

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
118. Sitzung

Berlin, den 24.06.2013, 12:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Wolfgang Zöllner, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Vogler, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Transparenz und öffentliche Kontrolle im Prozess der Organspende herstellen

BT-Drucksache 17/12225

sowie dem

Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Organspende in Deutschland transparent organisieren

BT-Drucksache 17/11308

und dem

Antrag der Abgeordneten Jens Spahn, Stefanie Vogelsang, Michael Grosse-Brömer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU sowie der Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach, Dr. Marlies Volkmer, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Gabriele Molitor, Rainer Brüderle und der Fraktion der FDP sowie der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Vogler, Dr. Gregor Gysi und der Fraktion DIE LINKE. sowie der Abgeordneten Birgitt Bender, der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

System der Organtransplantation in Deutschland nachhaltig stärken: Konsequenzen aus den Manipulationen an Patientendaten in deutschen Transplantationskliniken

BT-Drucksache 17/13897

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, 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
Hüppe, Hubert
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

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

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

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

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kieckbusch, Susanne
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Beginn der Sitzung: 12.00 Uhr

Amtierender Vorsitzender, Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich darf Sie zur letzten offiziellen Anhörung in dieser Legislaturperiode recht herzlich begrüßen. Ich begrüße als Vertreterin der Bundesregierung, Frau Staatssekretärin Widmann-Mauz, ich begrüße die Sachverständigen, die Vertreter der Medien und natürlich auch die interessierten Zuschauer. Für diejenigen, die zum ersten Mal an einer solchen Anhörung teilnehmen noch einige Erläuterungen zum Verfahren. Die gesamte uns zur Verfügung stehende Zeit von zwei Stunden ist in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen, entsprechend ihrer Stärke im Parlament, aufgeteilt. Um einen reibungslosen Ablauf der Anhörung zu gewährleisten, möchte ich die aufgerufenen Sachverständigen bitten, die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen sowie ihre Antworten möglichst kurz zu halten. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden die Mobiltelefone auszuschalten. Die Videoaufnahmen und das Protokoll werden auf der Ausschusseite im Internet veröffentlicht. Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir können also beginnen. Das Fragerecht hat die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Auch von mir einen herzlichen Dank im Namen der Fraktion der CDU/CSU dafür, dass Sie so kurz vor der Sommerpause hier noch einmal zu einer Anhörung zusammengekommen sind. Ich habe zunächst eine Frage, die den Themenkomplex Bonuszahlungen § 136a SGB V betrifft. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer haben gemeinsam eine Ehrenkodex-Richtlinie erarbeitet und verfasst. Herr Baum und Herr Prof. Montgomery, mich würde von Ihnen interessieren, inwieweit Sie jetzt Reaktionen auf das von Ihnen im April verabschiedete Papier erhalten haben, und was Sie sich davon erwarten.

ESV **Georg Baum**: Gemäß dem Gesetzesauftrag haben wir die Beratungen mit der Bundesärztekammer aufgenommen und fristgerecht Regelungen zu Bonusverträgen vereinbart. Diese haben zum Inhalt, dass Einzelleistungen nicht Gegenstand von Zielvereinbarungen und damit von Vergütungsregelungen sein dürfen. Gleichwohl haben wir immer gesagt und so stellt es sich jetzt im Zusammenhang mit den Problemen im Transplantationsbereich auch dar, dass Bonuszahlungen nicht problemverursachend sind, auch nicht in den Fällen, die jetzt geahndet werden. Aber wir haben die Vereinbarung getroffen, und wir haben auch die Folgevereinbarung, dass im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu dokumentieren wäre, wenn jemand gegen diese Vereinbarung verstößt. Ich gehe davon aus, dass sich die Krankenhäuser daran halten werden, so dass an dieser Stelle keine Fehlanreize oder vermeintliche Fehlanreize gesetzt werden. Wir müssen natürlich die Ergebnisse abwarten, aber es würde transparent gemacht werden, wenn jemand gegen die Vereinbarungen verstoßen würde.

ESV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery**: Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Baum im Wesentlichen anschließen. Wir haben bewiesen, dass Selbstverwaltung funktioniert. Wir sind termingerecht fertig geworden. Die Reaktionen, nach denen Sie gefragt haben, Frau Abgeordnete Vogelsang, waren auf der einen Seite positiv im Hinblick darauf, dass wir es geschafft haben und auf der anderen Seite aber auch, wie erwartet, hoffnungsfroh, dass nunmehr alle Patienten die Qualitätsberichte lesen. Wir hätten uns, das ist eingangs schon mehrfach gesagt worden, ein stringenteres Verfahren vorstellen können, aber wir sind klargeworden und haben das, was der Gesetzgeber gewünscht hat, umgesetzt.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Lieber Herr Prof. Montgomery, das hätte ich nicht in Abrede gestellt, dass Sie alles das tun, was der Gesetzgeber formuliert hat. Nichtsdestotrotz haben wir es bei dem

Thema Organspende und den rückläufigen Organspenderzahlen in der Hauptsache mit einem Vertrauensproblem zu tun. Mich würde interessieren, inwieweit Sie sich damit auseinandergesetzt haben, in einfacher Sprache stärker öffentlich zu machen, dass Sie diese Zielvorgaben vereinbart haben und dass die Kliniken bereit sind, sich daran zu halten. Tue Gutes und rede darüber, das ist der Hintergrund meiner Frage.

ESV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Verehrte Frau Abgeordnete, Sie kennen mich gut genug um zu wissen, dass ich mir die Chance etwas Gutes zu tun und auch noch laut darüber zu sprechen, nicht aus der Hand nehmen lassen würde. Wir haben das auf allen Kanälen, die wir bedienen können, getan. Allerdings muss man sich darüber im Klaren sein, dass die vereinbarte Konsequenz, nämlich die Veröffentlichung in den Qualitätsberichten, so scharf ist wie eine Rüge im Berufsrecht. Das ist kein wirklich stringentes Instrument, und deswegen kann ich nur sagen, und da bin ich mit Herrn Baum einig, wir haben unseren Teil getan. Wir haben übrigens bei den Erklärungen Wert darauf gelegt, dass unsere Zustimmung sich ausschließlich auf diesen gesetzlichen Auftrag und nicht auf die gesamten Empfehlungen zum Abschluss von Verträgen mit leitenden Ärzten bezieht. Auch das mag ein Hinweis darauf sein, für wie durchsetzungsfähig wir das Endergebnis halten.

Abg. Stefanie Vogelsang (CDU/CSU): Mich würde auch die Antwort von Herrn Baum darauf interessieren.

ESV Georg Baum: Wenn ich dazu noch ergänzen darf, wir haben alle Kliniken über den neuen Stand informiert und abweichend vom Herrn Prof. Montgomery bin ich schon der Meinung, dass eine Veröffentlichung im Qualitätsbericht zu einem so sensiblen Thema sehr wohl seine Wirkung hat. Wir berichten ungeheuer viel in den Krankenhausberichten, aber die

Frage, ob sich jemand im Zusammenhang mit Transplantationen an diese Regelung hält oder nicht, ist so exponiert, dass ich davon ausgehe, dass diese Maßnahme auch Sanktionskraft hat.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Baum. Im Rahmen des Spitzengesprächs im vergangenen Jahr wurde vereinbart, dass die Verantwortlichkeit für die Einhaltung des Transplantationsgesetzes (TPG) bei den Klinikleitungen liegt. Hierzu sollten interne Kontrollen sowie ein klinikübergreifender Austausch unter Moderation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) etabliert werden. Mich würde interessieren, was Sie uns heute zum Stand der Umsetzung dieser Vereinbarung zu sagen haben.

ESV Georg Baum: Wir haben die Vereinbarung aufgenommen und sie hat unmittelbar Eingang gefunden, indem die Klinikleitungen, d. h. auch die kaufmännischen Leitungen, in das Lebertransplantationsprogramm, das zwischenzeitlich stattgefundenen hat, mit einbezogen waren. Dies wird auch künftig der Fall sein. Wir haben diese Vereinbarung auch noch einmal in die Richtlinien der Bundesärztekammer aufgenommen und die Verantwortlichkeit der Klinikleitungen ausdrücklich verankert. Wir führen in unseren Fachgremien innerhalb der DKG Beratungen durch, und bereiten auch eine Governance für die Leitungen vor, um diesen Auftrag mit höchster Sensibilität im System insgesamt mit Leben zu füllen.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Heißt das, dass Sie alles umgesetzt haben, aber bis heute noch nichts geschehen ist?

ESV Georg Baum: Hinter der Verantwortlichkeit der Klinikleitungen steht auch ein Bewusstseinsprozess und die Annahme dieser Verantwortung. In dem Moment, indem die Klinikleitungen an Überprü-

fungen mitwirken, wird sich auch das Bewusstsein gegenüber der Problematik verändern. Dieser Prozess hat bereits begonnen. Insofern kann man schon von einer erfolgten Umsetzung sprechen.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an vier Sachverständige mit der Bitte um eine ganz kurze Antwort. Es geht um das Transplantationsregister und das dazu vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Gutachten. Ich hätte die Frage an Herrn Dr. Rahmel, an Herrn Dr. Hess, an Herrn Baum, Herrn Prof. Montgomery und last not but least, an Herrn von Stackelberg, wie Sie die Einführung eines entsprechenden Registers einschätzen bzw. welches die Konsequenzen sind, wenn es kein Register geben wird.

ESV **Dr. Axel Rahmel**: Das Transplantationsregister ist, wie Sie wissen, bereits seit Jahren ein Anliegen von Eurotransplant, weil mit einem Transplantationsregister verschiedene Dinge gleichzeitig erreicht werden können. Zum einen wird die allgemeine Transparenz in der Transplantationsmedizin erhöht, für verschiedene Institutionen in dem Bereich natürlich mit unterschiedlichen Schwerpunkten. So wird die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) sicherlich in erster Linie die Qualität der Spenderorgane und deren Verwendung beobachten. Für Eurotransplant und die Bundesärztekammer – wir beraten und sind für mehrere Länder zuständig – sind Verteilungsregeln und deren Weiterentwicklung von entscheidender Bedeutung. Aber Sie wissen auch, dass wir die Qualitätssicherung solcher Daten für elementar halten, insbesondere um eine Risikoadjustierung von Ergebnissen einzelner Zentren durchführen zu können. Wie kann das erreicht werden? Daten liegen in vielen Bereichen bereits vor: bei Eurotransplant die Vermittlungs-, bei der DSO die Spender- und beim Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) die Ergebnisdaten. Wenn

diese Daten zusammengeführt werden, möglicherweise auch historische Daten, wird man sehr schnell erste Ergebnisse erzielen können. Ich denke, dass es für den Vertrauensgewinn in der Bevölkerung von elementarer Bedeutung ist, diese Daten öffentlich zu machen. Insofern halte ich die Forderung nach dem Transplantationsregister und die ersten Schritte, die sich jetzt abzeichnen, für sehr hilfreich und notwendig.

