

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
44. Sitzung

Berlin, den 08.06.2011, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

Öffentliche Anhörung

T a g e s o r d n u n g

Organspende - Block I

(ausschließlich zu den technischen/organisatorischen Aspekten)

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöller, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD)	13, 16
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)	16, 17, 18, 19, 20
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	26, 27, 29
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	12, 15, 32
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	21, 24, 25
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	6, 9, 31
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	25, 26, 28, 29
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)	23, 25
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	5, 10, 11, 30
Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	15, 16, 22, 24
Abg. Stefanie Vogelsang (CDU/CSU)	7
Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)	14, 32
Abg. Wolfgang Zöllner (CDU/CSU)	10
Die amtierende Vorsitzende	15
Die amtierende Vorsitzende, Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	15
Die Vorsitzende	5, 12, 20, 31, 33
Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	5
SV Axel Mertens (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	21
SV Dr. Axel Rahmel (Eurotransplant International Foundation)	11
SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband)	8, 10, 19, 20, 21, 24, 27, 28, 31, 32
SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	7, 12, 17, 18, 19, 25, 28
SV Joachim F. Linder (Lebertransplantierte Deutschland e.V.)	20, 24, 25, 30
SV Peter Gilmer (Bundesverband Niere e.V. (BN e.V.))	5, 8, 19, 30
SV Prof. Dr. Bernhard Banas (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG))	12, 31
SV Prof. Dr. Björn Nashan	16, 18, 20
SV Prof. Dr. Dr. Christian Dierks	6, 9, 32
SV Prof. Dr. Dr. h. c. Bruno Reichart	7, 10
SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO))	6, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 27, 29, 31, 32
SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer)	14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 28, 29, 30, 32
SV Prof. Dr. Heinrich Lang	21, 23
SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	10
SV Prof. Dr. Martin Strüber	9
SV Prof. Dr. Walter Schaffartzik	25, 26
SV Prof. Hartmut Schmidt (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI))	5
SVe Claudia Kotter (Junge Helden e.V.)	20, 31
SVe Nadja Komm	13

Beginn 14:20:29

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie herzlich zur Anhörung „Technisch-organisatorische Aspekte der Organspende“. Ich möchte mich auch im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen für die Verspätung entschuldigen. Die Befragung der Bundesregierung zu den EHEC-Infektionen hat länger gedauert als geplant. Ich begrüße die Vertreter der Bundesregierung, der Medien und alle interessierten Gäste und weise darauf hin, dass die Anhörung im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Bitte schalten Sie ihre Mobilfunkgeräte aus. Die Sachverständigen bitte ich, vor der Beantwortung einer Frage die Mikrofone anzuschalten und ihren Namen zu nennen. Ich erinnere daran, dass wir heute nur die technisch-organisatorischen Fragen der Organspende diskutieren. Die ethisch-rechtlichen Aspekte wie Widerspruchs- oder Einwilligungslösung werden in einer zweiten Anhörung besprochen. Die Fragezeit der Fraktionen ist in Kontingente aufgeteilt. Die Fraktion der CDU/CSU beginnt und hat das Fragerecht über 33 Minuten. Es folgen die Fraktionen der SPD mit 21 und der FDP mit 27, DIE LINKE. mit 22 und am Ende BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit 20 Minuten Fragerecht. In einer zweiten Runde haben nochmals die CDU/CSU-Fraktion über 34 Minuten und die SPD über 21 Minuten das Fragerecht. Ich bitte die Kolleginnen und Kollegen, möglichst nur eine Frage an maximal zwei Sachverständige zu stellen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich beginne mit Fragen zum Thema „Transplantationsbeauftragte“ und frage den Bundesverband Niere e.V., die Deutsche Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und die DSO. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass an den Entnahmekrankenhäusern Transplantationsbeauftragte verpflichtend installiert werden. Ist diese Regelung ausreichend, um die Zahl der Organspenden zu steigern oder erkennen Sie weiteren Verbesserungsbedarf?

SV **Peter Gilmer** (Bundesverband Niere e.V. (BN e.V.)): Zu dieser Frage haben wir eine Stellungnahme abgegeben. Wir begrüßen grundsätzlich die Umsetzung der EU-Richtlinie und die Verbesserung der Organisationsstrukturen. Allerdings glauben wir nicht, dass es dadurch zu vermehrten Organentnahmen oder Organspenden kommen wird. Wir möchten Sie aber bitten darauf zu achten, dass die Aufgaben der DSO als Koordinationsstelle und die Aufgaben des Transplantationsbeauftragten im Krankenhaus getrennt bleiben. Die Zuständigkeiten dürfen nicht vermengt werden.

SV **Prof. Hartmut Schmidt** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)): Die DIVI ist die Dachorganisation der Fachgesellschaften und Berufsverbände mit intensivmedizinischen und notfallmedizinischen Versorgungsaufgaben und ein entscheidendes Stellglied bei der Organspende, der Transplantationsmedizin und der Versorgung der Patienten. Wir sehen seit Jahren, dass es in den Krankenhäusern vor Ort Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Deshalb begrüßen wir die Inhouse-Koordinationsinitiative der DSO. Gleichzeitig haben wir aber Sorge, dass bei Patienten- oder Angehörigenkontakten des Transplantationskoordinators eine andere Gesprächssituation entsteht als beim betreuenden Arzt, da dieser den Patienten und die Angehörigen bereits kennt. Für uns steht die Professionalität des Transplantationsbeauftragten im Vordergrund. Es sollte jemand sein, der aus dem Team heraus innerhalb des Krankenhauses tätig ist. Eine Betreuung durch Koordinatoren stellt nach unserer Auffassung eine alternative Auslegung der jetzigen Gesetzesvorlage dar, was wir als problematisch ansehen. Dem Transplantationskoordinator könnte die Akzeptanz bei den Gesprächspartnern fehlen. Damit wollen wir aber nicht behaupten, dass die Unterstützung durch die DSO nicht wichtig sei. Wir sehen vielmehr eine Verunsicherung. Sie sollten für sich selbst die Frage beantworten, wen Sie bei diesem Gespräch als Ge-

sprächspartner erwarten würden. Ein weiterer Punkt ist, dass die Angehörigen durch eine Patientenverfügung ebenfalls verunsichert werden könnten. Der Bereich der Organspende wird in der Musterpatientenverfügung des Justizministeriums nicht unbedingt ausführlich und positiv dargestellt. Nach unserem Eindruck ist dies ein Grund, warum die Organspendebereitschaft teilweise schwankend, tendenziell sogar eher sinkend ist. Das Thema müsste in der Patientenverfügung besser herausgearbeitet werden, dann könnte möglicherweise die Organspendebereitschaft gesteigert werden. Ein weiterer wichtiger Punkt in den Verbesserungsvorschlägen liegt in der Regionalisierung der Organspende.

SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Die DSO begrüßt es, dass in § 9b des Gesetzesentwurfs die Stelle des Transplantationsbeauftragten in Entnahmekrankenhäusern vorgesehen ist. Allerdings ist eine stärkere Präzisierung des Aufgabengebiets erforderlich. Das bezieht sich insbesondere auf die Vorgaben der Nummern 2 und 3. Außerdem muss ein Koordinator der DSO bei den Angehörigengesprächen unbedingt anwesend sein. Wenn der betreuende Arzt und die DSO gemeinsam das Gespräch führen, wird derzeit eine Spenderate von rund 75 Prozent erreicht. Werden die Gespräche dagegen nur von den Ärzten geführt, liegt die durchschnittlich Zusage unter 50 Prozent, in einigen Krankenhäusern sogar unter 20 Prozent. Die Quoten sind unterschiedlich, weil die Krankenhausärzte häufig zeitlich überfordert sind. Nachts haben sie zumeist nicht die Zeit, um mit den Angehörigen mehrstündige Gespräche zu führen und die Situation von Patienten auf der Warteliste darzustellen. Es sind aber viele Erläuterungen notwendig, bis hin zu dem Angebot für die Angehörigen, im Nachhinein in ein Betreuungsverhältnis einzutreten. In der Vergangenheit hat die DSO diese Gespräche sehr umsichtig und ausführlich geführt. Dieses Konzept hat sich enorm bewährt. Deshalb sind in der Formulierung

des § 9b kleinere Änderungen erforderlich. Wir werden unsere Änderungsvorschläge mit differenzierten Erläuterungen schriftlich einreichen.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Dierks und an die DKG. Die Transplantationsbeauftragten sollen in den Entnahmekrankenhäusern arbeiten und ihre Qualifikation sowie die organisatorischen Details sollen die Länder definieren. Dagegen liegt die Finanzierung teilweise beim Bund. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV Prof. Dr. Dr. Christian Dierks: Ich habe vier Jahre auf einer Intensivstation in einem allgemeinen Krankenhaus gearbeitet und bin deshalb mit dem Thema vertraut. Ich begrüße es ausdrücklich, dass ein Transplantationsbeauftragter in den Krankenhäusern implementiert werden soll. Das wird bereits seit Jahren gefordert und die Umsetzung ist aus meiner Sicht überfällig. Ich bin teilweise der gleichen Auffassung wie die DSO, denn einige Punkte müssten ergänzt werden. Der Entwurf regelt die Qualifikation, das Aufgabenfeld und die Freistellung des Beauftragten. Das sind wichtige Punkte, da die entsprechende Person organisatorisch nicht überlastet werden darf. Allerdings ist die Aufgabenverteilung ebenfalls wichtig und muss im Gesetzentwurf detaillierter beschrieben werden. Das habe ich in meiner Stellungnahme ausgeführt. Dies betrifft die Verantwortung des Beauftragten für die Meldepflicht des Krankenhauses und für die internen Informationen und Schulungen zum Thema Transplantation. Außerdem sollte die Qualifikation des Beauftragten konkreter beschrieben werden. So könnte beispielsweise die Position als Oberarzt oder eine langjährige Erfahrung in der Intensivmedizin als Qualifikation dienen. Damit das Amt entsprechend ausgeübt werden kann, wären zusätzlich die Weisungsbefugnisse und die Zutrittsrechte zu ergänzen. Das muss für die verschiedenen Ansprechpartner, die Koordinierungsstel-

le und die Krankenhausleitung im gleichen Maße gelten. Auch die Verantwortlichkeit für die Erstellung bzw. Aktualisierung hausinterner Leit- oder Richtlinien oder SOPs (Standard Operating Procedures) sowie für die Dokumentation und die Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen muss geklärt sein. Bei der Teilfinanzierungsregelung komme ich in meiner Stellungnahme im Hinblick auf die Teilung der Kompetenzen zwischen Bund und den Ländern zu dem Ergebnis, dass man dies zwar aus rechtlichen Gründen in dieser Form regeln kann, glaube aber, aus praktischen Erwägungen muss dies nicht so geregelt werden. Ich gebe zu bedenken, dass es, falls die Länder die Kompetenz zur Ausgestaltung dieser Tätigkeit erhalten und gleichzeitig eine bundeseinheitliche Finanzierung dargestellt werden soll, zu Problemen kommen kann.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die DKG akzeptiert, dass es künftig eine bundesgesetzliche Vorgabe zur Bestellung eines Transplantationsbeauftragten in den Entnahmekrankenhäusern geben wird. Bereits heute existieren landesrechtliche Regelungen und in den wichtigen Krankenhäusern sind auch Transplantationsbeauftragte eingesetzt. Wir begrüßen, dass der Beauftragte nicht aus den vorhandenen Mitteln der Krankenhäuser finanziert werden soll und das Gesetz ausdrücklich eine Vergütungsregelung nennt, die außerhalb des allgemeinen Budgetrechtes liegt. Da geplant ist, dass die Vergütung zwischen den Partnern auf Bundesebene verhandelt werden muss, ist es aus unserer Sicht problematisch, wenn die auf Länderebene definierten Beauftragungen und Vorgaben unterschiedlich sind. Wir würden es begrüßen, wenn das Bundesgesetz eine klare Aufgabenbeschreibung enthalten und entsprechende Vergütungsverhandlungen auf Bundesebene geführt würden.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage, die sich an Herrn Prof. Reichart, den Bundesverband Niere e.V.

und die Gesetzliche Krankenversicherung richtet. Wir haben sehr großen Wert darauf gelegt, auch angesichts des Ziels die Organspendebereitschaft zu steigern, dass der Transplantationsbeauftragte gesetzlich verankert wird. In den verschiedenen Stellungnahmen wird die Finanzierungsstruktur unterschiedlich bewertet und die Einbeziehung der DSO kritisiert. Mich interessiert, wie Sie die Installation von Transplantationsbeauftragten vor dem Hintergrund, dass diese nicht direkt in den Kliniken angestellt sind, bewerten. Ist es Ihrer Meinung nach sinnvoll, dass die Finanzierung des Transplantationsbeauftragten getrennt ist und die organisatorischen Richtlinien bundeseinheitlich gelten, die Zuständigkeit aber in den Kliniken verbleibt.

