wäre eine direkte Unterstützung in den einzelnen Krankenhäuser durch zusätzliche Pflegekräfte, da zunehmend mit knappen personellen Ressourcen in den Krankenhäusern zu rechnen ist.

### **3.4 Welche Weiterbildungsprogramme hat die DSO entwickelt, um die Klinikmitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal etc.) sowie Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen regelmäßig und umfassend fortzubilden?**

Meine persönlichen Erfahrungen mit Kommunikationsseminaren zum Umgang mit trauernden Angehörigen, die von der DSO in Bayern angeboten werden, sind durchwegs gut. Die DSO bietet in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sozialministerium Veranstaltungen an, in denen Ärzte und Pflegenden über medizinische und emotionale Schwierigkeiten bei der Durchführung der Organspende berichten können. Für die Selbsthilfegruppen gibt es ebenfalls Fortbildungsveranstaltungen.

## **4. Zur Mitwirkung der Krankenhäuser**

### **4.1. Woran liegt es, dass bundesweit nur 40% der Krankenhäuser mit Intensivstationen an der Gemeinschaftsaufgabe Organspende beteiligt waren?**

Patienten mit primärer Hirnschädigung werden sehr häufig Schwerpunktkrankenhäuser und Kliniken der Maximalversorgung zugewiesen. Deshalb wird an diesen Häusern vermutlich häufiger der Hirntod festgestellt. Allerdings liegen keine Daten zu dieser Fragestellung vor. Diese könnten im Rahmen einer Prävalenzstudie zum Hirntod gewonnen werden (s. 1.vv).

### **4.2 Was sind die Ursachen für nicht erfolgte Meldungen potenzieller Organspender in Krankenhäusern?**

Die Realisierung einer Organspende erfordert Zeit, Wissen und die ideelle Bereitschaft, die Transplantationsmedizin zu unterstützen. In vielen Fällen scheuen Intensivmediziner das emotional belastende und zeitaufwändige Gespräch mit den Angehörigen. Zu verlockend ist es, eine Ablehnung zu dokumentieren, die inhaltlich nicht hinterfragt werden wird. Hinzu kommen immer häufiger organisatorische Zwänge, wie mangelnde Kapazitäten an Intensivbetten und Operationstischen. Immer stärker spielen insbesondere wirtschaftliche Überlegungen beim Prozess der Meldung potenzieller Organspender eine Rolle. Die Realisierung einer Organspende stört unter Umständen einzelne Prozesse im Krankenhaus erheblich (OP-Plan muss umgestellt werden, Operationen fallen aus, ein Intensivbett ist blockiert etc.). Die Ökonomisierung der Krankenhausmedizin (Einführung der DRGs, Verkürzung der Liegedauer etc.) wirkt sich hier deutlich zum Nachteil der Transplantationsmedizin aus.

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

Um die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser zur Mitteilung von potenziellen Organspender in sinnvoller Weise überprüfen zu können, müssten zunächst Daten zur Prävalenz des Hirntodes in Deutschland erhoben werden. Mit Hilfe solcher Daten lassen sich Plausibilitätskontrollen an einzelnen Krankenhäuser durchführen, die zumindest die Aufmerksamkeit für dieses Problem steigern würde. Sanktionen halte ich für nicht zielführend. Bemerkenswert finde ich in diesem Zusammenhang eine Studie aus Italien, in der berichtet wird, dass allein die retrospektive Analyse aller Todesfälle auf Intensivstationen zu einer Steigerung der Meldungen potenzieller Organspender während der Durchführung dieser Studie geführt hat (Prog. Transplant 2002;12:275). Das zeigt, dass bereits eine retrospektive Datenerhebung in Krankenhäuser eine fördernde Auswirkung auf die Meldung von potentiellen Organspendern haben kann.

#### **4.4 Bestehen Informationsdefizite z.B. hinsichtlich der Hirntodbestimmung und Organspende beim Klinikpersonal.**

Durch den hohen „turnover“ von Ärzten und Pflegepersonal entsteht regelmäßig ein Informationsdefizit, das nur durch kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen behoben werden kann. Die DSO leistet in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag.