ESV **Dr. Rainer Hess**: Bei der Frage, wie wir das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspende zurückgewinnen, spielt natürlich auch die Qualität eine Rolle. Es gibt Statistiken, wonach wir in Deutschland, was die Qualität anbelangt, nicht an der Spitze stehen, sondern im internationalen Vergleich eher schlechter abschneiden. Das kann daran liegen, dass wir in Deutschland eine ältere Spendergeneration und auch eine ältere Empfängergeneration haben, d. h. dass es am Alter der Organe liegt. Es kann aber auch andere Ursachen haben. Es ist dringend notwendig, dass wir uns in Deutschland auf einer transparenten Grundlage mit der Qualität der Organspende, der Organtransplantation befassen. Denn wir haben alle Daten, Herr Dr. Rahmel hat das ausgeführt, aber wir können zurzeit nicht feststellen, wie sich die Qualität eines Spenderorganes auf die Qualität des Überlebens auswirkt. Diese Daten muss man zusammenführen und in einem Transplantationsregister transparent machen. Auf dieser Basis ist dann zu fragen, was an qualitätsverbessernden Maßnahmen durchgeführt werden muss und welche Qualität die einzelnen Zentren anzubieten haben, um dann auf einer sehr transparenten und qualitativ gesicherten Datengrundlage Entscheidungen zu treffen, um damit das Vertrauen wiederzugewinnen. Wir sind in Deutschland z. B. nicht bereit, dem englischen Beispiel zu folgen und nur dann Organe freizugeben, wenn eine Fünfjahresüberlebenschance garantiert ist. Wir geben auch Organe frei, wenn bei einem Schwerstkranken davon auszugehen ist, dass die fünf Jahre nicht erreicht werden. Das

würden wir auch nie verbieten wollen, aber diese Unterschiede müssen auch gegenüber der Bevölkerung transparent gemacht werden. Diese muss wissen, dass wir ältere Menschen nicht von der Organtransplantation ausschließen. Deswegen brauchen wir dieses Register dringend. Wir warten auch die Ergebnisse des Gutachtens nicht ab, sondern sind schon im Vorfeld dabei, mit Eurotransplant, mit dem AQUA-Institut und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu prüfen, ob die Daten des AQUA-Instituts kompatibel andocken können an das, was wir bereits an Datenbestand haben. Wir haben nämlich Daten über die Spender und die Organqualität, und wir haben Daten über die Empfängerrisikoadjustierung als solche. Aber das Follow-up muss dort andockt werden. Und dafür brauchen wir das Register.

ESV Georg Baum: Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt das Register. Das Register ist ein wichtiger Baustein im Gesamtbereich der Instrumente, mit denen Qualität sichergestellt werden soll. Ein zentrales Problem ist die sektorübergreifende Datenerfassung. Das sollte gelöst werden. Ganz wichtig sind die Erkenntnisse für den Allokationsprozess und für die Frage, ob das Verteilungsverfahren nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht richtig gewichtet ist. Diese Informationen können wir einem Register entnehmen. Für unsere Kliniken ist es wichtig, dass es zu einer standardisierten Dokumentation kommt, denn noch gibt es für den externen Qualitätssicherungsprozess unterschiedliche Dokumentationspflichten. Es gibt bereits standardisierte Teilregister, so dass die doppelte Erfassung in den Kliniken entfällt. Letzten Endes lässt sich ein solches Register nutzen, um Erkenntnisse für die Versorgungsforschung insgesamt zu gewinnen.

ESV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Die BÄK, genauso wie die Fachgesellschaften, die in diesem Bereich tätig sind, hat in der Vergangenheit mehrfach die

Einrichtung eines Transplantationsregisters gefordert. Es geht uns darum, dass die Daten aus der Allokation, der Organisation, der Operation und der Qualitätssicherung auf wissenschaftlich epidemiologischer Basis zusammengeführt werden. Wir sagen, dass das Transplantationsregister sehr viel mehr ist als nur Qualitätssicherung und die Daten deshalb alle mit eingespeist werden müssen. Das Transplantationsregister aber muss der zentrale Ort sein, weil die Prüfungs- und Überwachungskommissionen über das Transplantationsregister direkten Einblick in bestimmte Vorgänge haben müssen. Wir gehen auch davon aus, dass das Register bei der Institution angelegt wird, die die Verantwortung für das gesamte Transplantationsgeschehen trägt. Darüber hinaus benötigen wir auch für die Erstellung von Allokationsrichtlinien und weiterer Richtlinien im Transplantationsgesetz die Daten aus dem Transplantationsregister. Wir stehen uneingeschränkt hinter dieser Idee. In der Vergangenheit ist es meines Erachtens nur deshalb nicht eingerichtet worden, weil die Datenschutzüberlegung auf der einen Seite und die finanziellen Überlegungen auf der anderen Seite dem im Wege standen.

ESV Johann-Magnus von Stackelberg: Wir als Krankenkassen begrüßen die Einrichtung eines Transplantationsregisters, bewerten aber den Vorschlag meines Vorredners, das Transplantationsregister bei der DSO anzudocken, anders. Wir halten ein unabhängiges Institut wie zum Beispiel AQUA für geeigneter. Die DSO ist aus unserer Sicht Beteiligte. Wir haben zurzeit drei unabhängige Datenkörper und würden diese, um das ganze Geschehen vom Spender bis zur Entnahme und der Überlebenswahrscheinlichkeit der Organempfänger messen zu können, zusammenfügen. Dafür benötigen wir eine rechtliche Grundlage als Basis für das Transplantationsregister. Wenn Sie diese geschaffen haben, haben Sie meiner Meinung nach ungefähr 90 Prozent der Daten, die im Transplantationsregister verwendet werden müssen. Stufe eins wäre die Zu-

sammenfassung der drei unabhängigen Datenkörper in einem Register auf einer neuen gesetzlichen Grundlage. Stufe zwei wäre die Ergänzung der vorhandenen Datenkörper um Sozialdaten, sprich um Überlebensraten der Organempfänger. Stufe zwei sollte weiter ergänzt werden um Dialyседaten, d. h. um die Frage, wie viele Organempfänger werden erneut dialysepflichtig. Diese Daten interessieren auch im Rahmen der Qualitätssicherung. Als dritte Stufe sehe ich eine Ergänzung um die Daten der Lebendspender und weiterer Transplantationsregister. Insgesamt sehen Sie, dass sich die Experten darüber einig sind, dass wir ein Transplantationsregister brauchen und dass es bereits einen großen Datenkörper gibt, wenn Sie die Zusammenführung erlauben.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Prof. Nagel, Herrn von Stackelberg und Herrn Dr. Hess. Im Zusammenhang mit der Diskussion über die Manipulationsvorwürfe wurde die Forderung laut, die Zahl der Transplantationszentren zu reduzieren. Ich würde das nach Ihren Ausführungen, Herr Dr. Hess, gerne um den Bereich Qualität erweitern. Mich interessiert, ob aus Ihrer Sicht, mit Blick auf die Qualität der Versorgung und auf die Reduzierung von Manipulationsrisiken, eine Verkleinerung der Zahl von Transplantationszentren hilfreich wäre?

Der **Vorsitzende**: Herr Prof. Nagel ist leider noch nicht eingetroffen.

ESV **Johann-Magnus von Stackelberg**: Aus meiner Sicht ist zu überlegen, inwieweit man die Zahl der Zentren reduziert. Für Lebertransplantationen, so die neuesten Zahlen, gibt es 24 Zentren, die im Jahre 2012 1.107 Lebertransplantationen vorgenommen haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Mindestzahl von 20 Lebertransplantationen pro Jahr empfohlen, acht dieser Zentren unterschreiten diese Mindestzahl. Infolgedessen soll

auch das Zentrum Erlangen-Nürnberg geschlossen werden. Insgesamt ist zu überlegen, ob in diesen acht Zentren künftig überhaupt noch Lebertransplantationen durchgeführt werden sollten. Der Run auf oder die Konkurrenz um Organe ist aus meiner Sicht eine nutzlose Konkurrenz. Wir sollten hier Kräfte durch Konzentration bündeln. Ich glaube, es entstehen keine Probleme, wenn wir statt 24 nur 16 Kliniken haben, die diese Transplantationen vornehmen. Ich kann es nur dringend empfehlen.

ESV **Dr. Rainer Hess**: Dass ein Konzentrationsprozess eingeleitet werden muss, ist, glaube ich, fast auch Konsens. Die Frage ist, auf welcher Grundlage dieser Prozess erfolgt. Kann man sagen, ich schließe die kleinen Zentren, weil sie bestimmte Mindestmengen nicht erfüllen? Ist das aus sich heraus eine Begründung, ein Zentrum zu schließen oder muss man nicht das Register abwarten und auch kleineren Kliniken die Chance geben, durch Qualität nachzuweisen, dass sie gut arbeiten und deshalb auch mit kleineren Zahlen weiter teilnehmen können? Unter diesen Umständen scheint es sinnvoll, das Register möglichst schnell einzurichten, um dadurch ein Benchmarksystem zu erhalten. Dieses muss von den Kliniken dann auch akzeptiert werden. Sonst kann man feststellen, welche Qualität die Kliniken in Deutschland liefern. Weiter muss es risikoadjustiert und auf das Krankengut dieser Klinik zugeschnitten sein. Das lässt sich nur mit Hilfe eines Registers feststellen. Wenn Qualitätsdefizite festgestellt werden, kann man sagen, wir konzentrieren diesen Prozess. Den Konzentrationsprozess als solchen halte ich im Bereich der Transplantationsmedizin schon deshalb für erforderlich, weil das DRG-System durch die Absprache, keine Boni zu zahlen, nicht beseitigt wird. Wir haben ein DRG-System, das auf Fällen basiert. Und wenn Sie nur eine begrenzte Zahl von Organen haben, durch das DRG-System aber Fallanreize gesetzt werden, dann meine ich, ist es sinnvoll, eine gewisse Konzentration durchzuführen.

ren, damit die Kliniken, die in diesem System weiterarbeiten, nicht gezwungen sind, Fälle zu konstruieren, sondern nur das zu tun, was wirklich qualitativ notwendig ist.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ein wesentliches Ziel ist es, das Vertrauen der Bevölkerung in den gesamten Transplantationsprozess wieder herzustellen. Wir hatten auf der einen Seite Manipulationen bei der Allokation, aber es gab auch schon vorher Misstände und strukturelle Defizite bei der DSO. In den uns vorliegenden Anträgen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird behauptet, dass aus den öffentlich bekannt gewordenen Misständen und strukturellen Defiziten der DSO kaum Schlussfolgerungen gezogen worden seien und der Masterplan des DSO-Stiftungsrates lediglich eine rudimentäre Auflistung geplanter Verbesserungen wäre. Nun frage ich Sie, Herr Dr. Hess, wie beurteilen Sie diese Auffassung und was ist Ihre Einschätzung?

ESV **Dr. Rainer Hess**: Der Masterplan ist keine rudimentäre Auflistung, sondern er wird umgesetzt, d. h. der Satzungsbeschluss, den Stiftungsrat neu zu besetzen, ist gefasst. Der Regierungspräsident hat seine Zustimmung angekündigt. Das Finanzamt hat seine Prüfung wegen der Beziehung zwischen der DSO und der Treuhandstiftung FÜR'S LEBEN zunächst noch nicht abgeschlossen. Wir haben aber in der letzten Woche einen Termin gehabt und die Bedenken konnten zerstreut werden, d. h. wir werden die Freigabe vom Finanzamt wahrscheinlich heute erhalten. Morgen findet eine Sitzung des Stiftungsrates statt, bei der wir in der alten personellen Besetzung bestätigen, dass der Genehmigungsprozess der Satzung abgeschlossen ist. Dann kann der zentrale Fachbeirat bei der DSO eingerichtet werden. Dieser ersetzt die sieben regionalen Fachbeiräte, die die DSO bisher beraten haben. Er soll gewährleisten, dass die erforderliche Expertise, um Verfahrensabweisungen zu beschließen, gegeben ist.