SV Prof. Dr. Dr. h. c. Bruno Reichart: Ich unterstütze die gesetzliche Einführung eines unabhängigen Transplantationsbeauftragten, weil es zu jeder Tageszeit einen Organspender geben kann. Da die Kliniken aber unter einem Kostendruck stehen, wird oftmals der Ober- oder Chefarzt der elektiven Operation eines Patienten den Vorrang vor einer Organspende geben. Nach meiner Auffassung müssen aber die Spender priorisiert werden, da sich ihr Zustand mit zunehmender Zeit verschlechtert. Es muss schnell zu einer Explanationsentscheidung kommen. Das bedeutet, der Transplantationsbeauftragte muss große Priorität haben und er muss unabhängig und weisungsungebunden sein. Zudem muss er sich sehr gut auf einer Intensivstation auskennen. Zwischen 30 und 50 Prozent möglicher Spenden gehen verloren, weil das Management schlecht ist. Vom spanischen Modell kann man lernen, dass ein Transplantationsbeauftragter, der organisatorisch zu einem Krankenhaus gehört, von Vorteil ist. Er hat gewissermaßen zwei Hüte auf dem Kopf. Er ist zum einen in die Organisationsstruktur des Krankenhauses eingebunden und hat zum anderen die Aufgabe, in einem relativ frühen Stadium Gespräche mit den Angehörigen eines potentiellen Spenders zu führen. Das be-

deutet aber nicht, dass bei einem Patienten die Behandlungsmaßnahmen minimiert werden, weil er ein möglicher Spender ist. Der Kliniker erkennt jedoch bereits früh, ob ein Patient sterben wird. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass das Krankenhauspersonal erkennt, dass ein Patient wahrscheinlich verloren geht und ihm deshalb nicht die Aufmerksamkeit schenkt, die erforderlich wäre, damit er Spender werden kann. Kommt eine Lungentransplantation in Frage, muss der Patient regelmäßig so gelagert werden, dass er abgesaugt werden kann. Das ist mühevoll und anstrengend. Die Ärzte müssen aber auch wissen, dass bei Eintritt des Hirntods die hormonelle Regulation des Hirns stoppt, die Kreislauffunktionen verloren gehen und es zu einer Dysregulation von Hormonen kommt. Deshalb muss die ausgefallene Hormonproduktion substituiert werden. Es muss zudem viel Flüssigkeit verabreicht werden, um den Spender für eine Organentnahme funktionsfähig zu halten. Es sind ganz simple Dinge, die man verstehen muss und die man nur verstehen kann, wenn man sich mit ihnen beschäftigt hat. Das sind spezielle Aufgaben, die ein Transplantationsbeauftragter beherrschen muss, wozu er aber auch viel Zeit benötigt. Durch den Einsatz von Transplantationsbeauftragten könnte vielleicht auch erreicht werden, dass Transplantationen nicht mehr kurzfristig und nicht in der Nacht durchgeführt werden müssen. Für problematisch halte ich es allerdings, wenn ein Arzt für diese Funktion freigestellt wird. Meiner Meinung nach muss ein Arzt bezahlt werden, denn nur so wird es möglich sein, die Arbeit wirklich unabhängig vom Vorgesetzten zu erledigen. Aber auch das Krankenhaus darf finanziell nicht benachteiligt werden.

SV Peter Gilmer (Bundesverband Niere e.V. (BN e.V.)): Wir begrüßen es sehr, dass es künftig Transplantationsbeauftragte geben wird. Dadurch wird die Organisation des gesamten Prozesses der Organspende deutlich verbessert und deshalb sollte der Beauftragte auch unbedingt Teil

der Organisationsstruktur sein. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass es von großem Vorteil ist, wenn die Aufgabengebiete des Transplantationsbeauftragten und die Koordinationsarbeit der DSO genau definiert und abgegrenzt sind. Dann muss sich das Krankenhaus nicht selbst zu intensiv um Transplantationen kümmern. Bereits bei der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes 1997 war dies ein wichtiger Punkt. Es wäre deshalb in unserem Sinne, wenn es zu einer weiteren Klarstellung kommen würde und eine gute Voraussetzung, um die Zahl der Organspenden zu steigern. Wir wünschten uns zudem, das ist allerdings heute nicht Gegenstand der Anhörung, dass die Entscheidung für oder gegen eine Organspende dem Krankenhaus bekannt wird. Dies ist bisher nicht gut geregelt. Aber nur so kann es überhaupt eine Organspende geben.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Die Installation eines Transplantationsbeauftragten bedeutet die Umsetzung des Inhouse-Konzeptes. Über den Erfolg des Konzeptes liegen leider noch keine Ergebnisse vor, aber wir sind der Meinung, dass es sich wahrscheinlich positiv auf die Spenderzahl auswirken wird. Aus diesem Grund begrüßen wir die Etablierung eines Transplantationsbeauftragten. Er sollte koordinieren und bestimmte Aufgaben in Teilzeitfunktion wahrnehmen, ähnlich wie ein Datenschutz- oder Gleichstellungsbeauftragter. Jährlich gibt es ungefähr 4.000 Meldungen über Organentnahmen. Bei 1.000 Krankenhäusern bedeutet dies, dass der Transplantationsbeauftragte vier Mal im Jahr aktiv wird. Auch bei einer Verdoppelung dieser Zahl wäre es keine Vollzeittätigkeit – höchstens in ganz großen Krankenhäusern. Deswegen würden wir die Erwartungen an diese Funktion ein wenig zurückschrauben wollen. Die Finanzierung bewegt sich im Nanobereich der Krankenhausfinanzierung und ist daher ein eher symbolischer Akt. Wichtig ist, dass der Arbeitserfolg des Transplantationsbeauftragten gemessen und ein Bericht

erstellt wird. Wir schlagen vor, über einen Algorithmus das Organspendepotenzial eines Krankenhauses zu ermitteln und im Nachgang auszuwerten, welches Spendepotenzial durch den Transplantationsbeauftragten oder das Krankenhaus realisiert wurde. Die erforderlichen Tools hat die DSO entwickelt.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zum Themenkomplex Organtransport an Prof. Strüber und Prof. Dierks. Ziel der EU-Richtlinie ist es unter anderem, die Ischämiezeiten zu optimieren und Organschädigungen einzuschränken. Welche Bedeutung haben die Ischämiezeiten für den Erfolg einer Organtransplantation? Welche Möglichkeiten gibt es, die Zeiten zu verringern und genügt die in § 10a Absatz 4 des Entwurfs vorgesehene Verordnungsermächtigung zur Organtransportregelung, um die Ischämiezeiten zu optimieren?

SV Prof. Dr. Martin Strüber: Die Ischämiezeit ist die Zeit, in der ein Organ nicht durchblutet wird. Bei der Organspende ist es der Zeitraum, in dem das Organ vom Spender zum Empfänger transportiert und wieder implantiert wird. Seit 25 Jahren werden die Organe durch Perfusion mit einer Salzlösung und Lagerung auf Eis in einer Styroporbox konserviert. Es gab Änderungen im Detail, aber prinzipiell ist dies die etablierte Methode. Problematisch ist allerdings, dass die Organe dadurch nicht vollständig geschützt sind. Außerdem haben die Organe unterschiedliche Toleranzen gegenüber der Ischämie. Das Herz ist beispielsweise sehr wenig tolerant. Deshalb sind die Transportalgorithmen zur Minimierung der Ischämie hier am Optimum. Ältere Organe sind noch empfindlicher gegenüber der Ischämie. Hinzu kommt, dass die deutschen Organspender immer älter werden. Auch in Spanien sind inzwischen nahezu 50 Prozent der Organspender über 60 Jahre alt. Weltweit werden aber nur ungefähr fünf Prozent der Herzen von über 60-Jährigen als Transplantate akzeptiert.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass die Zeiten für Ex- und Implantation äußerst knapp sind und dass Organe von der Transplantation ausgeschlossen werden, wenn sie zu alt sind oder die Ischämiezeit nicht durchstehen. Ein weiterer Punkt betrifft die Regelung in § 10a. Der Status quo der Organkonservierung sollte nicht zementiert werden, so dass in zehn Jahren immer noch Organe in Styroporkisten transportiert werden. Inzwischen gibt es technische Entwicklungen, so dass Organe beim Transport mit Blut perfundiert werden können und ein Ischämieschaden verhindert wird. Diese technischen Neuerungen sind für den Transport des Herzens bereits verfügbar und befinden sich für den Lungentransport in einer klinischen Zulassungsstudie. Solche Innovationen sollten durch Gesetz und Verordnung nicht verhindert werden.

SV Prof. Dr. Dr. Christian Dierks: Ich will die Ausführungen aus rechtssystematischer Sicht ergänzen. Meines Erachtens werden in § 10a die Entwicklungen der letzten Jahre nicht ausreichend berücksichtigt. Insbesondere die Verfahren zur normothermen Oxygenierung der Spenderorgane werden nicht abgebildet. Es ist allgemein bekannt, wie wichtig Begrifflichkeiten sind. Der Begriff Organkonservierung wird aber in der Paragraphenüberschrift nicht erwähnt. Wenn in § 10a von Behältnissen für den Transport die Rede ist, dann darf dies nicht dazu führen, dass moderne Verfahren zur Organkonservierung, zum Beispiel die fortlaufend warme Durchblutung der Organe, ausgeschlossen sind. Ich rege daher an, § 10a an die innovativen Möglichkeiten des Organtransports anzupassen bzw. technikoffener auszugestalten. In diesem Zusammenhang gebe ich im Übrigen auch der DKG Recht, dass der Begriff Entnahmekrankenhaus unglücklich gewählt ist. Besser wäre es, die Bezeichnung qualifiziertes Krankenhaus zu verwenden.

Abg. Wolfgang Zöller (CDU/CSU): Ich habe Fragen an den GKV-Spitzenverband

und an die PKV, die die versicherungsrechtlichen Aspekte eines Lebendspenders betreffen. Gehören Lebendspender und Organempfänger nicht dem gleichen Krankenkassensystem an, entstehen bei der Kostenübernahme immer wieder Probleme. Das Bundessozialgericht hat geurteilt, dass die Behandlungskosten eines Organspenders von der Krankenkasse des Organempfängers übernommen werden müssen. Im speziellen Fall ging es um den Verdienstaustausch des Spenders. Sind Ihnen solche Fälle bekannt? Sehen Sie in diesem Bereich gesetzlichen Handlungsbedarf und wie sollte er aussehen?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Die Lebendspende ist versicherungsrechtlich unproblematisch, wenn Spender und Empfänger in der GKV versichert sind, die Unterbrechung der Arbeitszeit nur einen Monat dauert, die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschritten wird und keine Komplikationen auftreten. In allen anderen Fällen kann es zu Schwierigkeiten kommen. Ein Problem entsteht, wenn der Spender oder der Empfänger privat versichert ist und der Verdienstaustausch nicht im gleichen Umfang wie bei der GKV abgesichert ist. Hier könnte gesetzlich nachgebessert werden. Das Gleiche gilt für das Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze.

SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ich möchte Herrn Lebers Ausführungen etwas relativieren. Wenn der Organempfänger in der PKV versichert ist, spielt es keine Rolle, ob der Organspender gesetzlich oder privat versichert ist. Die private Krankenversicherung des Empfängers bezahlt sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen. Richtig ist, wenn der Organempfänger die Lohnersatzleistung im Krankheitsfall nicht versichert hat, kann es theoretisch zu Problemen kommen. Ich habe aber keinen praktischen Fall hierzu finden können. Trotzdem ist dies nicht gesetzlich geregelt. Die private Krankenversicherung leistet die Lohnersatzleistung

formal auf dem Wege der Kulanz. Allerdings wäre es schwierig, dies gesetzlich zu regeln.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich richte meine Frage zum Themenkomplex der Datenerfassung und -registrierung an Prof. Reichart und an Eurotransplant. Benötigen wir im TPG eine Regelung, die die Verwendung der medizinischen Daten der Organspender und -empfänger zu Forschungszwecken unter Beachtung des Datenschutzes erlaubt?