#### **4.5 Finden regelmäßig Schulungen und Fortbildungen für das mit einer möglichen Organspende in Kontakt kommende Klinikpersonal statt?**

Die Qualität der Fortbildungen, wie sie von der DSO angeboten werden, ist hoch. Die Seminare sind gut strukturiert und werden für große Krankenhäuser regelmäßig angeboten. Die Teilnahme an derartigen Fortbildungen ist aber nicht verpflichtend. Hindernisse ergeben sich beispielsweise dadurch, dass die Fortbildungszeit nicht auf die Dienstzeit angerechnet wird. Häufig nehmen nur diejenigen Ärzte und Pflegekräfte teil, die ohnehin positiv zur Organspende stehen.

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

Die Kompetenzen eines Transplantationsbeauftragten sind limitiert, seine Wirkung dementsprechend gering. Er kann lediglich an seine Kollegen appellieren, sich positiv zur Organspende und zur Transplantationsmedizin insgesamt zu stellen. Mehr Kompetenzen und Freiräume mit Unterstützung der Klinikleitung könnten sich daher positiv auswirken.

#### **4.7 Gibt es Anhaltspunkte, dass in bestimmten Fällen hinter der Ablehnung von Spenderorganen durch ein Krankenhaus krankenhäuserinterne Auseinandersetzungen um Personal und Betten stehen, in denen Transplantationsabteilungen den Verzicht auf Transplantationen als Druckmittel gegenüber der Klinikleitung einsetzen?**

Dieser konkret geschilderte Fall ist mir bislang nicht bekannt geworden.

#### **4.8 Gibt es strukturelle und organisatorische Hinderungsgründe, um die Möglichkeiten postmortalen Organspende effektiv von Seiten der Krankenhäuser wahrnehmen zu können?**

Da die Intensivmedizin nach Einführung der DRGs unterfinanziert bleibt, wird das gegenwärtige Vergütungssystem sich nachteilig auf die postmortale Organspende auswirken. Patienten mit infauster Prognose blockieren Betten für (wirtschaftlich anzustrebende) Elektivpatienten. Darüber hinaus wird die zusätzliche Arbeit, die für die Organisation der postmortalen Organspende anfällt, nicht der jeweiligen Abteilung bzw. Klinik vergütet. Die Einnahmen aus der Transplantationspauschale müssten entsprechend allen Abteilungen, die am Prozess der Transplantation beteiligt sind, zur Verfügung gestellt werden.

#### **4.9 Wie hoch liegt schätzungsweise der Verlust potentieller Organspenden durch organisatorische Defizite oder aufgrund von Kapazitätsmängel?**

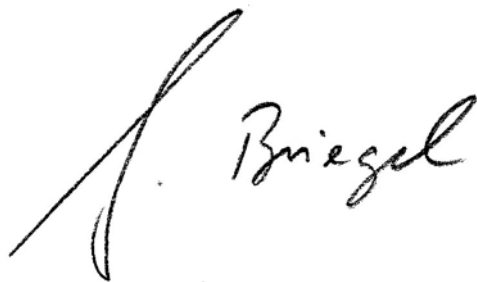
Dies lässt sich nur schwer abschätzen. Prinzipiell sollten bei uns in Deutschland Organspenden im gleichem Umfang realisierbar sein, wie es in europäischen Ländern mit Widerspruchslösung möglich ist.

#### **4.11 Welche Vergütungsmodelle könnten für den Mehraufwand bei der Organentnahme in Betracht gezogen werden, um die Motivation der mitwirkenden Krankenhäuser und Ärzte zu fördern?**

Die Realisierung einer Organspende ist immer eine Teamleistung einer Intensivstation bzw. einer Abteilung. Entsprechend sollte diese Leistung für das Team anerkannt werden, wobei hier unterschiedliche Modelle denkbar sind (Personalkostenerstattung für die Abteilung, individuelle Arbeitszeitkonten). Zuwendungen an Einzelpersonen halte ich persönlich im Zusammenhang mit der Realisierung von Organspenden für ungeeignet. In jedem Fall müssen aber auch Abteilungen des Krankenhauses, denen durch den Prozess der Organspende Nachteile entstehen (z.B. blockierte OP-Kapazitäten, belegte Intensivbetten), so entschädigt werden, dass sie in der krankenhausinternen Leistungsverrechnung nicht benachteiligt werden.

Ich hoffe, dass ich mit meinen Stellungnahmen zu Ihrer Meinungsbildung beitragen konnte und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized first letter 'J' followed by the name 'Briegel' in a cursive script.

Prof. Dr. Josef Briegel