Den Koordinatoren, die häufig pflegerisch qualifiziert sind, soll damit das entsprechende Rüstzeug gegeben werden. Alle künftigen Entscheidungen werden transparent über den Fachbeirat abgewickelt, damit wird es keine einsamen Entscheidungen eines ärztlichen Vorstandes mehr geben. Die Zusammensetzung des Stiftungsrates garantiert mit einer Beteiligung von Bund und Ländern mit jeweils zwei Mitgliedern die unmittelbare Einbeziehung der sonst nur im Aufsichtsrecht tätigen Institutionen Bund und Länder. Sie sind in die Stiftung integriert und mit GKV-Spitzenverband ist die Hälfte der Stiftungsratsmitglieder öffentlich-rechtlich strukturiert. Die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind Beliehene. Nach dem Transplantationsgesetz, nehmen sie öffentlich-rechtliche Aufgaben wahr. Die Deutsche Gesellschaft für Transplantationsmedizin hat nur noch zwei Vertreter, ist also absolut gleichgeschaltet. Darüber hinaus nehmen zwei Patientenvertreter, die auf Vorschlag der Patientenvertretungs-Organisationen entsandt werden, mit beratender Stimme und Antragsrecht an den Sitzungen teil. Die Stiftung schafft sich ihre Aufgaben nicht selbst, sondern § 11 TPG legt fest, dass wir auf der Basis eines Vertrages tätig werden, dessen Inhalt im Gesetz festgelegt ist. Dieser Vertrag bedarf der Genehmigung durch das BMG. Was wollen Sie noch mehr an öffentlich-rechtlicher Kontrolle? Das ist wie der DRG- oder der EBM-Vertrag. Das sind Verträge, die öffentlich-rechtlich ausgerichtet vorgeben, was eine private Stiftung zu tun oder zu lassen hat. Wenn dann Bund und Länder auch noch Mitglied in der Stiftung sind, dann weiß ich nicht, wie noch irgendetwas aus dem Ruder laufen kann und jemand sagen kann, das ist Vetternwirtschaft oder Willkür. Ich kann es mir jedenfalls nicht vorstellen.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Meine Frage geht noch einmal an Herrn Dr. Rahmel und auch an Herrn Dr. Hess. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hebt in ihrem Antrag das spanische System zur Organ-

allokation als Musterbeispiel für unabhängige staatliche Kontrolle hervor und unterstellt, dass dort beispielsweise eine Manipulation der Warteliste nicht stattfinden könnte. Wie beurteilen Sie das spanische System und sehen Sie dort Regelungen oder Mechanismen, die hier zum Wohle des Patienten übernommen oder eingeführt werden könnten?

ESV Dr. Axel Rahmel: Das spanische Modell der Organspende ist weltweit anerkannt und auch was die Zahl der Organspenden angeht herausragend. Wenn man sich allerdings die dortige Organallokation sorgfältig anschaut, wird man feststellen – und ich habe mir extra zu diesem Zwecke die Unterlagen aus Spanien vor einiger Zeit zuschicken lassen – dass nach wie vor überwiegend die Zentrumsallokation durchgeführt wird, die hier zu Recht kritisiert wird. Das heißt, die Verantwortung für die Zuteilung der Organe liegt überwiegend in den Händen der Zentren, nur in Ausnahmefällen, für hochdringliche Patienten, wird tatsächlich überregional ausgetauscht. Insofern erscheint mir das spanische Modell, was die Allokation angeht, kein Vorbild für die deutsche Situation zu sein. Das ändert nichts daran, dass die Organspendezahlen hoch sind. In Spanien gibt es regionale Koordinatoren, die auch von den Zentren zum Teil mit unterstützt und finanziert werden. Das führt dazu, dass auch regional Organe alloziert werden. Die strikte Trennung zwischen Organspende und Allokation, die bei uns vorgegeben ist, entfällt dadurch. Ich könnte mir vorstellen, dass das spanische Verfahren in der deutschen Öffentlichkeit nicht auf große Zustimmung stoßen würde. Insofern würde ich Spanien für die Allokation nicht als Vorbild für unsere spezifische Situation sehen. Das heißt aber nicht, dass man in Spanien nicht mit diesem System zufrieden ist.

ESV Dr. Rainer Hess: Wir haben uns vor zwei Wochen das spanische System angesehen und es ist in der Tat faszinierend,

wie Spanien mit der Organtransplantation umgeht, nämlich wesentlich widerstandsfreier als wir. Da gibt es keine Hirntoddiagnostik, da wird nach dem Herztod transplantiert. Da gibt es keine von außen vorgegebene Warteliste, sondern man trifft sich alle Vierteljahre und legt die Warteliste fest. Und es ist ein Phänomen, dass die Krankenhäuser, die viel spenden, auch viel bekommen. Das heißt, es funktioniert. Ich habe mir immer wieder überlegt, ob wir das auf unsere Verhältnisse übertragen können, aber die Antwort ist ein klares Nein. Wenn wir wirklich garantieren wollen, dass Organe unter dem Gesichtspunkt der Gleichheit verteilt werden, dann darf man die Wartelistenführung nicht dem Verbund aus Transplantationszentren, Spenderkrankenhäusern und regionalen Koordinatoren überlassen, sondern muss sie von außen vorgeben. Das ist eine Eigenheit unseres deutschen Rechtssystems. Aber eines muss man von den Spaniern lernen. Die spanische Bevölkerung identifiziert sich mit der Organspende, sie ist bereit, Organe zu spenden und hat überhaupt kein Problem damit, dass bei Hirntod, mit den dafür geltenden Kriterien, auch die Grundlagen für eine mögliche Organspende geschaffen sind. Im Gegenteil, sie sind sogar bereit, die Organspende bei festgestelltem Herztod zuzulassen. Und wir führen hier in Deutschland eine Wahnsinnsdiskussion und vermitteln Ängste in die Bevölkerung hinein und schaffen dadurch geradezu Abwehrreaktionen. Das ist der große Unterschied. Das ist nicht die Struktur, sondern ein völlig anderes Verhältnis der Bevölkerung zur Organspende.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Fragen gehen an Herrn Prof. Heun und Herrn Prof. Hase. Es gibt immer wieder den Versuch nachzuweisen, dass das derzeitige System der Organspende in erheblichem Maße gegen das Rechtsstaatsprinzip verstößt. Das geht auch aus den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hervor. Darin wird ausgeführt, die Tätigkeit der beteiligten Institutionen entspreche auf-

grund ihrer Grundrechtsrelevanz der Ausübung staatlicher Gewalt, aber gleichzeitig lasse das System weder eine exekutive noch eine gerichtliche Überprüfung der getroffenen Entscheidungen zu. Und – so wird behauptet – es gebe auch keine anderweitige staatliche Kontrolle in diesen Institutionen. Mich würde interessieren, wie Sie diese Auffassung beurteilen und welcher Schaden für Patientinnen und Patienten durch die von den Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE geforderte Verstaatlichung der Organspende verhindert wird oder anders gefragt, welche Vorteile könnten erzielt werden, wenn der Organspendeprozess verstaatlicht würde?

ESV Prof. Dr. Dr. h. c. Werner Heun: Ich bin Jurist. Zunächst einmal zu der Frage, ob hier eine Verletzung rechtsstaatlicher Grundsätze vorliegt. Diese Auffassung teile ich nicht. Ich halte es für einen generellen Fehlschluss zu meinen, wenn Grundrechtsrelevanz vorliege, müsse es sich automatisch um die Ausübung staatlicher Gewalt handeln. Es liegt an unserem weiten Grundrechtsverständnis, dass selbst eine private Tätigkeit heute als grundrechtsrelevant angesehen werden kann. Ärztliche Entscheidungen sind ebenso wie die Entscheidungen von Banken, Kredite zu vergeben, hoch grundrechtsrelevant, ohne dass sich daraus unmittelbar ergibt, dass es sich um die Ausübung hoheitlicher Tätigkeit handelt. Es ist von daher ein Fehlschluss, auf die Ausübung staatlicher Gewalt zu schließen. Der Gesetzgeber entscheidet, ob er das den Privaten überlässt oder ob er das hoheitlich ausüben lässt. Auch andere rechtsstaatliche Gesichtspunkte greifen meines Erachtens nicht. Häufiger wird ein allgemeiner Grundsatz der Rechtswegklarheit konstruiert, der sich so aber in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht finden lässt. Es gibt die Entscheidung, dass ein vorliegendes Urteil überprüfbar sein muss und es muss klar sein, welche Rechtsmittel vorliegen. Das ist aber eine andere Frage als die, ob ich prinzipiell alle Entscheidungen, die von Grund-

rechtsrelevanz sind, sofort einem gerichtlichen Rechtsschutz unterwerfe oder ob es überhaupt Rechtsschutz gibt. Es gibt auch hier Rechtsschutz im weiteren Sinne, insbesondere bei Schadensersatzprozessen ist es denkbar. Aber es muss nicht notwendigerweise einen unmittelbaren Rechtsschutz gegen einzelne ärztliche Entscheidungen geben. Das ergibt sich weder aus der Rechtsweggarantie des Artikel 19 Absatz 4 Grundgesetz, an dieser Stelle schon deswegen nicht, weil es sich nicht um hoheitliche Tätigkeit handelt und es ergibt sich auch nicht aus der allgemeinen Rechtsstaatsgarantie des Artikel 20 Grundgesetz. Verfassungsrechtlich ist die hoheitliche Ausgestaltung von Aufsicht und Kontrolle nicht geboten. Erstens gibt es eine staatliche Aufsicht auf Länderebene. Es ist also nicht so, dass wir hier einen aufsichtsfreien Raum hätten. Zweitens sind mit einer hoheitlichen Ausübung von Kontrolle gewisse Vorteile, aber eben auch Nachteile verbunden. Der Vorteil ist, dass Aufsichtsmaßnahmen einseitig von der Hoheitsgewalt unmittelbar vollstreckt und durchgesetzt werden können. Das ist bei privatrechtlich organisierten Kontrollinstitutionen natürlich nicht möglich und insofern ergibt sich daraus ein Unterschied. Weiter ergibt sich aber auch die Konsequenz, dass die hoheitlichen Aufsichtsmaßnahmen unmittelbar dem Rechtsschutz unterliegen und dagegen Rechtsmittel eingelegt werden können. Das kann man im Einzelfall als Vorteil, im konkreten Fall vielleicht in gewissem Umfang auch als Nachteil ansehen, soweit es die Flexibilität von Kontrollen einschränkt. Im Übrigen muss man sehen, wenn man jetzt den Schritt hin zu einer hoheitlichen Kontrolle tut, wird man das sicher nicht mehr zurücknehmen können. Die Frage ist, ob es nicht doch sinnvoll ist, die ausgebauten Kontrollinstitutionen in der vorliegenden Form zunächst zu testen und zu sehen, ob sie funktionieren. Wenn man dann sieht, dass die Möglichkeiten der Kontrollinstitutionen, in diesem Fall der Prüfungskommissionen, nicht hinreichen, um ihre Anliegen durchzusetzen, kann man das System umgestalten, hin zu einer hoheitlichen

Institution, die mit entsprechenden einseitigen Hoheitsmaßnahmen die Kontrollen durchsetzen kann. Ich würde an dieser Stelle zunächst versuchen, das System zum Laufen zu bringen bzw. zu sehen, wie es sich in den nächsten Jahren entwickelt. Wenn sich tatsächlich erweisen sollte, dass Probleme auftreten, kann man überlegen, eine hoheitliche Aufsicht vorzusehen.