SV Prof. Dr. Dr. h. c. Bruno Reichart: Das kann ich eindeutig bejahen. Es ist ein großes Dilemma, dass verschiedene Register geführt werden. Jede Klinik führt ein eigenes Register mit ihren Ergebnissen, dazu kommen die Register von Eurotransplant und der DSO. Interessanterweise sind die Daten der verschiedenen Register unterschiedlich. Aus Qualitätsgründen ist es deshalb dringend notwendig, die Register zu überprüfen und die Daten zu vergleichen. Es muss untersucht werden, wie sich Deutschland bei Eurotransplant im Verhältnis zum Beispiel zu Belgien oder zu Österreich positioniert. Treten Unstimmigkeiten auf, müssen die Gründe dafür überprüft werden. Insgesamt sind die deutschen Ergebnisse zumeist etwas schlechter als die der anderen Länder. Das bedeutet aber nicht unbedingt, dass deutsche Ärzte schlechter arbeiten. Es kann auch andere Ursachen geben, die eventuell beseitigt werden können. Gute Qualität dämpft die Kosten, denn je besser das gesamte System arbeitet, je weniger Komplikationen auftreten und je länger die Überlebenszeit ist, desto besser ist es für den Patienten und desto kostengünstiger ist es auch für die Krankenkassen.

SV Dr. Axel Rahmel (Eurotransplant International Foundation): Es ist, wie von Prof. Reichart angesprochen, essentiell, dass die Daten zur Organtransplantation transparent und zugänglich gemacht werden. Es sind zwei Aspekte, die in die-

sem Zusammenhang diskutiert werden müssen. Erstens die Zugänglichkeit der Daten: Zwar führt das Aqua-Institut ein Register mit den Ergebnissen der deutschen Organtransplantationen. Diese Datensammlung dient nur internen Qualitätssicherungsaspekten und ist für wissenschaftliche Analysen derzeit praktisch nicht zugänglich. Zweitens die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Analyse: Ein Beispiel für die Bedeutung der wissenschaftlichen Anwendung der Daten betrifft sogar direkt das Transplantationsgesetz. Nach § 12 des Transplantationsgesetzes hat die Vermittlung von Organen nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht zu erfolgen. Die Erfolgsaussicht einer Transplantation kann aber nur beurteilt werden, wenn genügend Daten zu den Ergebnissen der Transplantationen in Abhängigkeit von Spender- und Empfängercharakteristika vorliegen. Es ist zurzeit ausgesprochen schwierig, diese Auswertung durchzuführen. Die Vermittlungsregelungen werden deshalb ohne wissenschaftliche Analyse der Daten nicht weiterentwickelt werden können. Daher ist es ausgesprochen wichtig, dass die Daten per Gesetz für wissenschaftliche Zwecke zugänglich gemacht werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): DSO und Deutsche Transplantationsgesellschaft haben sich ebenfalls zur Notwendigkeit einer besseren Datengrundlage für Forschungszwecke geäußert. Können Sie Ihre Argumentation näher erläutern?

SV **Prof. Dr. Günter Kirste** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Ich unterstütze die bisherigen Ausführungen. Die Datenzusammenführung ist essentiell. Deutschland hat das höchste Spenderalter und die meisten Spender aus der Kategorie der erweiterten Kriterien in Europa. Diese Organe werden von der DSO angeboten und von den erfahrenen Transplantationszentren offensichtlich mit großem Erfolg verwendet. Aber wir haben keine klare Analyse der Ergebnisdaten. Die Zusammenführung der Spender- und Emp-

fängerdaten ist schwierig, weil das Gesetz die Pseudonymisierung der Daten vorschreibt. Das ist sicherlich gut und richtig. Aber es muss im Sinne dessen, was Prof. Reichart und Dr. Rahmel gerade erläuterten, möglich sein, die Ergebnisdaten zu vergleichen. Aus großen internationalen Untersuchungen ist bekannt, dass zum Beispiel bei der Nierentransplantation die Anzahl der Übereinstimmungen bei den Gewebefaktoren weniger bedeutend ist als der Zustand des Organs. Die einfache Einteilung in gute, mittelgute und weniger gute Organe führt nach fünf Jahren zu einer weiten Spreizung der Ergebnisdaten. Deshalb halten wir es für dringend erforderlich, dass eine Datenzusammenführung ermöglicht wird.

SV **Prof. Dr. Bernhard Banas** (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Auch uns hat die Tatsache beschäftigt, dass jedes Transplantationszentrum mindestens vier, wenn nicht sogar fünf parallele Datensammlungen führt. Es gibt die hauseigene Datensammlung, die Daten für die DSO und Daten, die an Eurotransplant und an das Aqua-Institut geschickt werden. Außerdem liefern alle Transplantationszentren Daten an die Kollaborative Transplantationsstudie (Collaborative Transplant Study, CTS) in Heidelberg, weil deren wissenschaftliche Auswertung am besten ist. Das bedeutet viel Arbeit. In der Praxis führen die unterschiedlichen Datensätze speziell bei der Auswertung oft zu Datenverwechslung und Verwirrung. Ich arbeite in der Fachgruppe Nierentransplantation des Aqua-Instituts und wir wundern uns, dass diese verschiedenen Datenbanken unterschiedliche Ergebnisse liefern. Dies muss dringend geändert werden. Wir wünschen uns, und die EU-Richtlinie sieht dies auch so vor, dass es nur eine einheitliche zentrale Datensammlung und -auswertung gibt. Dadurch wird das System auf der wissenschaftlichen Ebene verbessert. Ich weise auch darauf hin, dass innerhalb des derzeitigen Systems die Transplantationszentren zu meist nicht in der Lage sind, valide Daten zu liefern. Durch die Datensammlung soll

die Qualität gesichert werden und die wichtigsten Qualitätsmerkmale sind Patienten- und Organüberleben. Das bedeutet, dass sowohl die Organfunktion als auch das Patientenüberleben lückenlos nachverfolgt werden müssen. Die Transplantationszentren sind zwar laut Transplantationsgesetz zur Nachsorge verpflichtet, doch in der Realität ist die Nachsorge nur sehr lückenhaft möglich, weil dafür weder eine Institutionalisierung noch eine Finanzierung existiert. Deshalb ist vielen Transplantationszentren nicht bekannt, wie es ihren Patienten drei Jahre später geht. Diese Situation wird dem gesamten Anspruch der Transplantationsmedizin nicht gerecht und muss dringend geändert werden.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Unser gemeinsames Ziel ist die Erhöhung der Zahl der Organspenden. Deswegen beschäftigen wir uns mit der Änderung des Transplantationsgesetzes und diskutieren, ob beispielsweise die Erklärungslösung hilfreich wäre. Danach müssten sich die Bürger entscheiden, ob sie einer Organspende zustimmen, sie ablehnen oder sich nicht entscheiden möchten. Sollte die Erklärungslösung eine Mehrheit im Deutschen Bundestag finden, müsste diese Erklärung gespeichert werden. Wo sollte Ihrer Meinung nach die Erklärung gespeichert werden?

Die **Vorsitzende**: Ich möchte darauf hinweisen, dass sich die heutige Anhörung nur mit den technischen Aspekten der Organspende beschäftigt. Die gestellte Frage fällt in den ethisch-rechtlichen Bereich, der in einer zweiten Anhörung behandelt wird.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meines Erachtens ist das zwar eine organisatorische Frage, aber ich stelle eine andere Frage an die DKG und die DSO. Welche Vor- und Nachteile hat die Einführung eines Organspenderegisters? Wird sich

dadurch die Zahl der Organspenden erhöhen?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Die DKG hat sich bereits früher für die Einführung eines zentralen Spenderegisters, in dem die Spendebereitschaft dokumentiert wird, ausgesprochen. Es ist eine Möglichkeit, zum Organspenden zu motivieren. Allerdings müssen flexible Wege gefunden werden, um die Entscheidung auch korrigieren zu können.

SV **Prof. Dr. Günter Kirste** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Wir halten die Einführung eines Registers für nicht sinnvoll. Ein Organspenderegister oder die Registrierung des Widerspruchs ist nur in den Ländern von Nutzen, in denen es eine Widerspruchslösung gibt. In Ländern mit einer erweiterten Zustimmungslösung oder anderen Lösungen ergibt ein Register keinen Sinn. Die Erfahrungen insbesondere aus Holland, Schweden oder den USA haben gezeigt, dass sich nur sehr wenige Menschen in solchen Registern erfassen lassen. So sind beispielsweise in Holland nur knapp über 30 Prozent der Bevölkerung in dem Spenderegister erfasst. Stirbt ein nicht registrierter aber potentieller Organspender, entscheiden sich die Angehörigen dann oftmals gegen eine Spende, da die Nichtregistrierung als Ablehnung der Organspende interpretiert wird. Insofern wird durch die Einführung eines Register die Organspendebereitschaft sicherlich nicht gesteigert. Das Expertenkomitee des Europarates hat sich ebenfalls zu dieser Frage geäußert. In einem sehr ausgewogenen Papier spricht sich das Komitee letztendlich gegen die Einführung von Registern in Ländern ohne Widerspruchslösung aus.

Abg. **Angelika Graf** (Rosenheim) (SPD): Ich habe eine Frage zur Installierung eines Transplantationsbeauftragten. Frau Komm, Sie sind Transplantationsbeauf-

tragte und verfügen über ein hohes Maß an praktischer Erfahrung. Haben Sie weitere Verbesserungsvorschläge zu dem vorliegenden Entwurf?

Sve Nadja Komm: Unabhängig vom Stellenprofil des Transplantationsbeauftragten (TxB) gibt es einen Aspekt, der noch nicht erwähnt wurde, nämlich die Fortbildung der Intensivmediziner. Anders als der Bundesverband Niere e.V. bin ich der Meinung, dass die Organspende auch in die Zuständigkeit der Intensivmediziner fällt und nicht nur den TxB betrifft. Deshalb ist die Verantwortlichkeit zur Meldung potentieller Spenderpatienten durch den TxB allein etwas schwierig. Er soll die optimalen Voraussetzungen für die Meldungen schaffen und das Klinikpersonal vorbereiten, motivieren, entlasten und ermahnen. Wenn der Leitung des Klinikums jedoch nicht bewusst ist, dass die Organspende die Aufgabe sämtlicher Intensivstationen und des gesamten Krankenhauses ist, kommen wir nicht sehr weit. Aus diesem Grund muss das Thema Organspende in den Fortbildungskatalog der Intensivmediziner sowie ins Studium integriert werden. Die Implementierung des Transplantationsbeauftragten mit einem klaren Qualifikationskonzept ist ein weiterer Punkt. Hinsichtlich der Verantwortungsverteilung stimme ich den Ausführungen von Prof. Dierks und der DIVI zu. Die Einarbeitung in die diffizilen multiplen interdisziplinären Komplexe der Organspende ist eine zwingende Voraussetzung. Zudem muss es ein ärztlicher Kollege sein, der eine absolut neutrale Stellung sowohl in der Klinik als auch gegenüber anderen Organisationen einnimmt. Ich befürworte auch eine sehr enge Kooperation mit der DSO, wie es zum Beispiel im Universitätsklinikum Heidelberg üblich ist. Das führte bisher auch zu keinen Problemen. Der Transplantationsbeauftragte muss kliniknah sein und die Übersicht behalten. Er muss erkennen, wo in der Klinik Friktionen auftreten und welche Auswirkungen diese auf die Transplantationen und das Outcome der Transplantationen haben und im Gegen-

zug, welche Auswirkungen die Transplantationsmedizin auf die Organspende hat. Ich möchte kurz auf die Ausführungen von Prof. Reichart zurückkommen. Es gibt keinen plötzlichen Hirntod, sondern wir haben eine sich entwickelnde Symptomatik. Das Erkennen einer potenziellen Organspende zieht sich manchmal über Tage. Bereits in dieser Phase kann der Transplantationsbeauftragte effizient eingesetzt werden, um die Angehörigen vorzubereiten und zu klären, ob der Spender geeignet ist. Darum sollte der Transplantationsbeauftragte ein ärztlicher Mitarbeiter des Klinikums sein. Man sollte sich auch verdeutlichen, dass diese Position ein großes Potenzial für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende beinhaltet. In diesem Kontext geht es um die Weiterentwicklung der Versorgungsforschung oder die Analyse der Daten, die man selbst rapportiert hat, sowie der Daten, die im Zusammenhang mit der Transplantation stehen. Ziel ist es, Erklärungen bzw. Gründe zu finden, warum ein Patient nicht als Organspender gemeldet werden kann und die Frage zu beantworten, ob und welches Potenzial die Klinik hat bzw. die Kliniken haben. Diese Aspekte der übergreifenden, oft auch öffentlichkeitswirksamen Arbeit des Transplantationsbeauftragten wurden bisher noch nicht dargestellt.

Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD): Meine Fragen richten sich an die Bundesärztekammer, die DSO und den Deutschen Pflegerat. Die Gespräche mit den Angehörigen von potenziellen Organspendern erfordern hohe kommunikative Kompetenzen. Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an Kommunikationstraining für Ärzte und Pflegepersonal bzw. den Sozialdienst in den Krankenhäusern? Wann und in welchen Fällen sollte die DSO zu den Angehörigengesprächen hinzugezogen werden?

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Wir haben die Erfah-

rung gemacht, dass die von der DSO organisierten Gespräche mit hoher Sachkunde, großer Kompetenz und prinzipiell ergebnisoffen geführt werden. Es ist selbstverständlich, dass der Transplantationskoordinator bzw. die -koordinatorin in den Krankenhäusern entsprechend ausgebildet sein muss. Dazu gehört auch ein umfassendes Kommunikationstraining. Im Interesse aller Seiten muss es das zentrale Anliegen sein, dass die Menschen, die diese schwierigen Gespräche führen, lernen, ergebnisoffenen, neutral und mit hoher Sachkunde zu kommunizieren. Deshalb wird sicherlich ein großer Fortbildungsbedarf entstehen und ein Muster-Curriculum der Bundesärztekammer erforderlich sein.

SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Wir halten die Ausbildung und das Training in der Gesprächsführung für unabdingbar. Vor einiger Zeit haben wir das Projekt „Entscheidungsbegleitung für Angehörige“ (EfA-Projekt) entwickelt. Im Rahmen dieses Projekts wird ein Kommunikationstraining durchgeführt, das die Universitäten während der ärztlichen Ausbildung leider nicht anbieten. Im Verlauf des Trainings lernen die Ärzte in erster Linie, den Patienten und den Angehörigen eine schlechte Nachricht zu überbringen. Das Training hat sich enorm bewährt und viele Krankenhäuser nehmen Kontakt mit der DSO auf, um die Trainingseinheiten auch für die eigenen Häuser zu buchen. Das versuchen wir soweit als möglich zu realisieren. Im Moment sind wir dabei, zusätzliche E-Learning-Modelle aufzubauen, in denen genau dieses Training angeboten wird. Damit soll den Ärzten die Gelegenheit gegeben werden, ihre Kompetenzen zu verbessern. Die Angehörigengespräche erfordern nämlich ein hohes Maß an Empathie und vor allen Dingen viel Zeit. Erfahrungswerte aus den USA zeigen, dass zwei Stunden nicht ungewöhnlich sind. Aus den USA wissen wir auch, dass der Koordinator frühzeitig in das Gespräch mit den Angehörigen eingebunden werden muss, um eine positive Gesprächsatmo-

sphäre aufzubauen. Es hat sich erwiesen, dass es missverstanden wird, wenn der Patient bis zum letzten Moment therapiert wird und dann erst die Angehörigen mit der Frage der Organspende konfrontiert werden. Die Angehörigen spüren durchaus, dass es bereits sehr viel früher Entwicklungen gegeben hat, in die sie gerne hätten involviert sein wollen. Durch eine Untersuchung von 5.100 Spendefällen haben wir festgestellt, dass die frühzeitige Einbindung des Koordinators zu einer Steigerung der Zustimmungsrates führt. Das haben die Angehörigen im Nachhinein bestätigt. In vielen Fällen – die Zahlen könnte ich nachliefern – haben wir festgestellt, dass die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen zu einem besseren Verständnis des Themas führt, wenn sie zu dem Zeitpunkt erfolgt, wo die Ärzte die Therapiebemühungen für nahezu aussichtslos halten. Diese Chance sollte man nutzen. Um es nochmals zu betonen, die frühzeitige Beteiligung ist internationaler Standard.

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Der Deutsche Pflegerat konnte leider keinen Vertreter entsenden.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer und die DSO zum Verhältnis von Patientenverfügung zur Organspendeerklärung. Gibt es aus Ihrer Sicht hinsichtlich des Vorrangs einen Anpassungsbedarf bei der Patientenverfügung und der Organspendeerklärung?

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Es kann zwischen der Patientenverfügung und der Organspendeerklärung durchaus ein Zielkonflikt entstehen. Es tritt immer häufiger die Situation auf, dass eine Patientenverfügung vorliegt, in der die Organspende aber nicht geregelt ist. Der Wunsch eines Behandlungsabbruchs kann

zum Beispiel an eine bestimmte Verlaufssituation gebunden sein und eine Organspende dadurch unmöglich werden. Die Bundesärztekammer hat in ihren „Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der ärztlichen Praxis“ ausführlich zu diesem Konflikt Stellung genommen. Meines Erachtens ist der Königsweg, der Vorsorgevollmacht den Vorrang einzuräumen. Dadurch besteht für den Bevollmächtigten ein wesentlich größerer Handlungsspielraum. Bei Fortbildungsveranstaltungen zu den Patientenverfügungen der Landesärzte-, Landesrechtsanwalts- oder Landesnotarkammern muss der Personenkreis, der die Mustervollmachten formuliert, für das spezifische Problem der Organspende sensibilisiert werden. Es muss bedacht werden, dass in einer Verfügung oder Vollmacht auch die Entscheidung für oder gegen die Organspende dokumentiert wird.

SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Auch die DSO erkennt an dieser Stelle einen Konflikt. Es gibt leider nur wenige Musterformulierungen, die das Thema Organspende beinhalten. Das Bundesjustizministerium hat vor Jahren eine der wenigen Musterverfügungen erstellt, in der auch die Organspende angesprochen wird. Im Rahmen des erwähnten Inhouse-Koordinationsprojektes haben wir festgestellt, dass es in neun Monaten bei den rund 110 beteiligten Krankenhäusern immerhin 1.400 Todesfälle gab, wo Patienten mit einer Diagnose verstarben, die potenziell zum Hirntod hätte führen können. In den meisten Fällen kam es nicht zur Organspende, weil eine Patientenverfügung vorlag. Es wurde allerdings nicht geklärt, ob die Verfügung schriftlich, mündlich oder durch Angehörige übermittelt wurde. Die Menschen befinden sich in einem inneren Konflikt. Sie haben einerseits Angst vor einer Organspende, weil möglicherweise nicht alle medizinischen Leistungen für sie erbracht werden. Aber sie wollen am Ende ihres Lebens keine oder nur eine eingeschränkte

Therapie, was sie in der Patientenverfügung dokumentieren. Dieser Konflikt ist nicht gelöst. Man muss sich mit diesem Thema intensiver beschäftigen und die Bevölkerung stärker als bisher darüber aufklären, dass die Organspende in die Patientenverfügung eingefügt werden kann und darin kein Widerspruch zu sehen ist.

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD): Ich habe eine Frage an die DSO und die VOD. Wie wirken sich die unterschiedlichen Landesausführungsgesetze zum Transplantationsgesetz auf die Organspendebereitschaft und auf die Anzahl von Organspenden aus?

SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Acht Länder haben ein Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz erlassen, aber nur vier der Landesgesetze sind einigermaßen stringent und konsequent. Der Erfolg hängt allerdings auch davon ab, dass das Ausführungsgesetz angewandt wird. Wenn in den Ländern teilweise nicht bekannt ist, dass die Ministerien und Regierungspräsidien die Aufsicht über die in § 11 Absatz 4 TPG geregelte Meldepflicht möglicher Organspender ausüben müssen, dann ist es nicht verwunderlich, wenn die Regelungen nicht eingehalten werden. Ich kann aber nicht unbedingt bestätigen, dass eine Korrelation zwischen den Ausführungsgesetzen und der Zahl der Organspender besteht. Es ist allerdings auffällig, dass in Hessen, nachdem ein sehr gutes, sehr konsequentes und sehr stringentes Gesetz erlassen wurde, die Spenderate im letzten Jahr um etwa 50 Prozent angestiegen ist.

Amt. Vorsitzende, Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Ein Vertreter des Verbandes Organtransplantierter Deutschlands ist leider nicht anwesend.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage richtet sich an Prof. Nashan, die DKG und die Bundesärztekammer. Nach der Organtransplantation ist die Nachsorge äußerst wichtig, um die längerfristige Funktionsfähigkeit des Transplantats zu erreichen. Deutschland weist im Vergleich zu anderen Ländern eine niedrigere Funktionalitäts- oder Überlebensrate auf. Wie bewerten Sie diese Entwicklung, wo sehen Sie Verbesserungsbedarf und wie sieht dieser konkret aus?

SV Prof. Dr. Björn Nashan: Prof. Banas hat bereits einige Punkte angesprochen. Bei der langfristigen Versorgung bewegen wir uns in einem komplexen Interessensfeld. Zunächst haben wir den Bereich der Organspender und Organempfänger. Bei einer Leber- oder Herztransplantation erhält laut Gesetz der Kränkste das Organ und gleichzeitig haben wir aber die ältesten Organspender. Das bedeutet, die Wahrscheinlichkeit, dass der Kränkste ein nicht so gutes Organ bekommt, ist sehr hoch. Daraus resultieren die im internationalen Vergleich schlechteren Daten und Fakten. Darüber hinaus sind uns bei der Nachsorge die Hände gebunden. Zwar sind die Transplantationszentren und deren Leiter verpflichtet, Bericht zu erstatten, sie haben aber nach der Transplantation keinen Zugriff auf die Patienten. Das liegt u. a. daran, dass man in eine Gemengelage zwischen kassenärztlicher Verordnung und der Weiterbetreuung in Hausarzt- oder Dialysepraxen kommt. Dazu kommen weitere Konfliktzonen, deren Beschreibung heute den Rahmen sprengt. Wir sind sehr daran interessiert, klare Handlungsanweisungen zu erhalten, die uns die Möglichkeit eröffnen, die Transplantierten in spezialisierten Zentren mit der entsprechenden Fachkompetenz und Fachkenntnis zu begleiten. Dadurch würden die langfristigen Ergebnisse, das ist das Entscheidende in diesem gesamten Prozess, deutlich verbessert werden. Die von uns sehr gewünschte Datenerfassung wäre hierbei hilfreich. Bei dieser Datenerfassung müssen, das ist äußerst wichtig,

die Daten von transplantierten Patienten mit den Daten von Patienten, die nicht transplantiert werden oder die nicht zur Transplantation vorgesehen sind, abgeglichen werden. Das betrifft insbesondere die Dialysepatienten. Dies ist auch der Standpunkt der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Deutschland ist im internationalen Vergleich eines der ganz wenigen Länder, das keine Datenbank für Dialysepatienten führt. Dadurch ist der Outcome bei Dialysepatienten unbekannt und ein wissenschaftlicher und qualitätsorientierter Vergleich zwischen den Patienten, die dialysieren und denen, die transplantiert sind, nicht möglich. Anhand dieser Daten könnten aber wissenschaftlich basierte Handlungsanweisungen für den Gesetzgeber erarbeitet werden. Diesem Dilemma sollte man sich im Hinblick auf eine qualitativ optimierte Versorgung der Patienten annehmen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG): Ich kann diese Aussage nur unterstreichen. Es entsteht ein Schnittstellenproblem beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung, wenn die Behandlungskette durch die Krankenhauserlassung abgebrochen wird und der Patient in die ambulante Versorgung geht. Die Krankenhäuser haben nur sehr begrenzt die Möglichkeit, den Patienten ambulant weiter zu behandeln. Wir würden es begrüßen, wenn § 116b SGB V entsprechend geändert und der Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung in Krankenhäusern explizit für die Transplantationsmedizin geöffnet würde. Durch die im Gesetz vorgesehenen Mechanismen würde das beschriebene Problem gelöst werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat das Instrument der sektorübergreifenden Qualitätssicherung methodisch bereits verankert. Es könnte selbstverständlich auf den Bereich der Transplantationsmedizin angewandt werden. Wichtig ist aber vor allen Dingen, die Hürde ambulant-stationär konsequent zu nehmen.

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Das ist eine zentrale Frage und ich kann mich im Kern meinen beiden Vorrednern anschließen. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass das Problem der Nachsorge schwierig zu lösen ist, da ein Patient kaum gesetzlich zu einer bestimmten ärztlichen Behandlung bzw. Weiterbehandlung gezwungen werden kann. Bei der Lebendspende ist dieses Problem allerdings gelöst. Nach § 8 Absatz 3 TPG darf nur transplantiert werden, wenn der Spender ausdrücklich versichert, an der ärztlich empfohlenen Nachbetreuung teilzunehmen. Das könnte modellhaft sein. Die TPG-Novellierung sieht in § 16 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe c vor, dass die Nachbetreuung angesprochen werden muss. Der Organempfänger bekommt ein wertvolles Gut gespendet. In diesem Kontext kann man darüber nachdenken, ob man nicht generell für den Organempfänger die Bereitschaftserklärung, wie sie bei der Lebendspende bereits gilt, vorsehen will. Sie hätte zwar einen rein deklaratorischen Charakter, würde aber im Einzelfall den behandelnden Ärzten die Möglichkeit geben, auf diese gesetzliche Regelung hinzuweisen.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Ich habe Ihren Ausführungen entnommen, dass ein Register der Dialysepatienten wichtig ist. Das führt mich zur nächsten Frage, die ich wieder an Prof. Nashan, die DKG und die Bundesärztekammer richte. Die EU-Richtlinie sieht vor, dass ein Register der Lebendspender geführt wird, alternativ können auch Aufzeichnungen über Lebendspender angefertigt werden. Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung verankert eine Aufzeichnungspflicht der Transplantationszentren. Reicht dies aus oder wäre die Einführung eines Registers besser?