ESV Prof. Dr. Friedhelm Hase: Ich bin Professor für öffentliches Recht, also auch Jurist wie mein Vorredner. Ich kann an die Schlussbemerkung von Herrn Kollegen Heun direkt anknüpfen und würde das ganz ähnlich sehen. Ich möchte den Blick zurückwenden auf das Gesetz, das in diesem Hohen Hause im Jahr 1997 verabschiedet worden ist. Es wird in den Diskussionen über das Transplantationsrecht sehr häufig vorgebracht, dass der Gesetzgeber in diesem Gesetz die wichtigsten Fragen offengelassen und pauschal auf den Stand der medizinischen Erkenntnisse verwiesen habe. Tatsächlich werde das, was wichtig sei, außerhalb des gesetzlichen Rahmens von nicht hinreichend legitimierten privaten Akteuren entschieden. Herr Dr. Hess hat sich bereits zum privaten Charakter dieser Einrichtung geäußert und darauf hingewiesen, dass diesem gravierenden Mangel durch die Einbeziehung öffentlich-rechtlicher Akteure abgeholfen werden soll, als wäre damit in einem speziellen Bereich der Verwaltung wieder Ordnung hergestellt und die demokratische Legitimation wieder wirksam. Ich denke aber, dass schon die zugrundeliegende Diagnose nicht stimmt, dass sie schon im Ansatz in die falsche Richtung geht und das spricht dann auch gegen die vorgeschlagene Therapie. Ich denke, in dieser Einschätzung wird den sogenannten Mängeln des Transplantationsgesetzes und der enormen Komplexität der Transplantationsmedizin überhaupt nicht Rechnung getragen. Vieles in diesem Bereich ist bis auf Weiteres entweder überhaupt nicht oder nur in Ansätzen bekannt. Herr Dr. Hess hat bereits einiges über die Zusammenhänge

zwischen Transplantation und Lebenserwartung gesagt. Da wissen wir zum Teil sehr wenig. Die Handlungsbedingungen im Bereich der Transplantationsmedizin ändern sich fortlaufend und zum Teil mit unglaublicher Geschwindigkeit. Einzelfragen sind nur zu beurteilen, wenn jemand ganz spezielle Kenntnisse hat. Er kann gleichwohl oft nur vorläufige Einschätzungen abgeben. Die neueren Entwicklungen sind auf der Grundlage dessen, was wir bisher wissen, zum Teil nicht mehr schlüssig einzuordnen. Es gibt deshalb auch keine Instanz, auch der Gesetzgeber ist das nicht, die den Gesamtkomplex dieser Medizin in allen ihren Einzelaspekten soweit überblicken und beurteilen könnte, dass aus sich heraus in der ex ante-Perspektive, umfassende, erschöpfende, gleichsam fertige allgemeine Regeln festlegen könnte. Und bei der geradezu extremen Komplexität dieses Bereiches kann man sich Regelbildung eigentlich nur als ein experimentelles, relativ offenes Vorgehen, als ein strukturiertes Zusammenspiel von lernender Gesetzgebung und lernender Verwaltung vorstellen. Genau das ist meines Erachtens der Weg, den das Transplantationsgesetz 1997 eingeschlagen hat und auf dem wir uns in Deutschland seit dieser Zeit relativ erfolgreich voran bewegt haben. Die grundlegenden Entscheidungen wurden durchaus im Gesetz getroffen. Es gilt der strikte Grundsatz der patientenorientierten Allokation von Spenderorganen. Auch das ist keine Selbstverständlichkeit. Es gilt die Regel, dass Organvergabe allein nach medizinisch immanenten Kriterien erfolgen darf und die Pole, an denen sich dieser Entscheidungsprozess orientiert, sind mit den Stichwörtern Erfolgsaussichten und Dringlichkeit der Transplantation durchaus auch im Gesetz festgelegt. Damit wird auch, das ist nicht zu verachten, der grundlegende Gesichtspunkt der Gleichheit, der gleichen Chancen aller, die auf Spenderorgane angewiesen sind, Rechnung getragen. Wie das dann im Einzelnen gewichtet und in Entscheidungsprogramme umgesetzt wird, ist meines Erachtens – und das würde ich so ähnlich sehen wie Herr Prof. Heun –, jedenfalls

nach gegenwärtigem Wissensstand, auf der gesetzlichen Ebene ex ante nicht weiter zu konkretisieren. Hier wäre die Fachebene unterhalb des Gesetzes gefordert, auf der subtile medizinische Kenntnisse abrufbar sind, wo Entwicklungen im Transplantationsbereich fortlaufend beobachtet und Veränderungen zeitnah und flexibel erfasst und gegebenenfalls auch Abweichungen von den Regelvorgaben, die durchaus auch in den Richtlinien der Bundesärztekammer vorgesehen sind, in die Wege geleitet werden können. Insofern ist es meines Erachtens durchaus angemessen, wenn die weitere Konkretisierung der Entscheidungsprogramme im Transplantationsgesetz selbst einer fachlich kompetenten untergesetzlichen Regelbildung und Entscheidungsfindung zugewiesen wird. Die wichtigsten Akteure sind genannt worden. Das wären die DSO, der GKV-Spitzenverband, die Bundesärztekammer und die deutsche Krankengesellschaft. Dies steht meines Erachtens mit den grundlegenden Erfordernissen der demokratischen Steuerung administrativer Prozesse soweit in Einklang, wie eine Rückbindung dieser untergesetzlichen Regelbildung auf die parlamentarische Kontrolle sichergestellt ist. Das heißt, es muss fachspezifische Regelungsprogramme und Entscheidungsverfahren geben, mit denen die im TPG angesprochenen Akteure diese Gesetzesvorgaben operationalisieren müssen. Das heißt, diese müssen durch geeignete Auswertungs- und Kontrollverfahren so transparent gehalten werden, dass der Gesetzgeber nachbessern und neu justieren kann. Das ist meiner Meinung nach im Grundsatz durchaus der Fall.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Es ist schön, dass wir das dann auch nochmal im Protokoll in Ruhe nachlesen können.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Ich möchte meine Frage an Herrn Prof. Montgomery, an die Sachverständigen Prof. Nagel, Prof. Hase und Prof. Heun richten. Am 14. Juni wurde mit den Stimmen aller Fraktionen

des Deutschen Bundestages beschlossen, das Transplantationsgesetz zu ändern und die Richtlinien der Bundesärztekammer unter den Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit zu stellen. Dadurch soll die staatliche Kontrolle verstärkt werden und die Richtlinien bedürfen künftig einer Begründung. Wie bewerten Sie diesen Schritt des Gesetzgebers?

ESV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Schon heute sind bei der Erstellung dieser Richtlinien Mitarbeiter aus Bundes- und Länderbehörden beteiligt. Die Genehmigung stößt deswegen bei uns auf keinerlei Widerspruch.

ESV Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Eckhard Nagel: Ich denke, dass der Gesetzgeber über das Bundesministerium für Gesundheit als zusätzliche Entscheidungsinstanz einbezogen wird, ist für die Öffentlichkeit wichtig. Bei der Erstellung der Richtlinien war das Bundesministerium für Gesundheit allerdings, so wie Herr Prof. Montgomery bereits gesagt hat, letztendlich schon immer beteiligt. Die Diskussionen haben dementsprechend bereits im öffentlichen Raum stattgefunden, aber diese Maßnahmen halte ich jetzt als Signal für die Öffentlichkeit für einen richtigen und vertrauensbildenden Schritt.

ESV Prof. Dr. Friedhelm Hase: Eine Steigerung der Transparenz durch diese untergesetzliche Regelbildung halte ich für einen sinnvollen Schritt. Ich würde es auch begrüßen, wenn die Erfahrungen, die auf dieser Ebene mit der Regelentwicklung gemacht werden, in diesem Ausschuss zur Diskussion gestellt würden.

ESV Prof. Dr. Dr. h. c. Werner Heun: Ich halte das ebenfalls für einen außerordentlich sinnvollen Schritt, weil die demokratische Legitimation gerade durch diese Genehmigung zusätzlich gestärkt wird. Das ist auch in gewisser Weise notwendig

und zwar nicht wegen der Grundrechtsrelevanz, sondern weil diesen Richtlinien eine erhebliche Verbindlichkeit zukommt und das Bundesverfassungsgericht darauf hingewiesen hat, dass solche allgemeinverbindlichen Regelungen staatlich verantwortet werden müssen. Das war bisher nicht der Fall und dieser Mangel ist durch die Neuregelung behoben worden. Damit sind aus meiner Sicht die wichtigsten Bedenken, die von den Kritikern gegen die bisherige Regelung erhoben worden sind, ausgeräumt.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Meine nächste Frage möchte ich an Herrn Dr. Rahmel und an Herrn Prof. Montgomery richten. Wir haben uns bemüht, auch die Verunsicherung auf Seiten der Ärzte aufzugreifen, damit wieder Vertrauen in das System entstehen kann. Sehen Sie, dass die jetzt getroffenen Vorkehrungen, insbesondere auch die strafrechtliche Relevanz, in die richtige Richtung gehen?

ESV **Dr. Axel Rahmel**: Die jetzt vorgeschlagenen Maßnahmen sind ein wichtiger Schritt. Der Aspekt, dass die Manipulation von Daten per se als Straftatbestand angesehen werden kann – dies zeigt zumindest die Erfahrung in den USA, wo eine entsprechende Regelung existiert – hat eine deutlich abschreckende Wirkung. Wichtig sind darüber hinaus die anderen Maßnahmen, die zum Teil schon vor einiger Zeit, u. a. von Eurotransplant angemahnt worden sind, wie beispielsweise die Vorortkontrollen in den Zentren, die die Transparenz erhöhen. Wenn all diese Maßnahmen zusammen greifen, wird die Kontrolle im System erheblich erhöht und damit dürfte, so wie von Ihnen erwartet, das Vertrauen der Bevölkerung, wenn auch schrittweise, zurückkommen. Sie dürfen nicht erwarten, dass das explosionsartig geschieht, sondern das ist ein Prozess, der z. B. durch öffentliche Anhörungen, in denen gezeigt wird, welche verschiedenen Maßnahmen ergriffen worden sind, unterstützt wird. Ich bin

optimistisch, dass diese Maßnahmen das erforderliche Vertrauen zurückbringen.

ESV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery**: Das Strafrecht ist immer *cura posterior*, weil schon etwas passiert ist. Wir leben nicht im Land von „Minority Report“, wo bereits die gedachte Straftat bestraft wird. Deshalb sind wir dafür, dass das Strafrecht verschärft wird und begrüßen diese Regelungen, sagen aber gleichzeitig, dass dies nicht ausreichen wird, um das Vertrauen in die Organspende, in diesen wichtigen Prozess, wieder herzustellen. Herr Dr. Rahmel hat einiges ausgeführt, was noch gemacht werden müsste. Das können wir uneingeschränkt bestätigen.

Abg. **Lars F. Lindemann** (FDP): Meine Frage geht weg von dem, was soeben gefragt worden ist, schließt aber an das an, was durch die SPD schon angesprochen wurde und richtet sich an Herrn Baum, Herrn von Stackelberg und Herrn Dr. Hess. Herr von Stackelberg hat gerade ausgeführt, dass er es befürworten würde, wenn die Anzahl der Zentren reduziert würde. Daran hängt auch die Frage, wie wir in Zukunft mit der Vergütung der einzelnen Fälle umgehen. Mich würde interessieren, wie wir zu ergebnisqualitätsorientierten Überlegungen, auch im Rahmen einer grundsätzlichen Diskussion der Krankenhausfinanzierung, die, wie Sie wissen, in der kommenden Legislaturperiode aufgegriffen werden soll, kommen. Gibt es Überlegungen, – die Frage richtet sich im Wesentlichen an Sie, Herr von Stackelberg – die über das hinausgehen, was Sie hier ausgeführt haben? Von Ihnen, lieber Herr Dr. Hess, würde ich gerne wissen, ob das, was Sie bereits angedeutet haben, in der Diskussion, die Sie führen, eine Rolle spielt und ob das ein Input für die Überlegung des Gesetzgebers in der nächsten Legislaturperiode sein könnte.

ESV **Georg Baum**: Kapazitäten mit Vergütungen zu verknüpfen fällt in dem gerade diskutierten Zusammenhang, dass

der Wettbewerb aus dem Bereich der Transplantation herausgenommen werden soll, sehr schwer. Deshalb würde ich eine Kapazitätssteuerung über Vergütungsregelungen für problematisch halten. Wir haben auch die DRG-Vergütung als Finanzierungsform für Transplantationen durchaus in Frage gestellt. Wir hätten einen alternativen Vorschlag, nämlich ein Jahresbudget für die Bereitstellung dieser Leistungen zu überweisen und das Ganze aus dem Entgeltsystem herauszunehmen. Die Frage, ob wir Ergebnisqualitätsindikatoren finden werden, die dann eine Steuerung der Leistungen in den Transplantationszentren ermöglichen, ist in diesem hochkomplizierten Bereich nicht a priori zu beantworten, solche Indikatoren gibt es nicht. Selbst im normalen Spektrum des Krankenhauswesens, bei einfachsten Leistungen, sind wir heute nicht in der Lage, Qualitätsindikatoren so treffsicher zu messen, dass es gerechtfertigt wäre, daran eine differenzierte Vergütung anzuknüpfen. Insofern würde ich eher in die andere Richtung gehen und die Vergütung von der Frage der Qualität entkoppeln. Die Qualität muss über die Regelmechanismen, über die Installation von Vorgaben, wie wir sie in diesem Bereich haben, gesichert werden, aber weniger über Vergütungsregeln. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es gelingt, ein Indikatorenset zu entwickeln, das die Vergütung dorthin steuert.

ESV Johann-Magnus von Stackelberg: Ich denke, die Zahl der Zentren zu verringern, das haben Sie auch von anderen Rednern gehört, scheint sich anzubieten. Ich warne davor, bei Krankenhäusern, die nur eine geringe Anzahl von Organtransplantationen vornehmen, auf Qualitätsmessungen zu setzen. Folgendes Beispiel: Stellen Sie sich bitte vor, ein Haus nimmt fünf Transplantationen vor und eine misslingt, wogegen das andere Haus hundert Transplantationen durchführt und zwei davon misslingen. Was ist die Folge? Bei dem Haus mit fünf Transplantationen können Sie die Fehlertoleranz nicht richtig beurteilen. Deshalb setze ich auf Mindest-

mengen. Ich halte die Mindestmenge für ein vertretbares Steuerungsinstrument und glaube nicht, dass man die kleinen Krankenhäuser beurteilen kann, wenn etwas schiefgeht. Wenn alles gut geht, ist es in Ordnung, aber wenn etwas schief läuft, stellt sich die Frage, handelt es sich um einen statistischen Ausreißer oder eine 20-prozentige Fehlerquote, um bei meinem Beispiel zu bleiben. Mein Ansatzpunkt wäre ein anderer als die bislang hier genannten Vorschläge: Ich würde die Bundesärztekammer davon befreien, in der Selbstverwaltung die abschließende Entscheidung alleine zu tragen. Hier würde ich ein Gremium vorsehen, das dem Gemeinsamen Bundesausschuss unter Einbeziehung der Länder und der Bundesärztekammer nachgebildet ist. Das heißt, die Richtlinienverantwortung nicht beim G-BA anzudocken, sondern die Ständige Kommission der Bundesärztekammer an ein neues Gremium anzubinden, das etwas weitergefasst ist. Ich warne davor, bei der Vergütung eine Gesamtpauschale zu entwickeln. Ich warne allerdings auch vor Rückfällen in das Selbstkostendeckungsdenken. Insofern scheint mir momentan eine vernünftig gehandhabte DRG bei der Organentnahme kein Fehler zu sein.

ESV Dr. Rainer Hess: Es ist nicht primär Aufgabe der DSO, etwas zur Vergütung der Transplantationszentren zu sagen, aber aus der Erfahrung meiner früheren Tätigkeit heraus bringe ich den Eindruck mit, dass das DRG-System, das bewusst Wettbewerb erzeugt, bei der Organtransplantation nicht das ideale System ist. Wir haben hier tausend Leberorgane und 24 Zentren. Jetzt führen Sie einen fallbezogenen Wettbewerb ein. Aus meiner Sicht besteht das Risiko, dass das nicht zur Qualitätsverbesserung führt, sondern eher das Qualitätsniveau tangiert, um es behutsam auszudrücken. Deswegen habe ich auch in öffentlichen Äußerungen, die mir an sich als Vorsitzender der DSO nicht zustehen – das weiß ich, Herr Baum – gesagt, dass in diesem Zusammenhang auch einmal über das bisherige Vergütungssystem nachge-

dacht werden muss. Es stellt sich die Frage, ob es richtig ist, einen solchen Wettbewerb einzuführen, wenn es um die Verteilung eines definierten Mangels geht. Hier habe ich Bedenken und die Alternative wäre ein Budget. Man kann sich, wenn man das Transplantationsregister hat, auch bestimmte Formen qualitätsorientierter Vergütung vorstellen. Da muss man aber zunächst abwarten, was das Register an Erkenntnissen liefert, und ob man sich daran auch im Hinblick auf Vergütungsformen und Zuschläge usw. orientieren kann. Das will ich aber nur andeuten und keine konkreten Vorschläge machen.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe eine Frage an die Sachverständige Frau Anne-Gret Rinder, Vorsitzende der Prüfungskommission der BÄK. Nach den bekanntgewordenen Manipulationsvorwürfen an den Universitätskliniken in Göttingen und Regensburg ist beschlossen worden, alle 24 Lebertransplantationszentren zu überprüfen. Mich würde der Stand der Überprüfungen interessieren und wann mit endgültigen Ergebnissen zu rechnen ist. Ist auch angedacht, nicht nur die Lebertransplantationszentren zu überprüfen, sondern auch die Zentren, in denen andere Organe transplantiert werden? Ist dort ebenfalls mit Manipulationsvorwürfen zu rechnen?

ESVe **Anne-Gret Rinder**: Wir haben Ende Mai diesen Jahres die Primärprüfung im Lebertransplantationsbereich abgeschlossen, d. h. es wurden alle Lebertransplantationszentren, die in Deutschland existieren, überprüft. In zwei Fällen haben wir die Untersuchungen noch nicht abschließen können. Wir werden übermorgen noch einmal ein Zentrum nachprüfen. Bei den bisher abgeschlossenen Fällen wurden drei Zentren festgestellt, die nach unserer Auffassung Manipulationen bzw. systematische Richtlinienverstöße begangen haben. Das sind Göttingen, Leipzig und München rechts der Isar. Regensburg fällt bei uns heraus – das haben wir natürlich

auch geprüft – ,da wir nur die Jahre 2010 und 2011 überprüfen. In diesem Zeitraum gab es in Regensburg keine Vorkommnisse. Die Manipulationsvorwürfe betreffen die Zeit davor. Wir werden also diese Prüfungen abschließen. Ich gehe davon aus, dass wir im Laufe des Monats August mit allem fertig sind. Wir haben das Problem, dass wir Abschlussberichte fertigen, die von den Kommissionsmitgliedern verabschiedet werden und die, bevor sie endgültig an die Ministerien, die Staatsanwaltschaften sowie die Landesärztekammern gehen, den einzelnen Zentren zur Gewährung rechtlichen Gehörs zur Verfügung gestellt werden. Wir haben das Lebertransplantationsprogramm meines Erachtens nur deswegen mit sehr guten und vor allen Dingen mit sehr gründlichen Ergebnissen prüfen können, weil wir in enger Zusammenarbeit mit Eurotransplant mit eigenen Zahlen in die Prüfungen gehen konnten. So werden wir auch bei der Überprüfung anderer Organe vorgehen. Wir haben z. B. heute Nachmittag ein Treffen in der Bundesärztekammer mit Sachverständigen aus dem Bereich der Nierentransplantation. Wir werden jetzt wiederum anhand eigener Zahlen die Plausibilität und Effektivität dieses Programms überprüfen. Im August, spätestens im September werden wir mit der Überprüfung der Nierentransplantationen beginnen. Was dabei herauskommt, kann ich Ihnen nicht sagen. Wir hoffen, dass es gute Ergebnisse sind, dass die Ärzte ordentlich gearbeitet haben und dass keine Manipulationen vorliegen. In Arbeit haben wir weiterhin die Entwicklung des Überprüfungsprogrammes für die Herztransplantationen. Auch das, denke ich, werden wir diesen Sommer abschließen. Das Programm für die Prüfung ist ganz wesentlich, um überhaupt effektiv prüfen zu können. Ich glaube, damit sind Ihre Fragen beantwortet.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Frau Eberle. Mich würde interessieren, wie Sie die derzeitigen Regelungen zur Transparenz von Wartelistenentscheidungen beurtei-

len, einmal für die Betroffenen und zum anderen für den Rechtsschutz für Patientinnen und Patienten.