SV Prof. Dr. Björn Nashan: Wir schließen uns der Forderung an, dass ein Register zur Nachverfolgung verpflichtend eingeführt werden soll. Dadurch können der

individuelle Verlauf und der Dialysebereich wissenschaftlich ausgewertet und abgeglichen werden. Es ist sehr wichtig, dass wir uns qualitätstechnisch transparent orientieren und exakt untersuchen, ob unsere Arbeit als Transplantationsmediziner richtig ist und dem Stand der Wissenschaft entspricht. Diese Verpflichtung ist teilweise bereits in den §§ 8 bzw. 16 TPG vorgesehen und sollte ausgeweitet werden. Ich möchte aber auch darauf hinweisen, dass durch die Dokumentationspflicht zusätzliche Lasten entstehen, die sich in der Kostenberechnung noch nicht widerspiegeln. So ist zum Beispiel das erforderliche Personal noch nicht in die DRGs einkalkuliert. Unabhängig davon, dass eine Dokumentation in einer Datenbank oder einem Register erfolgen muss, ist es auch wichtig, dass die entsprechenden personellen Kapazitäten vorhanden sind.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG): Ich habe Sie so verstanden, Frau Abgeordnete, dass sich Ihre Frage auf das Register der Lebendspender, die bereits gespendet haben, bezieht. Durch ein solches Register soll in erster Linie der Spender auf seinem weiteren Lebensweg geschützt werden. In diesem wie in vielen anderen Krankheitsfällen wäre es ausreichend, wenn der Patient durch eine Dokumentationsstelle des Krankenhauses nach den Vorgaben der Bundesärztekammer erfasst würde. Ein solches Register ist aber vom einem Register, in dem die Spendenbereitschaft erfasst wird, abzugrenzen.

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Die Frage bezieht sich auf ein Register der Lebendspender. Bereits die Enquetekommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ hat sich sehr ausführlich zum Spenderschutz geäußert und eine wegweisende Stellungnahme veröffentlicht. Bei der derzeitigen Rechtslage leiden Lebendspender unter einer eigentlich nicht zumutbaren Be-

weislast. Bei einer späteren Erkrankung muss der Lebendspender den Nachweis führen, dass die Erkrankung nicht auf die Organspende zurückzuführen ist. Deshalb ist es durchaus überlegenswert, ob der gesamte Prozess in einem Register dokumentiert werden soll. Dadurch könnte der Spender zu einem späteren Zeitpunkt einen eventuell erforderlichen Nachweis leichter führen. Unter diesem Aspekt kann ich mir ein Register vorstellen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage betrifft wieder die Lebendspenden und richtet sich an die Bundesärztekammer, den GKV-Spitzenverband und den Bundesverband Niere e.V. Bei Lebendspenden ist zumeist problematisch, dass die Zuständigkeiten zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung nicht klar abgegrenzt sind. Wie kann aus Ihrer Sicht eine gesetzliche Klarstellung zur Abgrenzung der Zuständigkeiten von Kranken- und Unfallversicherung bei Schäden, Komplikationen oder Spätfolgen erfolgen?

SV **Prof. Dr. Hans Lilie** (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Ich bin kein Sozialversicherungsrechtler, sondern Strafrechtler. Daher ist es für mich schwierig, diese Frage kompetent zu beantworten. Nach meiner Auffassung muss der Gesetzgeber die Zuständigkeiten dort verorten, wo sie hingehören und das ist für mich das Versicherungsrecht.

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): In der Tat ist es ein Problem, das im Sozialgesetzbuch gelöst werden muss. Die Schwierigkeiten treten auf, weil die GKV in der Regel die Behandlung der zu einem späteren Zeitpunkt auftretenden Komplikationen finanziert, während die Unfallversicherung diese Kosten nicht übernimmt. Sie finanziert nur die Aufwendungen, die im direkten Zusammenhang mit der Transplantation

stehen. Hier müsste gesetzlich nachgebessert werden. Dazu werden auf Fachebene bereits Gespräche mit dem Bundesministerium geführt.

SV **Peter Gilmer** (Bundesverband Niere e.V. (BN e.V.)): Auch wir sind der Ansicht, dass die Zuständigkeiten gesetzlich geregelt werden müssen. Wir schlagen vor, entsprechende Regelungen in die Sozialgesetzbücher aufzunehmen. Darüber hinaus muss die Versicherung des Organempfängers mögliche Schädigungen oder Aufwendungen des Organspenders finanziell ausgleichen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Das führt zu meiner nächsten Frage an den Bundesverband Niere e.V. Wie könnte eine bessere Absicherung der negativen Folgen, zum Beispiel der geminderten Erwerbsfähigkeit oder der Angehörigen im Todesfall, ausgestaltet sein und finanziert werden?

SV **Peter Gilmer** (Bundesverband Niere e.V. (BN e.V.)): Das sind versicherungsspezifische Fragen, die wir als Patientenorganisation nur allgemein beantworten können. Wir sehen die Notwendigkeit, dass der Lebendspender, das betrifft im Wesentlichen die Nieren- und die Leber spende, abgesichert werden muss. Ansonsten wird die gute Tat für den Spender fraglich. Soll es weiterhin Lebendspenden insbesondere innerhalb der Familie geben, bleibt keine andere Möglichkeit, als die Spende bei der Versicherung des Empfängers sozialversicherungsmäßig abzusichern. Das gilt auch für die Angehörigen bei einem Todesfall.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die DKG und die GKV. Sehen Sie Probleme bei den Vergütungsansätzen für die postmortale Organentnahme?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Das betrifft in erster Linie die Finanzierung der Aufwendungen der Krankenhäuser, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Organentnahme stehen. Allerdings dürfen diese Kosten nicht nur auf die Transplantation reduziert werden. Die gesamte Belastung der Klinik muss in die Kostenertattungserwägung einbezogen werden. DKG, Krankenkassen und Bundesärztekammer haben inzwischen ein Nachkalkulationsverfahren eingeleitet, um die gesamten Kosten, die entstehen und erstattet werden sollen, zu definieren. Es ist uns sehr schwer gefallen, die Krankenkassen davon zu überzeugen, dass die Opportunitätskosten der Krankenhäuser bei der Kalkulation einbezogen werden müssen. Aber wir haben einen Kompromiss gefunden und ein Kalkulationsmodul beim InEK-Institut in Auftrag gegeben. Das Ergebnis werden wir gemeinsam bewerten und die Krankenkassen haben versprochen, dass die ermittelten Vergütungssätze großzügig nach oben gerundet werden. Wir würden uns grundsätzlich wünschen, dass es klare und wenn nötig gesetzliche Vorgaben gibt, so dass die Opportunitätskosten ebenfalls in die Kalkulation einfließen können.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Wir haben uns in der Tat leidenschaftlich gestritten. Die Lösung war die Beauftragung des InEK-Instituts, das nun die Vergütungssätze auf Ist-Kostenbasis kalkuliert. Die Ergebnisse werden in den nächsten Monaten vorliegen. Wir werden diese Kalkulation perpetuieren und jährlich wiederholen, um künftige Auseinandersetzungen zu vermeiden.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage geht an die Verbände Lebertransplantierte Deutschland e.V., Junge Helden e.V. und TransDia e.V. Mich interessiert, wie Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene, umfassende Datensammlung

und Datenweitergabe aus Patientensicht bewerten.

SVe Claudia Kotter (Junge Helden e.V.): Ich bin zunächst als Vertreterin von Junge Helden und nicht als Patientin heute anwesend. Junge Helden arbeitet nicht mit Patienten zusammen, so dass ich nur meine persönliche Sicht darstellen kann. Ich habe mit der Datensammlung und -weitergabe kein Problem, sondern finde es vertretbar.

Die Vorsitzende: Ein Vertreter von TransDia e.V. ist nicht anwesend.

SV Joachim F. Linder (Lebertransplantierte Deutschland e.V.): Nach unserer Auffassung ist die Datenweitergabe grundsätzlich sinnvoll und erforderlich und sollte unter Beachtung des Datenschutzes geregelt werden. Es kann aber nicht sein, dass die wissenschaftliche Durchdringung der Daten über dem Datenschutz steht. Allerdings treten wir für ein Transplantationsregister ein, weil die wissenschaftliche Verfolgung der Daten an diesem Punkt wichtiger ist, als ein Datenschutz, der nur um des Datenschutzes willen durchgeführt wird.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Die nächste Frage richtet sich an Prof. Nashan, die DSO und die DKG sowie an den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht im Rahmen der Erstellung von Verfahrensanweisungen eine Stärkung der DSO vor. Halten Sie dies für sachgerecht?

SV Prof. Dr. Björn Nashan: Die stärkere Einbringung der DSO wurde bereits im Zusammenhang mit dem Transplantationsbeauftragten diskutiert. Das ist aus unserer Sicht vernünftig und würde dem internationalen Standard entsprechen.

SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Es muss eine eindeutige Regelung geschaffen werden. Verfahrensanweisungen sind unabdingbar. Allerdings benötigen die Formulierungen des neu gefassten § 9b TPG an verschiedenen Stellen kleine Präzisierungen. Bleibt die Organspende weiter in der Beliebigkeit einer Gemeinschaftsaufgabe, hat dies zur Folge, dass jeder die Verantwortung nicht bei sich, sondern beim Anderen sieht. Deshalb sind, wie im gesamten medizinischen Bereich, Verfahrensanweisungen erforderlich. Jedes Krankenhaus hat diese für Notfälle. Genauso benötigt ein Krankenhaus Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Thema Organspende. Diese Anweisungen müssen gemeinsam erarbeitet, konsequent gesetzlich geregelt und stringent umgesetzt werden.

SV Axel Mertens (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Wir sehen ebenfalls die Notwendigkeit, Verfahrensanweisungen zu erstellen. Das begründet sich auch aus der EU-Richtlinie. Wir sehen aber unter Umständen Schwierigkeiten in der Normenhierarchie, da sich die in § 16 genannten Verfahrensanweisungen der Bundesärztekammer in einigen Punkten thematisch mit den geplanten Verfahrensanweisungen der DSO überschneiden. Der Gesetzgeber müsste deshalb eine klare Hierarchie der Richtlinien vorgeben. Darüber hinaus sind Krankenhäuser nicht nur nach Ländergesichtspunkten, sondern auch nach Trägergesichtspunkten unterschiedlich strukturiert. Deshalb sind wir der Auffassung, dass es nicht sinnvoll ist, jeden Punkt bis ins Detail einheitlich über die DSO zu regeln. Wir plädieren dafür, die DSO mit der Erstellung von Musterverfahrensanweisungen anstelle der jetzt vorgesehenen Verfahrensanweisungen zu beauftragen und den Gesetzestext so zu verändern, dass diese Anweisungen an die örtlichen Gegebenheiten angepasst werden können.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen es, dass die DSO mehr Verantwortung und Zuständigkeiten übertragen bekommt. Wenn aber nur Musterverfahrensanweisungen zugelassen werden, dann ist es umso wichtiger, dass der Erfolg, zum Beispiel die Ausschöpfung des Organspendepotenzials, in Berichten, eventuell für die Öffentlichkeit, transparent dargestellt wird.

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Ich stimme der DKG zu, es entsteht ein Hierarchie- und Strukturproblem in einem äußerst komplexen Arbeitsfeld. Grundsätzlich müssen die gesamten Prozessabläufe bei einer Transplantation, wenn sie nicht gesetzlich geregelt sind, in Strukturen erfasst werden. Das Problem entsteht dadurch, dass in der Richtlinie der Begriff Verfahrensordnung genannt wird, dieser aber im Gesetzestext einen Fremdkörper darstellt. Wir haben das Transplantationsgesetz, dem die Richtlinienkompetenz der ständigen Kommission Organtransplantation untergeordnet ist. Parallel hierzu gibt es die Verordnungsermächtigung des Ministeriums und quasi eine neue, vierte Ebene, die Standard Operation Procedures. Hier entstehen Regelungskonkurrenzen, die in der Struktur nicht eindeutig abgegrenzt werden. Eine Abgrenzung ist aber in Konfliktfällen unbedingt erforderlich.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Es ist unbestritten, dass die Spendebereitschaft in erster Linie vom Vertrauen in das Gesundheitssystem abhängt. Transparenz ist eine wesentliche Grundlage für dieses Vertrauen und durch das Gesetz soll nun Transparenz geschaffen werden. Herr Prof. Lang, wird nach Ihrer Meinung dieses Ziel erreicht oder sehen Sie Probleme und welche Lösung schlagen Sie dann vor?