ESVe Christine Eberle: Wir sind der Meinung, dass in punkto Wartelistenentscheidung zu wenig Transparenz herrscht. Ich möchte Ihnen kurz einen Fall aus unserer derzeitigen Praxis vorstellen. Da begehrt eine Frau die Feststellung der Rechtswidrigkeit ihrer Absetzung von der Warteliste. Sie wurde wegen angeblichen Fehlverhaltens ihres Ehemannes von der Warteliste eines Transplantationszentrums gestrichen. Die Entscheidung wurde niemals ihr gegenüber geäußert, sondern nur ihrem Ehemann und später ihrem Dialysezentrum mitgeteilt. Zur Begründung wurde auf ein fehlendes Vertrauensverhältnis verwiesen. Der Fall wirft ganz viele, aber eben vor allem formelle Fragen auf. Bei der Recherche für die Klage sind wir erstens darauf gestoßen, dass es aktuell nur einen einzigen Fall zu Wartelistenentscheidungen vor Gerichten gibt, der publik geworden ist. Bei 12.000 Menschen auf der Warteliste ist das jedenfalls ziemlich wenig. Der Fall wirft die Fragen auf, warum die Patientin von der Warteliste genommen wurde, wie sie sich dagegen wehren kann und welches Gericht überhaupt zuständig ist. Nach dem TPG ist es bisher so, dass die Entscheidung über die Aufnahme oder Absetzung von der Warteliste dem Patienten selbst gar nicht mitgeteilt werden muss, sondern nur dem behandelnden Arzt. Dem Patienten muss vom Transplantationszentrum sein Status, transplantabel oder nicht transplantabel, mitgeteilt werden. Rein rechtlich gesehen lässt das aber nicht unmittelbar darauf schließen, ob er auf der Warteliste steht oder nicht und schon gar nicht, aus welchen Gründen. Es gibt keine Rechtsmittelbelehrung in solchen Fällen und der Rechtsweg ist nicht klar, weil der sich im Einzelfall danach richtet, ob das Rechtsverhältnis privatrechtlich oder öffentlich-rechtlich beurteilt wird. Deshalb sind wir der Auffassung, dass hier auf jeden Fall mehr Transparenz und ein effektiver Rechtsschutz von Nöten sind.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Prof. Gutmann. Wir haben in der letzten Sitzungswoche zusammen mit dem Beitragsschuldengesetz eine Änderung zum TPG im Bundestag beschlossen, wonach die Richtlinie der Bundesärztekammer künftig wenigstens einem Genehmigungsvorbehalt des BMG unterliegen soll. Die vorliegenden Anträge der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gehen weiter und fordern wissenschaftlich fundierte und vor allen Dingen transparente, öffentlich legitimierte Entscheidungen über die Zuteilung lebensnotwendiger Organe. Wie könnte das nach Ihrer Meinung gewährleistet werden und wie bewerten Sie die Delegation an einen privaten Verein, nämlich die Bundesärztekammer, die jetzt gesetzlich vorgenommen wurde?

ESV Prof. Dr. Thomas Gutmann: Für mich ist die Anhörung lehrreich. Heute Morgen hätte ich noch guten Gewissens behauptet, es gibt keinen ernstzunehmenden Juristen in Deutschland, der an der Verfassungswidrigkeit des Systems der Organverteilung zweifelt. Jetzt gibt es zwei. Das ist für mich neu. Die Diskussion beginnt wieder. Ich bin nicht überzeugt von den Einlassungen meiner beiden geschätzten Kollegen. Wir verteilen, und zwar unter staatlicher Aufsicht, im staatlichen Rahmen, ob privat oder öffentlich-rechtlich, eine lebensrettende Ressource und wir müssen Entscheidungen treffen, die in Friedenszeiten wahrscheinlich die schlimmsten, aber auch grundlegendsten sind, die wir treffen können. Wer darf weiterleben und wer muss sterben. Bei der Leber geht es ganz klar darum, retten wir die Patienten, die als erstes sterben werden oder lassen wir diese Patienten einfach sterben und überlassen die Lebern den Patienten, die noch nicht so krank sind und mit diesem Organ noch sehr viel länger leben werden? Eine basalere Grundrechtsbetroffenheit und eine basalere normative, auch verfassungsrechtliche, ethische oder auch politische Entscheidung kann ich mir nicht vorstellen. Der Gesetzgeber hat

nichts entschieden. Er hat den Zielkonflikt Dringlichkeit versus Erfolgsaussicht nur benannt und sich dann zurückgezogen, hat das Ganze als medizinisches Problem etikettiert und an die Bundesärztekammer abgeschoben. Die trifft die Entscheidungen mal so, mal so. Die ersten Richtlinien waren pro Erfolgsaussicht, die jetzigen Richtlinien sind pro Dringlichkeit. Der radikale Wechsel ist natürlich nicht durch einen Wechsel des Standes der Kenntnisse der medizinischen Wissenschaften initiiert. Die normativen Grundentscheidungen werden von der Bundesärztekammer getroffen und sie können nur unter dem durchsichtigen falschen Vorwand, medizinische Fakten festzustellen, getroffen werden. Der Preis dafür ist, dass wir in der Bundesrepublik ein System haben, in dem die normativen Fragen überhaupt von niemandem mehr gestellt werden können, weil das System sie nicht mehr vorsieht. Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Beschluss im Januar diesen Jahres erhebliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der faktischen Normgebung durch die Bundesärztekammer angemeldet. Bei der Überprüfung der Manipulationen, haben wir die Situation, dass die Bundesärztekammer sich durch die Prüfungskommission letztlich immer selbst kontrolliert. Wir haben hier von vornherein den Bock zum Gärtner gemacht. Es ist jahrelang nichts an die Öffentlichkeit getreten, obwohl auch der Vorsitzende der Ständigen Kommission Organtransplantation von einer zweistelligen Zahl von Fällen gesprochen hat. Das wäre auch so weitergegangen, wenn nicht die Dinge im letzten Jahr explodiert wären. Die Prüfungskommission ist jetzt im Gesetz verankert, aber dass es der Bock ist, der im Gesetz verankert ist, den wir hier zum Gärtner gemacht haben, daran hat sich nichts geändert. Das wesentliche Problem ist, dass die Struktur, die wir geschaffen haben – ich spreche nicht über Personen, es ist ein Problem der Strukturen, ich habe vor vielen Beteiligten persönlich ganz hohen Respekt –, die Richtlinienggebung durch die Bundesärztekammer, einem Modell des Verhandeln und des Interessenausgleichs unter den

beteiligten Medizinern folgt. Und diese Logik des Interessenausgleichs spiegelt sich auch in der Prüfungskommission wider. Der Vorwurf, gegen die Richtlinien zu verstoßen, ist für einen Transplantationsmediziner in Deutschland in der gegenwärtigen Situation existenzvernichtend, völlig unabhängig von einem möglichen Strafverfahren und dessen Ausgang. Es gibt für die Prüfungskommission keinerlei materielle Kriterien. Eine ganze Reihe von Richtlinien, die hier durchgesetzt werden, sind offensichtlich rechtswidrig. Es gibt keinerlei formale Kriterien und in einigen Fällen dieser Prüfungspraxis sehe ich mit Sorge, dass nicht nur die Einhaltung von Richtlinien durchgesetzt wird, sondern dass auch auf die Transplantationszentren massiver Druck ausgeübt wird, unter dem drohenden Schirm dieser Überprüfung, auch in medizinisch-politischer Hinsicht möglichst keinen Schritt von dem abzuweichen, was die Stakeholder und Platzhirsche innerhalb der Ständigen Kommission Organtransplantation für richtig halten. Diese Situation zeigt, dass man rechtsstaatliche Grundsätze einziehen muss. Ein öffentlich-rechtliches System ist eine Möglichkeit, aber nicht die einzige. Die Behörde ist, da gebe ich meinen Kollegen zur Linken recht, in der Regel nicht das Allheilmittel für diese Dinge, aber rechtsstaatliche Prinzipien müssen eingezogen werden und von denen sind wir weit entfernt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Eberle. Im interfraktionellen Antrag hat die Mehrheit der interfraktionellen Arbeitsgruppe kein Erfordernis für eine Veränderung der Rechtsform der Koordinierungsstelle gesehen. Die Vertreter der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen da Änderungsbedarf. Wie beurteilen Sie die derzeitige Regelung, dass die Aufgaben der Koordinierungsstelle an eine private Stiftung vergeben wurde?

ESVe **Christine Eberle**: Ich halte das für durchaus problematisch. Die DSO ist, wie

wir alle wissen, eine privatrechtliche Stiftung und untersteht damit der Stiftungsaufsicht des Landes Hessen. Ich glaube nicht, dass die Stiftungsaufsicht ein sehr scharfes Schwert ist. Sie ist lediglich eine Rechtsaufsicht. Ob man das tolerieren könnte, wäre die eine Frage. Das geht aber mit Sicherheit nur dann, wenn man demgegenüber eine unabhängige und wirklich potente Kontrollmöglichkeit hat. Hier stelle ich mir eine Kontrolle vor, die personell und finanziell so aufgestellt ist, dass sie wirksam und unabhängig kontrollieren kann. Daran fehlt es. Das TPG hat diese Aufgabe der Kontrolle den Akteuren selbst zugewiesen. Dafür ist die Überwachungs- und Prüfungskommission da. Hier gibt es aber meines Erachtens zwei große Probleme. Das erste ist die Unabhängigkeit, diese sehe ich nicht gewährleistet. Unabhängig davon, dass die Menschen, die dort arbeiten, unbestritten sehr gute Arbeit machen, sind sie mit diesem Transplantationssystem auf vielfältige Weise verbunden. Es gibt einen Vertreter der Bundesärztekammer, der als Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation an der Schaffung der Regelungen beteiligt ist, die er schließlich als Mitglied der Prüfungs- und Überwachungskommission auch überprüft. Es gibt ein anderes Mitglied der Bundesärztekammer, das als Chirurg Leiter eines Transplantationszentrums ist, das er dann wiederum als Mitglied der Prüfungs- und Überwachungskommission selbst überprüft. Unabhängigkeit ist in diesem System nicht gegeben. Die zweite Komponente ist die Kapazität. Wir haben gehört, dass die Lebertransplantationsprüfung so gut wie abgeschlossen ist. Es hat jetzt fast ein Jahr gedauert für, wie ich meine, 919 Organvermittlungsentscheidungen. Wenn man also davon ausgeht, dass wir für tausend Entscheidungen ein Jahr brauchen, wir aber im Jahr 3.500 Vermittlungsentscheidungen treffen, werden wir noch zweieinhalb Jahre brauchen, um jedes Organ einmal überprüft zu haben. Im interfraktionellen Antrag steht, dass Prüfungen nicht anlassbezogen, regelmäßig und alle drei Jahre auch unangemeldet stattfinden sollen. Wie das

mit einem zwar engagierten Stab von Menschen, die überwiegend noch ein Hauptamt und andere Nebenämter haben, klappen soll, ist mir schlicht nicht klar.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Dann würde mich, Frau Eberle, interessieren, welche Vorschläge Sie dem Gesetzgeber machen, um Legitimität und Rechtssicherheit tatsächlich herzustellen.

ESVe **Christine Eberle**: Ob das am Ende ein staatliches Modell sein könnte, angelehnt an das Schweizer System oder ein Modell nach dem Vorbild des Robert-Koch-Instituts, weiß ich im Moment auch nicht. Ich denke aber, dass wir darüber eine große parlamentarische Debatte brauchen, weil der Argwohn gegenüber der Rechts- oder Verfassungswidrigkeit dieses Systems in Teilen eben auch dazu führt, dass das Vertrauen der Bevölkerung so gering ist. Nun wird zwar gesagt, dass das Vertrauen der Bevölkerung seit den Organspende-Skandalen so gering ist, aber ich glaube, dass es auch schon vorher sehr gering war. Es gibt zwar immer wieder Umfragen, wonach 90 Prozent der Bevölkerung der Organspende zustimmen, de facto liegt aber lediglich bei zehn Prozent aller Organspenden vorher ein schriftlich fixierter Wille des Patienten vor, d. h. ein Organspendeausweis oder eine entsprechende Patientenverfügung. Das heißt, nur zehn Prozent der Menschen, die Organe gespendet haben, waren sich vorher so sicher, dass sie gesagt haben, im Falle eines Hirntodes bin ich bereit, meine Organe herzugeben. Und d. h., wir müssen dieses Vertrauen der Bevölkerung grundsätzlich herstellen. Das geht meines Erachtens nur mit einem wirklich großem Wurf, der an der Architektur des Transplantationssystems ansetzt, eben möglicherweise mit einer Verstaatlichung.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den Sachverständigen Prof. Gutmann. Bundesrat und die Gesundheitsministerkon-

ferenz (GMK) haben seit längerem eine effiziente staatliche Aufsicht gefordert. Halten Sie das derzeitige Kontrollsystem im Bereich der Transplantationsmedizin, das primär auf private Akteure setzt, für ausreichend und falls nicht, woran mangelt es Ihrer Meinung nach?

ESV Prof. Dr. Thomas Gutmann: Ich beschränke mich auf die Organverteilung. Ich habe vorhin schon ausgeführt, dass ich das Überwachungssystem nicht für geeignet halte, weil sich die Beteiligten letztlich selbst kontrollieren und weil die Maßstäbe der Kontrolle nicht kontrolliert werden. Ich glaube auch nicht, wenn ich das gleich hinzufügen darf, dass sich durch den Genehmigungsvorbehalt durch das Bundesministerium für Gesundheit großes ändern wird, was die Richtlinien angeht. Wenn ich mit Kollegen aus dem Ausland spreche, dann werde ich immer wieder darauf angesprochen, dass sich das deutsche Transplantationssystem in einigen Eigenschaften von dem in anderen Ländern unterscheidet. Ich zitiere den englischen Kollegen, der den berechtigten Eindruck hat, dass es in Deutschland kaum Ressourcen für eine wirkliche politische, d. h. ministerielle Kontrolle des Transplantationssystems gibt. Ich habe den Eindruck, dass sich das Bundesministerium für Gesundheit schon im Gesetzgebungsprozess in den 90er Jahren vollständig in die Hände der jetzigen, am privat-rechtlichen System Beteiligten gegeben hat und nie in der Lage war, Ressourcen aufzubauen, die hier hätten kontrollierend wirken können. Wir haben Richtlinien gehabt, die offensichtlich gegen das Gesetz verstießen. Das Gesetz schreibt die einheitliche Warteliste vor. Wir hatten jahrelang eine zweite Warteliste für Spender und Empfänger über 65 Jahre im Eurotransplant Senior Programm. Das mag man medizinisch für richtig oder falsch halten, aber es ist contra legem. Niemand im Bundesministerium für Gesundheit ist offensichtlich auf die Idee gekommen nachzufragen. Wir haben, wenn ich dieses eine Beispiel noch ausführen darf, die Richtlinie der Bundes-

ärztekammer, der zufolge Alkoholiker mit Leberzirrhose, wenn sie nicht nachweislich seit sechs Monaten trocken sind, nicht auf die Warteliste aufgenommen werden dürfen. Ich habe gerade die Leberzirrhose-Analyse mit Kollegen von der Pathologie verifiziert. Es ist eindeutiger Stand der medizinischen Wissenschaft, dass man solche Patienten mit hervorragenden Aussichten transplantieren kann und wenn die Alkoholiker nicht trocken sind, sind die Erfolgsaussichten nur geringfügig schlechter, aber immer noch weit besser als bei anderen Gruppen. Die Bundesärztekammer hat diese Richtlinie, wie es damals hieß, aus pädagogischen Gründen erlassen. Sie hat hier etwas getan, was ich die Definition lebensunwerten Lebens nenne. Sie hat etwas getan, was nach dem Willen der Mütter und Väter des Grundgesetzes auf deutschem Boden eigentlich nicht mehr passieren sollte. Diese Richtlinie ist evident rechtswidrig. Sie gilt seit fast 15 Jahren und niemand im Bundesministerium für Gesundheit hat sich jemals bemüht gefühlt, Debatten, die über diese Richtlinien geführt werden, in irgendeiner Weise auch nur zur Kenntnis zu nehmen. Wie können Sie auf die Idee kommen, das könnte sich ändern, nur weil Sie jetzt einen formalen Genehmigungsvorbehalt ins TPG schreiben? Ich glaube, das ist naiv.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an Sie, Herr Prof. Gutmann.

Was halten Sie von der These, dass die DSO nunmehr eine quasi öffentlich-rechtliche Struktur hat, da Bund, Länder und GKV-Spitzenverband die Hälfte der Mitglieder im Stiftungsrat stellen?

ESV Prof. Dr. Thomas Gutmann: Dass die These schwach ist, muss ich nicht erläutern. Ich würde aber dennoch sagen, durchaus auch im Interesse dessen, was Herr Dr. Hess gesagt hat, die Frage, ob man im Gegensatz zur Organverteilung bei der Organgewinnung und bei der DSO unbe-

dingt öffentlich-rechtliche Strukturen braucht, offen zu sein scheint. Ich sehe das in dem Punkt ganz ähnlich, wie Herr Prof. Heun und Herr Dr. Hase. Das Problem der DSO ist, dass sie ist ein Beispiel für eine an die Wand gefahrene Selbstverwaltung ist, das wird man sagen können. Ihr Problem und auch ihr Herangehen an das Problem nach dem Wechsel in der Führungsstruktur ist ihre enorme Ineffizienz. Ob man dem durch eine „Verstaatlichung“ abhelfen könnte, weiß ich nicht. Ich glaube, dass es gute politische Gründe gibt, Gründe der politischen Opportunität, auch hier stärkere öffentlich-rechtliche Verfahren einzuziehen, aber geboten ist es sicher nicht. Die Probleme liegen an anderer Stelle. Insofern würde ich sagen, die DSO hat keine öffentlich-rechtliche Struktur, ganz egal, wer da von welcher öffentlich-rechtlichen Körperschaft in dem ohnehin bisher durch Inkompetenz aufgefallenen Stiftungsrat sitzt, aber die Probleme liegen nicht an dieser Stelle.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an Herrn Dr. Hess. Nach Mitteilung der taz vom 14.12.2012 hat der frühere medizinische Vorstand, Prof. Kirste, im Herbst eine Qualitätsprüfung der Hirntoddiagnostik in Auftrag gegeben. Trifft es zu, dass bereits Ergebnisse vorliegen und wie sehen diese Ergebnisse aus bzw. wann ist mit der Veröffentlichung zu rechnen?

ESV Dr. Rainer Hess: Ich kann Ihnen die Frage nicht beantworten, weil ich nicht weiß, ob ein solcher Auftrag zur Überprüfung der Hirntoddiagnostik bei der DSO richtig angesiedelt wäre. Es kann sein, dass Herr Prof. Kirste der Meinung war, dass die Richtlinien zur Hirntoddiagnostik von der Bundesärztekammer zu überprüfen sind, das habe ich übrigens auch einer Redakteurin der taz mitgeteilt, vielleicht hat sie das falsch wiedergegeben. In der Tat ist die Bundesärztekammer dabei, die Richtlinien zur Hirntoddiagnostik zu überprüfen. Nicht mit dem Ziel isoliert Grundlagen für die Organtrans-

plantation zu schaffen, sondern um die Hirntoddiagnostik als Basis für die Einstellung von lebensverlängernden Maßnahmen neu zu definieren. Das ist das primäre Ziel. Deshalb ist auch der wissenschaftliche Beirat mit dieser Aufgabe betraut und nicht die Ständige Kommission Organtransplantation. Wenn Sie darauf anspielen, dann stimmt das in der Tat. Das soll auch in diesem Jahr noch abgeschlossen werden, so dass wir bis Ende des Jahres von der Bundesärztekammer – Gott sei Dank nicht von der DSO – eine neue oder überarbeitete Richtlinie zur Hirntoddiagnostik bekommen, die dann für unsere Koordinatoren verbindlich umgesetzt werden wird.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch einmal eine Frage an Prof. Gutmann. Wie beurteilen Sie die anwaltliche Verteidigungsstrategie des hauptbeschuldigten Arztes am Klinikum rechts der Isar, der angibt, es könne bei den erfolgten Manipulationen schon deshalb kein Rechtsverstoß vorliegen, weil Eurotransplant als ausländische private Stiftung keine Hoheitsrechte zur Organverteilung in Deutschland besitze und gegen zentrale verfassungsrechtliche Prinzipien verstoße? Das ist ein Zitat aus dem Focus vom 28.1.2013. Wie sehen Sie die Konsequenzen unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten?

ESV Prof. Dr. Thomas Gutmann: Ich habe, um das vorzuschicken, nichts mit der Verteidigung von manipulierenden Ärzten zu tun und ich habe auch kein Interesse daran, irgendjemand hier vorab zu entschuldigen, aber ich schließe aus, dass es in einem der Fälle, die im Moment verhandelt werden, wegen Manipulationen an der Warteliste zumindest vor dem Bundesgerichtshof zu einer Verurteilung kommt. Es geht, um das sehr einfach und plakativ zu sagen, um die Manipulation eines Systems, das vielen Willkürfaktoren bei der Zuweisung der ersten Position auf der Warteliste ausgesetzt ist. Einem Arzt einen Tötungsvorsatz, ein Tötungsdelikt

nachzuweisen, der ein solches in sich multiples rechtswidriges System manipuliert, ist im Ergebnis ausgeschlossen. Das kann sich erst durch die jetzt erfolgte Gesetzesänderung ändern. Aber auch hier glaube ich, dass die wirklich harten Manipulationen kaum erfasst werden. Im Haftprüfungsbeschluss des zuständigen Oberlandesgerichtes im Fall des Göttinger Arztes wird vor allem auf zwei Fälle abgestellt, in denen er gegen die Richtlinien, die ich gerade ausgeführt habe, verstoßen haben soll, indem er zwei Patienten für die Warteliste gemeldet hat, die Alkoholiker waren und nach dem Willen der Bundesärztekammer dort nicht hätten gemeldet werden dürfen. Falls das der strafrechtliche Vorwurf ist, dann sollte man dem Arzt, was immer er noch Schlimmes angestellt hat, für diese beiden Fälle eine Medaille umhängen. Denn er hat, wenn er das getan hat, die Grundrechtsposition der Patienten wieder hergestellt, die diesen von der Bundesärztekammer rechtswidrig vorenthalten wurde. Wie können Sie glauben, dass auf der Basis eines Systems, das grundsätzlichen rechtsstaatlichen Anforderungen nicht genügt, einzelne Manipulationen des Systems strafrechtlich zu einer Verurteilung führen können? Die Neufassung, die jetzt das absichtliche Manipulieren von Patientendaten unter Strafe stellt, hatte im ursprünglichen Entwurf die Formulierung, „...um den Patienten bei der Führung der einheitlichen Wartelisten unberechtigt zu bevorzugen ...“ Wenn ich den Gesetzgebungsprozess richtig verfolgt habe, dann ist das Wort „unberechtigt“ gestrichen worden. Das war notwendig, denn wäre der Begriff „unberechtigt“ stehen geblieben, hätte die Verurteilung eines manipulierenden Arztes auch nach der Novelle des Transplantationsgesetzes eine Diskussion darüber erfordert, ob der Patient, dem geschadet wurde, berechtigterweise auf Platz eins der Warteliste gestanden hätte und dieser Nachweis hätte sich jedenfalls unter den strengen Augen der strafrechtlichen Prinzipien, in einem Strafverfahren, unter keinen Umständen führen lassen. So haben Sie zumindest eine strafrechtliche Norm geschaffen, die

in der Praxis funktionieren kann, aber nur um den Preis, dass Sie die Augen vor der eigenen Problemlage auf diesem Feld verschließen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht auch an Herrn Prof. Gutmann. Der Bund hat im Bereich der Transplantationsmedizin nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 26 Grundgesetz die Gesetzgebungszuständigkeit. Meine Frage ist jetzt: Hätte er aufgrund dieser Bestimmung theoretisch die Möglichkeit, durch bundesgesetzliche Regelungen, beispielsweise durch die Einführung eines Zulassungsverfahrens, die Zahl der Transplantationszentren zu beeinflussen oder fällt diese Kompetenz ausschließlich in die Zuständigkeit der Länder. Ich bitte um eine straffe Antwort.