SV Prof. Dr. Heinrich Lang: Ich habe zwei Folien zur Erläuterung meiner Position ausgelegt. Wenn ich im Folgenden Kritik übe, will ich damit niemandem unlautere Motive unterstellen. Ich bin Jurist und kein Mediziner, deshalb betrachte ich den Prozess der Organspende auf der normativen Ebene, das heißt, ich untersuche, ob die verfassungsrechtlichen und einfachrechtlichen Vorgaben eingehalten werden. Ihre Frage, ob im System Vertrauen, Kontrolle und Transparenz vorhanden sind, muss ich mit nein beantworten. Ich komme aus Mecklenburg-Vorpommern, das eine relativ hohe Spenderzahl aufweist. Frage ich aber meine Studenten, die in gewisser Weise die Gesellschaft spiegeln, nach ihren Bedenken bei der Organspende, werden jene Argumente genannt, die Prof. Kirste bereits angesprochen hat. Es wird die Befürchtung geäußert, dass man eventuell zu schnell für tot erklärt wird oder es wird auf medial aufbereitete Skandalfälle hingewiesen. Beides wäre zu vernachlässigen, wenn nicht das ernste Problem bestehen würde, dass durch das intransparente System das Vertrauen verloren geht. Dies kann anhand meiner ersten Folie nachvollzogen werden. Wir haben in einem ganz normalen Organspende- und -übertragungsprozess zwischen fünf und sieben verschiedene Institutionen als Akteure und mindestens fünf unterschiedliche Rechtsquellen, die sich zum Teil widersprechen. Es gibt die Transplantationszentren, die Vermittlungsstelle Eurotransplant und die DSO als Koordinierungsstelle. Dann gibt es die Bundesärztekammer, die eine zentrale Position einnimmt, weil sie das Verfahren durch ihre Richtlinien normativ vorsteuert. Diese Richtlinien beziehen sich auf alle zentralen Kategorien und Verfahren der Organtransplantation: das Verfahren der Todesfeststellung, die Ausgestaltung der Warteliste und die Vermittlung der Organe. Die Richtlinien der Bundesärztekammer unterliegen aber keiner staatlichen Genehmigungspflicht. Prof. Lilie hat darauf hingewiesen, dass es problematisch sei, die DSO mit der Erstellung von Verfahrensweisungen zu beauftragen, da man ihr dadurch normative Kompetenzen ge-

währt. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ebenfalls hochproblematisch ist die der Bundesärztekammer übertragene Kompetenz, das Verfahren in Richtlinien zu strukturieren. Aus juristischer Perspektive leidet das Vertrauen oder wird sogar zerstört, wenn in einem komplizierten Normengeflecht die einschlägigen Normen unterschiedlich sind und sich teilweise auch widersprechen. Das ist hier leider der Fall. Richtlinien, Eurotransplant-Handbuch und Transplantationsgesetz haben zum Teil unterschiedliche und auch in sich widersprüchliche Regelungen. Außerdem gibt es, rechtsstaatlich betrachtet, im Transplantationssystem kaum Kontrollen und praktisch keinen Rechtsschutz. Aufsicht und Rechtsschutz sind zentrale rechtsstaatliche Kontrollfelder. Als Verfassungsrechtler muss man konstatieren, dass das bestehende System kein Vertrauen schaffen kann, weil es von intransparenten Strukturen geprägt ist. Der zentrale Fehler ist bereits im Transplantationsgesetz angelegt. Das Gesetz geht davon aus, dass die Organzuteilung eine medizinische Entscheidung ist. So müssen nach §§ 12 und 16 TPG die Organe nach dem „Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ zugeteilt werden. Aber die Organzuteilung ist keine medizinische Frage, sondern eine Gerechtigkeitsfrage. Wir müssten uns darüber Gedanken machen, wenn nicht alle Patienten überleben können, nach welchen Kriterien welche Patienten überleben sollen. Die Beantwortung dieser Frage sollte aus meiner Sicht nicht untergeordnet in die Richtlinien der Bundesärztekammer verschoben werden.

Abg. **Kathrin Vogler (DIE LINKE.):** Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass ein unübersichtliches bürokratisches Verfahren der Organtransplantation entstanden sei, durch das die Arbeit weder besser strukturiert noch erfolgreicher werde. Ich bitten Sie, diese Aussage näher zu begründen und die aus Ihrer Sicht positiven Aspekte des Gesetzentwurfs zu erläutern.

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Das Transplantationsgesetz war zu Beginn ein kleines kompaktes Gesetz, das durch die Umsetzung der EU-Richtlinie zur Gewebespende und -transplantation ergänzt wurde. Das brachte Strukturveränderungen, so dass das Gesetz für viele Menschen unübersichtlich und nicht mehr nachvollziehbar wurde. Einzelne Paragraphen und Absätze ziehen sich teilweise über eine halbe Seite, was der Umsetzung der EU-Richtlinie geschuldet ist. Deren Vorgaben und Regelungen sind weitgehend vom anglo-amerikanischen Rechtsdenken dominiert, das aber in vielen seiner Grundprinzipien nicht in die deutsche Rechtsstruktur passt. Hinzu kommt der Wunsch, jedes Detail in einer umfassenden Definition festhalten zu wollen. Positiv ist, dass im vorliegenden Gesetzentwurf zum Beispiel ein § 9a und ein § 9b eingeführt wird. Dadurch werden zumindest die grundlegenden Strukturveränderungen übersichtlich hervorgehoben. Im Übrigen beziehe ich mich auf meine Ausführungen zur Hierarchieproblematik innerhalb der Norm. Vor dem Hintergrund der tiefgreifenden Veränderungen in der Gewebemedizin und der Strukturschwächen der Vorschriften empfehle ich, an einigen Stellen einen a-Absatz einzuführen oder deutlicher zu strukturieren, damit die einzelnen Vorschriften besser lesbar werden. Als Beispiel möchte ich § 11 TPG nennen. Diese Regelung ist in meiner Lesefassung mehrere Seiten lang. Durch eine konsequentere Strukturierung könnte die Lesbarkeit enorm verbessert werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer und an Prof. Lang. Wie können die Richtlinien zur Wartelistenführung und Organvermittlung weiterentwickelt und an neue medizinische Erkenntnisse angepasst werden?

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bun-

desärztekammer): Die Arbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation wurde gerade kritisiert. Der zentrale Punkt ist allerdings, dass die Ständige Kommission Organtransplantation bei ihrer Arbeit an den Richtlinien darauf angewiesen ist, dass die Mediziner die neuesten medizinischen Erkenntnisse als Änderungsbedarf wissenschaftlich fundiert in die Kommission hineinragen. Das ist eigentlich die Kernarbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation. Die Kommission versucht, die Richtlinien entsprechend dieses Erkenntnisstands zu aktualisieren. So sind die grundsätzlichen Veränderungen bei der Leberallokation und das Meldesystem von außen initiiert worden. Derzeit wird ein neuer Allokations-Score für Lungen (Lung Allocation Score) erarbeitet. Die Experten tragen ihre Erkenntnisse in die Kommission hinein und diese schreibt die Änderungen ständig fort. Es ist einer der großen Vorzüge der Kommissionsarbeit, dass sie wissenschaftlich auf dem Stand der neuesten Erkenntnisse sein kann. Auch die Kritiker des Systems betonen immer wieder, dass der Output der Ständigen Kommission in Ordnung ist.

SV Prof. Dr. Heinrich Lang: Meiner Meinung nach ist die Frage so nicht richtig formuliert. Das Problem liegt gerade in der fehlenden normativen Vorsteuerung. Das Gesetz verwendet die Begriffe Erfolgsaussicht und Dringlichkeit, die sich aber tendenziell widersprechen. Die Mediziner wissen, dass die Erfolgsaussicht besser ist, wenn die Dringlichkeit noch nicht so hoch ist. Als Verfassungsrechtler warne ich aber davor, dieses Thema auf die untergesetzliche Ebene zu verlagern, da es sich um eine existenzielle Frage handelt. Es geht um die grundrechtliche Frage von Leben und Tod. Der demokratisch legitimierte Gesetzgeber muss durch eindeutige Vorgaben vorsteuern. Er darf sich dieser Verantwortung nicht entziehen. Tut er es dennoch, verfehlt er verfassungsrechtliche Vorgaben. Die meisten Verfassungsrechtler, die sich mit diesem Thema beschäftigen, sind der Auffassung, dass das derzeitige System unhaltbar ist.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und den Vertreter der Lebertransplantierten. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die konkrete Ausgestaltung der Position des Transplantationsbeauftragten durch Landesrecht erfolgt. Sehen Sie spezielle Punkte, die eine bundeseinheitliche Regelung erfordern?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Wir benötigen eine bundeseinheitliche Regelung, um durch die Transplantationsbeauftragten eine gleichmäßige Verbesserung der Spendequote zu erzielen. Bislang gab es Landesregelungen, die aber nicht zum gewünschten Ergebnis geführt haben. Die Qualifikation und die Aufgabenstellung des Transplantationsbeauftragten müssen bundesweit normiert und in einem zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vertrag konkretisiert werden. Das ist eine untergesetzliche Lösung. DKG und GKV-Spitzenverband sind möglicherweise für die Finanzierungsfrage verantwortlich. Diese lässt sich besser lösen, wenn bundesweit die gleichen Anforderungen gestellt werden.

SV **Joachim F. Linder** (Lebertransplantierte Deutschland e.V.): Der Referentenentwurf sieht zwar durch § 9b eine deutliche Regelungserweiterung zu den Transplantationsbeauftragten vor, diese ist aber nicht ausreichend. Positiv ist, dass die Weisungsfreiheit und die Verantwortung für den Organspendeprozess im Regierungsentwurf konkreter geregelt sind. Wir kritisieren allerdings, dass laut Referentenentwurf zum Beispiel ein Mitglied des Pflegepersonals Transplantationsbeauftragter werden kann, wenn der Landesgesetzgeber dies so regelt. Dies ist mit der Struktur einer Klinik unvereinbar. An dieser Stelle muss eine Klarstellung erfolgen. Der Transplantationsbeauftragte muss Mediziner sein.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an den Verband der Lebertransplantierten. In Ihrer Stellungnahme führen Sie aus, dass Sie im Gesetzentwurf Elemente der Patientinnen- und Patientenbeteiligung vermissen. Können Sie diese Aussage näher begründen und erklären, wie eine Patientenbeteiligung aussehen könnte.

SV **Joachim F. Linder** (Lebertransplantierte Deutschland e.V.): Wir sind der Ansicht, dass Transplantierte bzw. schwerkranke Wartepatienten in den Prozess nicht objektbezogen, sondern als Handelnde oder Mithandelnde über ihre Verbände einbezogen werden sollten. Sie müssen in den entsprechenden Kommissionen und Gremien, zumindest analog dem Erfolgsmodell Gemeinsamer Bundesausschuss, mit Teilnahme- und Rederecht vertreten sein. Die untergesetzlichen Regelungen und insbesondere die Verträge müssen mit Beteiligung der Patienten- bzw. Betroffenenorganisationen verhandelt und geschlossen werden. In diesem Sinne bietet die Formulierung „und weitere Sachverständige“ vielleicht die Möglichkeit, den Betroffenen eine Teilnahme zu ermöglichen, ohne dass eine Gesetzesänderung erforderlich ist. Transplantierte sind immer Betroffene, weil sie Organe empfangen haben, weil sie vorher Wartepatienten waren und weil ein Teil retransplantiert werden muss. Die Interessen der Transplantierten müssten in Form einer Patientenbeteiligung weitaus stärker in den gesamten Prozess implantiert werden, als sie es derzeit im Gesetzentwurf sind.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Eine weitere Frage geht an die Bundesärztekammer und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie schätzen Sie die Rolle der DSO ein, die sowohl Koordinierungsstelle für die Organspende als auch Interessensvertretung der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste ist? Würde bei einer verpflichtenden Hinzu-

ziehung der DSO zu viel Druck auf die Angehörigen ausgeübt werden?

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Nach unseren bisherigen Erfahrungen und Wahrnehmungen macht sich die DSO gerade bei der Frage Organspende immer wieder und nachdrücklich für ergebnisoffene Gespräche stark. Prof. Kirste hat es bereits ausführlich dargelegt. In diesem Zusammenhang ist die Mitarbeiterschulung der zentrale Punkt. Ich habe an Mitarbeiterschulungen der DSO teilgenommen, kenne eine Vielzahl der Koordinatorinnen und Koordinatoren persönlich und habe die ergebnisoffene Diskussion der Fragestellung erlebt. Daher sind wir, meiner Meinung nach, auf dem richtigen Weg.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG): Ich bin der Vertreter der DKG im Stiftungsrat der DSO und fühle mich natürlich dem System der DSO verpflichtet. Es gibt keine auch nur im Ansatz vorhandenen Vorbehalte gegen die Arbeit der DSO. Wir würden uns aber wünschen, dass das Hinzuziehen der DSO zu den Beratungsgesprächen oder ihr Einbeziehen in die konkreten Prozessabläufe in erster Linie ein subsidiär angebotener Service der DSO ist. Dadurch erhalten die Krankenhäuser den Freiraum, bei Bedarf auch mit ihren eigenen Möglichkeiten zu arbeiten. Aber grundsätzlich sind in diesem Gesamtprozess die Serviceangebote und -leistungen der DSO unverzichtbar.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Vertreter von Lebertransplantierte Deutschland e.V. Nach Ihrer Einschätzung wird es durch die geplanten Neuerungen mehr Spenderorgane geben, aber weniger Organspender. Können Sie diese Aussage erläutern?

SV Joachim F. Linder (Lebertransplantierte Deutschland e.V.): Diese Interpretation unserer Stellungnahme kann ich nicht nachvollziehen.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine ersten Fragen gehen an Prof. Dr. Schaffartzik. Vor dem Hintergrund Ihrer praktischen Erfahrung im Klinikalltag möchte ich gern wissen, welche organisatorischen und finanziellen Faktoren entscheidend sind, um die Zahl der Organspenden langfristig zu steigern. Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen und halten Sie diese für ziel führend?

SV Prof. Dr. Walter Schaffartzik: Der Transplantationsbeauftragte ist in Krankenhäusern, die sich mit Organspende beschäftigen, seit Jahren gelebte Praxis. Eventuell ist nur die Bezeichnung eine andere. Im Allgemeinen sind die Transplantationsbeauftragten Intensivoberärzte mit langjähriger Berufserfahrung. Es ist aber schwierig, in der Kürze der Zeit sämtliche Aufgaben eines Transplantationsbeauftragten zu präzisieren. Er übernimmt grundsätzlich eine zentrale Position während des gesamten Spendeprozesses. Prof. Reichart hat die Anforderungen bereits dargestellt. Es geht nicht nur um die Organentnahme. Die größere Anforderung an die Ärzte auf einer Intensivstation ist es, die potenziellen Spender am Leben zu erhalten. Dies fällt definitiv in den Aufgabenbereich des Transplantationsbeauftragten. Sehr wichtig ist auch das Gespräch mit den Angehörigen, Prof. Kirste hat es bereits erläutert. Auch unser Krankenhaus führt hausinterne Schulungen zur Gesprächsführung durch. Auf diesem Gebiet kann die Zusammenarbeit mit der DSO sehr sinnvoll sein. Allerdings kann das Vertrauensverhältnis zu den Angehörigen eines potentiellen Spenders nur durch den behandelnden Arzt oder den Transplantationsbeauftragten im Krankenhaus hergestellt werden. Der Arzt kann bereits wäh-

rend der Behandlung, wenn er absieht, dass der Krankheitsverlauf in die Diagnose Hirntod münden wird, den Angehörigen eine mögliche Organspende nahe bringen. Zu diesem Zeitpunkt werden die Weichen bereits gestellt. Wie bereits erwähnt, muss der Transplantationsbeauftragte hochqualifiziert sein, wenn er erfolgreich arbeiten soll. Im Änderungsgesetz fehlen hierzu genauere Ausführungen. Dort heißt es nur, er müsse qualifiziert sein. Die erforderliche Qualifikation könnte anhand der Weiterbildungsordnung für Ärzte definiert werden. Der Transplantationsbeauftragte kann ein Facharzt sein, der sich auf dem Gebiet der Intensivmedizin weitergebildet hat oder es kann eine zweijährige Zusatzweiterbildung Intensivmedizin als Qualifikation verlangt werden oder es müssen berufliche Erfahrungen auf einer neurologischen oder neurochirurgischen Intensivstation nachgewiesen werden. Eine weitere Qualifikationsgrundlage kann die Häufigkeit der Teilnahme an Spenderkonditionierungen sein. Der Transplantationsbeauftragte muss in der Lage sein, Ärzte bei der Behandlung Sterbender oder Hirntoter zu beraten. Man darf den Blick nicht nur auf große Kliniken richten, die bereits seit Jahren auf diesem Gebiet arbeiten, sondern man muss auch auf die Verhältnisse in ländlichen Regionen schauen. Dort ist es sehr wohl notwendig, dass der Transplantationsbeauftragte die bestmögliche Qualifikation für die Tätigkeit hat.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sehen Sie an weiteren Punkten des Gesetzentwurfs Änderungs- oder Ergänzungsbedarf?

SV **Prof. Dr. Walter Schaffartzik**: Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Definition der so genannten Entnahmekrankenhäuser. Es wird enorm schwierig, wenn das Entnahmekrankenhaus nur danach definiert wird, ob es einen Operationssaal hat. Dies wird der Sache nicht gerecht. Zur Hirntodfeststellung sind bestimmte Untersuchungen er-

forderlich, die die Krankenhäusern auch leisten können müssen. Ich plädiere dafür, den Krankenhäusern mit einem geringen Spendenaufkommen zu erlauben, zusammen mit anderen Krankenhäusern einen gemeinsamen Transplantationsbeauftragten zu beschäftigen. Zudem sollten die Krankenhäuser nach Eintritt des Hirntodes die Möglichkeit haben, den Hirntoten in ein Entnahmekrankenhaus zu verlegen. Denn es gilt in allen Bereichen, ohne Routine leidet die Qualität bzw. kann die Qualität nicht verbessert werden.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an die DSO und den GKV-Spitzenverband. Genügt die Konkretisierung der Meldepflicht in § 9a Absatz 2 Transplantationsgesetz, um sicherzustellen, dass alle potenziellen Organspender gemeldet werden? Falls nicht, was wäre zu ergänzen?

SV **Prof. Dr. Günter Kirste** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Es ist international üblich, dass die Spendeorganisationen in den Organspendeprozess einbezogen werden, wenn der so genannte Glasgow Coma Scale (Glasgow Koma Skala) auf einen Wert von unter fünf gefallen ist. Das sind Patienten, deren Rekonvaleszenz nach ärztlichem Ermessen nicht mehr möglich ist. In diesem Stadium kann die Spendeorganisation bereits erste Gespräche mit den Angehörigen führen, und gleichzeitig die Klinik beraten. Es gibt viele sehr kleine Krankenhäuser, die eine fachliche Unterstützung, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Sicherheitsuntersuchungen, benötigen. Deshalb ist eine frühzeitige Rücksprache unbedingt erforderlich. Die jetzt gefundene Formulierung ist zwar sehr viel konkreter als die alte in § 11 Absatz 4, müsste aber trotzdem ergänzt werden. Die Krankenhäuser müssen verpflichtet werden, mit der Koordinierungsstelle Kontakt aufzunehmen, um sich beraten zu lassen. Es kann aus unserer Sicht nicht sein, dass in kleineren Krankenhäusern, in denen diese Fälle sehr

selten sind, mögliche Spender wegen ihres Alters als für eine Organspende ungeeignet angesehen werden. Dies ist nicht mehr Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft. Wir werden Ihnen diesen Ergänzungsvorschlag schriftlich zukommen lassen. Darüber hinaus meinen wir, dass in § 9a ebenfalls eine Ergänzung notwendig ist. Die Meldung aus den Krankenhäusern muss Teil der Qualitätssicherung werden. Dr. Leber vom GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen. Das Transplantationsgesetz enthält seit 14 Jahren die Meldepflicht für die Krankenhäuser – das Ergebnis ist bekannt. Es ist deshalb entscheidend, dass die Krankenhäuser stärker als bisher verpflichtet werden, ihrer Meldepflicht nachzukommen und es muss konkret geprüft werden, ob sie dies auch in allen Fällen tun.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Das Spenderpotenzial eines Krankenhauses kann nachträglich aus Routinedaten, also ohne zusätzlichen Aufwand, ermittelt werden. Vergleicht man dieses Ergebnis mit den tatsächlich erfolgten Meldungen, ergeben sich erhebliche Zweifel, ob alle Krankenhäuser ihrer Meldepflicht nachgekommen sind. Deshalb befürworten wir, dass das Spenderpotenzial in den Krankenhäusern routinemäßig ermittelt und der Ausschöpfungsgrad transparent und eventuell auch veröffentlicht wird. Diese Regelung muss als Verpflichtung unbedingt in das Gesetz aufgenommen werden. Sie steht in engem Bezug zur Institution des Transplantationsbeauftragten, da dieser das Potenzial stärker als bisher ausschöpfen soll.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an die DSO. Wie kann man nach Ihrer Ansicht auf der organisatorisch-technischen Ebene von den Strukturen in Spanien lernen?

SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Man kann in vielerlei Hinsicht von den spanischen Strukturen lernen. Die Spanier haben die höchste Spenderate in Europa mit 34 Spendern pro eine Million Einwohner. Das Potenzial zur postmortalen Organspende liegt bei jährlich rund 40 Fällen. In den USA, in Deutschland oder den Niederlanden ist das Potenzial ebenfalls so hoch. Es stellt sich deshalb die Frage, was in Spanien besser gemacht wird. Die Organisation ist in Spanien eindeutig besser, weil sie sehr viel stringenter angelegt ist. Allerdings basiert sie auf einem anderen staatlichen Medizinsystem. Es kann durchaus sein, dass die Organisation in dieser Struktur einfacher zu regeln ist. Entscheidend ist aber, dass Spanien eine klare Regelung des gesamten Ablaufprozesses der Organspende hat und das ist auch unbedingt erforderlich. Ich habe es bereits erwähnt, es ist einfach, alles der Beliebigkeit einer Gemeinschaftsaufgabe zu überlassen. Das hilft aber wenig. Es werden entsprechende Vorgaben und Regelungen benötigt. Diese sind in Spanien vorhanden, was den wesentlichen Vorteil des spanischen Systems ausmacht. Ein positives Beispiel im Eurotransplant-Verbund ist Kroatien. Das Land hat in einem Zeitraum von acht Jahren die Vervierfachung der Spendezahlen auf 24 pro eine Million Einwohner erreicht. Damit liegt Kroatien deutlich vor Deutschland. Gelungen ist dies im Prinzip durch die Einführung stringenter Maßnahmen.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Bundesärztekammer und an den GKV-Spitzenverband. Welche zusätzlichen Angaben sollten im Jahresbericht der an den Organtransplantationen beteiligten Kliniken enthalten sein, um das Spenderpotenzial in diesen Krankenhäusern valide beurteilen zu können?

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Ich kann mich auf das

beziehen, was Prof. Banas bereits dargestellt hat. Wir müssen ein einheitliches Datensystem entwickeln, in das alle Beteiligten involviert sind. Derzeit gibt es unterschiedliche Strukturen. Dies beginnt bei den Kliniken und endet bei der Kollaborativen Transplantationsstudie (Collaborative Transplant Study, CTS) in Heidelberg. Es ist unbedingt erforderlich, die Datenstrukturen zu vereinigen. In der täglichen Arbeit leiden wir darunter, dass die Wege des Datenflusses und die Systeme unterschiedlich sind und deshalb die Datenstruktur nicht vereinheitlicht werden kann. Die jetzt begonnene Arbeit zur Vereinheitlichung, an der sich eventuell auch Eurotransplant beteiligen will, führt vielleicht dazu, dass wir einen besseren Überblick bekommen.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Ich habe bereits auf die Darstellung des Spenderpotenzials hingewiesen. Ansonsten ist es sehr wichtig, dass die Strukturen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung mit Leben gefüllt werden. Dadurch erhalten wir eine Übersicht zu den längerfristigen Überlebensraten und zum Erfolg einer Transplantation. Es ist schade, dass der Bundesärztekongress in Kiel beschlossen hat, dass dies möglichst nicht zustande kommen soll.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es ist jetzt schon mehrfach das Wort Entnahmekrankenhaus gefallen. Mich würde interessieren, was die DKG von diesem Begriff hält?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Wir halten den Begriff Entnahmekrankenhaus für problematisch. Bisher sind die Krankenhäuser nicht im Gesetz normiert oder kategorisiert. Wenn ich an die 17 Millionen Patienten denke, die pro Jahr aus den unterschiedlichsten Gründen ins Krankenhaus gehen, frage ich mich, ob es gut ist, dass eine solche sprachliche Kategorisierung

eingeführt wird. Wir schlagen als Alternative vor, den Begriff zu enttechnisieren, um dieser problematischen Assoziation keinen Raum zu geben.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die Bundesärztekammer. In der vorgeschlagenen Änderung zu § 10 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes wird vorgeschlagen, dass die Transplantationszentren die ordnungsgemäße Durchführung der Organ- und Spendercharakterisierung sowie die Einhaltung der Vorgaben für die Konservierung und den Transport der Organe kontrollieren sollen. Halten Sie diese Regelung für praxistauglich?

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Wenn wir uns die tägliche Arbeit und den Ablauf des Organspendeprozesses ansehen, dann ist natürlich die Spendercharakterisierung und die Einhaltung der Vorgaben für die Koordinierung im Kern eine ärztliche Aufgabe. Es ist deswegen strukturbedingt völlig richtig, wenn das Krankenhaus, in dem die Maßnahme durchgeführt wird, auch für die ärztliche Diagnostik zuständig ist. Die Häuser haben eine gewisse Routine. Deshalb meine ich, dass dies eine gute und praxistaugliche Regelung wäre.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage nochmals die Bundesärztekammer. Welche ergänzenden Regelungen halten Sie im Hinblick auf die Dokumentation der Hirntoddiagnostik für erforderlich und wie begründen Sie diese?

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Diese Frage sollte meiner Meinung nach nicht heute, sondern in der Anhörung zu den ethisch-moralischen Aspekten der Organspende diskutiert werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte noch eine Frage zu den Transplantationsbeauftragten an die DSO. Wie beurteilen Sie die in § 9b vorgesehene Möglichkeit, dass im Landesrecht Ausnahmen von der generellen Pflicht zur Bestellung eines Transplantationsbeauftragten gemacht werden können?

SV **Prof. Dr. Günter Kirste** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Im Grunde ist die Ausnahmeregelung ein Schlupfloch. Wir schlagen vor, sich das Ausführungsgesetz von Hessen anzusehen. Darin sind die Voraussetzungen für die Ausnahme definiert. Es gibt sicherlich Krankenhäuser, die, obwohl sie eine Intensivstation haben, kaum solche Fälle haben werden. Es wurde der Vorschlag gemacht, dass mehrere Krankenhäuser gemeinsam einen Transplantationsbeauftragten benennen. Im Moment kann man noch nicht definitiv festlegen, welche Klinik einen Transplantationsbeauftragten benötigt und in welcher eine halbe Stelle ausreichend sein würde. Ich denke aber, dass die Ausnahmen klarer definiert werden müssen, damit sie nicht als Schlupfloch dienen, um keinen Transplantationsbeauftragten benennen zu müssen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an die Bundesärztekammer. Im Gesetzentwurf wird die Bundesregierung zum Erlass einer neuen TPG-Organverordnung ermächtigt. Halten Sie eine neue Verordnung für sinnvoll oder gibt es Alternativen?

SV **Prof. Dr. Hans Lilie** (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Die Frage ist, wie weit man Regelungen zur Organspende herunterdeklinieren muss. Prof. Lang hat die verfassungsrechtliche Kernfrage angesprochen. Ich befürchte, dass für die in der Praxis tätigen Mediziner und für die Menschen auf den Wartelisten die

Rechtslage zu unübersichtlich wird. Ich sehe natürlich den Aspekt der Rückkopplung in die parlamentarische Verantwortung. Ich frage mich aber auch, ob eine Rückkopplung auf diesem Weg optimal geschehen kann. Ich könnte mir durchaus vorstellen, dass man zum Beispiel die Vorgaben nur für ganz bestimmte Dinge gesetzlich regelt und andere Sachverhalte der Regelungskompetenz der Selbstverwaltungsgremien überlässt. Die Ergebnisse der Arbeit der Selbstverwaltungsgremien können zu schnellen Änderungen führen. Dies wird auch von den Kritikern der geltenden Rechtslage nicht bezweifelt. Ich weiß aus anderen Bereichen, wie schwierig es ist, eine Verordnung zu aktualisieren. Das würde der gesamten medizinischen Entwicklung eher Trägheit verleihen als praxisrelevante Schnelligkeit und patientenorientiertes Verhalten ermöglichen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich finde es mutig, zu sagen, in der Selbstverwaltung gebe es schnelle Entscheidungen – aber das ist eine andere Debatte. Ich habe eine Frage an den Bundesverband Niere e.V., an Lebertransplantierte Deutschland e.V., Junge Helden e.V. und an TransDia e.V. Haben Sie über die bisherigen Vorschläge hinaus weitere Verbesserungsvorschläge, um die Organspendebereitschaft zu erhöhen?

SV **Peter Gilmer** (Bundesverband Niere e.V. (BN e.V.)): Wir haben keine weiteren Vorschläge.

SV **Joachim F. Linder** (Lebertransplantierte Deutschland e.V.): Wir erkennen schon deutliche Möglichkeiten. Nach unserer Auffassung ist das Thema Organspende bzw. die Akzeptanz der Organspende und damit das Nachdenken über den eigenen Tod, anders als beispielsweise in Österreich oder in Spanien, noch nicht wirklich in unserer Gesellschaft verankert. Prof. Kirste hat in einer Fernsehsendung berichtet, dass nur zehn Pro-

zent der Hirntoten im Besitz eines Organspendeausweises gewesen seien. Durch eine gezieltere Aufklärung und durch eine stärkere finanzielle Unterstützung der Aufklärung – 1,5 Millionen Euro sind zu wenig – kann durchaus eine Verbesserung der Organspendebereitschaft erreicht werden. Das Thema Organspende muss auch an den Schulen diskutiert werden. Das liegt natürlich nicht in der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers, sondern betrifft die Kulturhoheit der Länder. Wir befürchten, dass durch den aktuellen Gesetzesentwurf, der nur noch die Entnahmekrankenhäuser zur Meldung von potentiellen Organ Spendern verpflichtet, die Situation nicht verbessert wird. Der Kreis der meldepflichtigen Krankenhäuser wird dadurch eingeschränkt. Einerseits gehen wir davon aus, dass durch gezielte Aufklärung und Lösungen, die wir in der nächsten Anhörung diskutieren werden, die Organspendebereitschaft in der Gesellschaft zunimmt. Andererseits befürchten wir, dass durch den Begriff Entnahmekrankenhaus, der weniger meldepflichtige Krankenhäuser als bisher umfasst, die Diskussion verlagert wird. Krankenhäuser, die sich bislang nicht an der Organspende beteiligten, werden mit fehlender personeller und technischer Ausstattung argumentieren, um kein Entnahmekrankenhaus zu werden.

Sve Claudia Kotter (Junge Helden e.V.): Wir sind kein Patientenverband, sondern eine Organisation, die sich ausschließlich um die gezielte Aufklärung junger Menschen kümmert. Wir wollen uns zu den einzelnen gesetzlichen Regelungen nicht äußern, weil es unsere fachliche Kompetenz übersteigt. Selbstverständlich ist uns klar, dass ein großer Änderungsbedarf besteht. Ich kann nur unterstreichen, dass die Aufklärung vor allem an Schulen und bei jungen Leuten wichtig ist. Hier können wir mit unseren Erfahrungen aus den letzten acht Jahren enorm viel beitragen. Ich denke, man muss sich viel stärker auf die junge Zielgruppe konzentrieren, die dem Thema positiv gegenübersteht.

Die **Vorsitzende**: Ein Vertreter von TransDia ist leider nicht anwesend.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe Fragen an den GKV-Spitzenverband, die DSO und die DTG. Es wird immer wieder behauptet, dass die Kliniken nicht alle potenziellen Spender melden. Wäre es aus Ihrer Sicht hilfreich, wenn man die abgerechneten DRGs (Diagnosis Related Groups), zum Beispiel bei verstorbenen Polytraumapatienten, und die Zahlen der tatsächlichen Organspenden in einer jährlichen Statistik gegenüberstellt? Sollten dann deutlich weniger Organe entnommen worden sein, als auf Grund der potenziellen Patienten zu erwarten gewesen wäre, müsste dies begründet werden. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Ich habe gerade versucht zu erläutern, dass in der Tat die Möglichkeit besteht, aus Routine- bzw. Abrechnungsdaten oder DRGs das ungefähre Potenzial an Spendern, bereinigt um die Fälle, bei denen auf Grund von Nebenerkrankungen keine Organentnahme infrage kommt, zu ermitteln. Die Möglichkeit der routinemäßigen Auswertung muss deshalb gesetzlich geschaffen werden.

SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Ich kann mich den Ausführungen von Dr. Leber anschließen. Auch unser Vorschlag geht in diese Richtung. In § 9a, der sich auf die Entnahmekrankenhäuser bezieht, müsste eine Qualitätssicherung eingefügt werden. Die neue Regelung bedeutet sicherlich einen deutlichen Fortschritt gegenüber dem derzeitigen System. Aber die Erfassung dieser Daten halten wir für unabdingbar, weil nur so festgestellt werden kann, ob tatsächlich in jedem Einzelfall an eine Organspende gedacht wurde. Wir sehen darin einen edukativen Effekt, denn die Ärzte können aus diesen Daten lernen. Wir machen diese Erfahrungen gerade in

unserem Inhouse-Koordinationsprojekt, wo wir genau diesen Weg gegangen sind. Mittels eines Moduls werden die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser dahingehend überprüft, ob bei bestimmten Todesfällen eine Organspende in Erwägung gezogen wurde.

SV Prof. Dr. Bernhard Banas (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Ich kann diesen Vorstoß nur unterstützen. 110 große Krankenhäuser mit Transplantationszentren oder neurochirurgischen Abteilungen unterstützen dieses System bereits freiwillig. Sie haben mit der DSO Verträge geschlossen und nehmen am Inhouse-Koordinationsprojekt teil. Dabei liefern sie Daten anhand deren geprüft wird, ob das vorhandene Spenderpotenzial genutzt wird.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Herr Dr. Leber, Sie haben davon gesprochen, dass ein Algorithmus zur Abschätzung des Organspendepotenzials vorhanden ist. Können Sie erläutern, worauf der Algorithmus basiert und kann damit abgeschätzt werden, wie viele Kliniken ihr Organspendepotenzial ausschöpfen?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Es wurde vorhin darauf hingewiesen, dass die DSO den Algorithmus entwickelt hat und diesen im Rahmen des Inhouse-Koordinations-Projektes zur Potenzialanalyse einsetzt. Der Algorithmus wertet die Routinedaten aus und identifiziert Patienten mit bestimmten Merkmalen, die auf einer Intensivstation verstorben sind. Dieses ist ein erprobtes Instrument und gängige Praxis.

Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer. Der Ärztetag hat Anfang diesen Monats beschlossen, die Bevölkerung besser über die Möglichkeiten der Organspende und der Transplantationsmedizin zu in-

formieren. Das Ziel ist, dass möglichst viele Bürger ihre Bereitschaft zur Organspende erklären. Wie stellen Sie sich das konkret vor?

SV Prof. Dr. Hans Lilie (Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer): Ich habe diese Frage eher in der nächsten Anhörung verortet. Zudem bin ich Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer und kein Mitglied der Bundesärztekammer. Ich habe an der angesprochenen Sitzung nicht teilgenommen und kann und darf zu dem Beschluss keine Stellungnahme abgeben.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe eine Frage an die DSO und an Prof. Dierks. Die Bestellung eines Transplantationsbeauftragten soll verpflichtend eingeführt werden. Dazu müssen die Anforderungen an diesen konkretisiert werden. Welche Anforderungen oder Aufgabenzuweisungen sollten bundeseinheitlich geregelt sein und nicht durch Landesrecht bestimmt werden?

SV Prof. Dr. Günter Kirste (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Ich denke, die Aufgabenzuweisung an die Transplantationsbeauftragten sollte grundsätzlich bundeseinheitlich erfolgen, da die Aufgaben in allen Krankenhäusern gleich sind. Es ist ein Verdienst des vorliegenden Entwurfs, dieses als bundeseinheitliche Lösung vorzuschlagen. Die Transplantationsbeauftragten haben nach der derzeitigen Gesetzesformulierung eine Reihe von Tätigkeiten auszuüben. Dazu gehört u. a. die Feststellung von geeigneten Spendern. Diese ist weltweit gleich. Dazu gehören auch die in der EU-Richtlinie vorgesehenen Sicherheits- und Qualitätsstandards, die einheitlich umgesetzt werden müssen. Deshalb ist es wenig sinnvoll, die Tätigkeitsbeschreibung auf die Länderebene zu delegieren. Die gesamte Aufgabenzuweisung muss

selbstverständlich bundeseinheitlich geregelt werden.

SV Prof. Dr. Dr. Christian Dierks: Ich kann nur in die selbe Richtung argumentieren. Die acht in unserer Stellungnahme aufgeführten Anforderungen müssen auf jeden Fall bundesweit einheitlich geregelt werden. Es ist ganz wichtig, dass landesunterschiedliche Ausprägungen, wie wir sie in der Vergangenheit beobachtet haben, vermieden werden, da ansonsten die Kooperation zwischen den Transplantati-

onszentren in den Ländern nicht reibungslos funktionieren kann.

Die **Vorsitzende:** Damit sind wir am Ende unserer Anhörung und ich darf mich bei allen Anwesenden für die Fragen und vor allen Dingen für die Antworten bedanken.

*Die **Vorsitzende** beendet die Sitzung um 16:40 Uhr.*