ESV **Prof. Dr. Thomas Gutmann**: Das fällt nicht in meinen Kernkompetenzbereich. Die beiden anwesenden Kollegen sind da sicherlich kompetenter. Ich würde dennoch meiner Überzeugung Ausdruck verleihen, dass der Bund diese Kompetenz über Artikel 74 Grundgesetz hat und ich rate, davon ausreichend Gebrauch zu machen.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Vor dem Hintergrund, dass nun diese gerade eben kritisierten Dinge im Deutschen Bundestag mit den Stimmen aller Fraktionen verabschiedet worden sind, möchte ich zu dem, was von Frau Eberle und Herrn Prof. Gutmann in den Raum gestellt wurde, eine Stellungnahme der Professoren Hase, Heun und Montgomery haben.

ESV **Prof. Dr. Friedhelm Hase**: Das ist eine sehr allgemeine Frage. Können Sie das vielleicht auf einem bestimmten Aspekt eingrenzen?

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Sie können das durchaus ein wenig allgemein

halten. Es wurden jetzt viele Aspekte benannt, zu denen ich gerne Ihre Stellungnahme hätte.

ESV Prof. Dr. Friedhelm Hase: Ich habe in meinem Statement bereits gesagt, dass ich die Architektur des TPG aus dem Jahr 1997 im Grundsatz für sachgerecht halte, also auch das strukturierte Zusammenspiel von verbindlichen gesetzlichen Vorgaben und der Ausfüllungskonkretisierungsbefugnis durch untergesetzliche Regelbildung sowie durch experimentelle Regelkonkretisierungen. Dass das nicht in jedem Fall zu hundertprozentig sachgerechten und vielleicht auch einmal zu falschen Entscheidungen führen kann, ist völlig klar. Es wäre auch merkwürdig, wenn es anders wäre. Was mich gestört hat, war, dass gerade vom Kollegen Gutmann der Eindruck erweckt worden ist, als sei der Willkür Tür und Tor geöffnet. Sie müssen sich die Richtlinien der Bundesärztekammer einmal genauer anschauen. Es wird mit Algorithmen gearbeitet und es gibt Audit-Verfahren, die eingesetzt werden. Die Gewichtung der verschiedenen Parameter, wie sie im Gesetz verankert sind, Erfolgsaussichten einerseits, Dringlichkeit andererseits, wird mit Algorithmen erfasst. Da wird mit Wahrscheinlichkeitsrechnungen, beispielsweise über die Verträglichkeit von Spenderorgan mit Spender, operiert, so dass auf dieser Steuerungsebene der Willkürvorwurf so nicht stehenbleiben kann. Sie können damit aber nicht ausschließen, und das haben diese Vorfälle gezeigt, dass auf der untersten Ebene, dort wo in den Transplantationszentren, übrigens unter Aufsicht der Landesbehörden, gearbeitet wird, Missbrauchsfälle vorkommen. Das liegt in der Natur der Sache, aber das diskreditiert nicht das bisherige Steuerungssystem als solches. Und ich würde auch zu bedenken geben, dass bei der hier im Raum stehenden Forderung nach Ablösung dieses Steuerungs- und Regelungssystems ein großer Verlust eintritt, denn wir haben mit den Trägern, die hier seit 15 Jahren oder zum Teil auch schon vor Erlass des Transplantationsgesetzes arbeiten, einen

enormen Fundus an Erfahrungen und Wissen aufgebaut. Der ginge in wesentlichen Teilen verloren, wenn Sie jetzt plötzlich einen neuen Träger einsetzen würden, der sich wiederum völlig neu einarbeiten müsste.

ESV Prof. Dr. Dr. h. c. Werner Heun: Ich fange gewissermaßen von hinten an und werde auch nicht versuchen, das komplette Statement von Herrn Prof. Gutman zu widerlegen. Das wäre allein schon ein Zeitproblem. Ich beginne mit der Kompetenzfrage. Es scheint mir problematisch anzunehmen, dass das von der Bundeskompetenz des Artikel 74 Grundgesetz gedeckt ist. Wir haben hier eine schwierige Überschneidung von Kompetenzen, nämlich einerseits der Länder- und andererseits der Bundeskompetenz. Und die Bundeskompetenz erstreckt sich einerseits auf die Krankenhausfinanzierung und andererseits auf die Frage der Organtransplantation. Ob die Festlegung der Transplantationszentren von dieser Kompetenz gedeckt wird, halte ich für ziemlich problematisch, da die Krankenhausplanungskompetenz bei den Ländern liegt. Man kann sich natürlich durchaus Verständigungen vorstellen, aber ich denke schon, dass hierfür in erster Linie die Länder zuständig wären, jedenfalls wenn man sich die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts anguckt, die gerade bei der Interpretation der Kompetenzvorschrift des Artikel 74 Grundgesetz, in diesem Punkt bei der Frage der Krankenhausfinanzierung, relativ restriktiv war. Das zur Kompetenzfrage. Ein grundlegendes Problem der Ausführungen von Herrn Prof. Gutmann liegt darin, dass er formelle und inhaltliche Fragen mischt. Ich will und kann an dieser Stelle weder zur Rechtmäßigkeit noch zur inhaltlichen Richtigkeit einzelner Richtlinien Stellung nehmen. Es ist durchaus denkbar, dass auch diese Fehler enthalten, die im Einzelfall untersucht werden müssen. Es geht hier jetzt allerdings in erste Linie darum, ob der Verfahrensprozess richtig ist. Hier scheint es mir in der Tat richtig zu sein, dass das Bundesministerium für Gesund-

heit inzwischen eine Genehmigungskompetenz erhält. Ob das tatsächlich eine so starke Kontrolle der inhaltlichen Fragen, die von den Ärzten verantwortet werden müssen, darstellt, ist in der Tat die Frage, aber das zeigt das Problem. Ich glaube nicht, dass es sinnvoll wäre, das Gesundheitsministerium mit der Erarbeitung der einzelnen Richtlinien zu beauftragen. Sie wären dabei genauso auf den Sachverstand der Ärzte angewiesen. Es kommt darauf an, die richtige Mischung zu finden zwischen der Erarbeitung der inhaltlichen Fragen einerseits sowie der staatlichen Kompetenz und Verantwortung, die eben demokratischer Natur ist, andererseits und die letztlich dann über das Parlament rückgekoppelt wird. Und was das angeht, denke ich, ist das nunmehr vorgeschlagene Verfahren, dass zunächst einmal die Richtlinie innerhalb der Bundesärztekammer erarbeitet wird und dann vom Ministerium genehmigt wird, richtig. Dass das nicht notwendigerweise alle Fehler ausschließt, halte ich auch für richtig. Fehlerfrei arbeitet kein System und ich glaube, das ist nicht der Punkt. Insofern scheint mir die Kritik inhaltlicher Art, über die man sich streiten kann, von dieser formellen Frage des Verfahrens zu trennen zu sein. Bei der Frage, wie rechtsstaatliche Strukturen eingezogen werden sollen, ist mir nicht ganz klar, was Herr Prof. Gutmann jetzt möchte. Ich verstehe es so, dass er der Ansicht ist, dass wir hier privaten Sachverstand benötigen und die Struktur von Behörden nicht die geeignete Struktur ist, um solche Fragen zu entscheiden. Dann sehe ich aber eigentlich nicht, warum das Verfahren, wie es das Transplantationsgesetz vorsieht – zunächst einmal handelt die Bundesärztekammer und dann übernimmt das Ministerium die staatliche Verantwortung – nicht den rechtsstaatlichen Strukturen, die das Grundgesetz vorschreibt, entsprechen soll.

ESV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Sie haben mich zum einen gebeten, die Äußerungen des Sachverständigen Prof. Gutmann zu kommentieren. Ich glaube,

das verbietet sich aus ärztlicher Souveränität und einem klaren diagnostischen Blick. Das kann man nicht im Detail kommentieren. Wer aber seine Ausführungen mit dem Hinweis eröffnet, er habe heute bis zum Frühstück geglaubt, alle in der Rechtswelt seien von der Verfassungswidrigkeit der Strukturen überzeugt, der hat entweder schlecht gefrühstückt oder ist nicht auf der Höhe der Debatte. Mehr möchte ich dazu nicht sagen. Mir ist daran gelegen eine Ausführung der Sachverständigen Eberle zurückzuweisen. Selbstverständlich sind Beteiligte in ihren eigenen Zentren nicht an der Prüfung dieser Zentren beteiligt. Ich bitte Sie also, diese Aussage in Zukunft nicht zu wiederholen, weil wir selbstverständlich darauf achten, dass hier eine klare Trennung zwischen den Prüfenden und den zu Prüfenden durchgehalten wird.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Eine Frage an Herrn Prof. Montgomery, Herrn Dr. Hess und Herrn Prof. Nagel. Das Transplantationsgesetz hat der Bundesärztekammer in § 16 die Aufgabe übertragen, den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festzulegen. Diese Richtlinien werden mit der widerlegbaren Vermutung verknüpft, dass der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft eingehalten wird, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer befolgt werden. Dies entspricht auch der Regelung in anderen Gesetzen, so z. B. dem Transfusionsgesetz. Welche Vorteile hat diese Entscheidung des Gesetzgebers?

ESV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery: Ich glaube, das ist auch schon in einigen Äußerungen anderer Sachverständiger hier ausgeführt worden. Niemand auf der Welt kann ohne die in diesem Bereich tätigen wissenschaftlichen Sachverständigen Richtlinien erarbeiten. Würde man die Erstellung in ein staatliches oder gar in ein parlamentarisches Verfahren überführen, wäre der Weg ein sehr komplizierter und auch rechtlich problematisch.

Die Bundesärztekammer hat diese Möglichkeiten und Sie dürfen sich das nicht als statischen Prozess vorstellen. Die Richtlinien über die Hirntoddiagnostik zum Beispiel werden von uns in regelmäßigen Abständen angepasst. Das hat nichts mit der Änderung der Auffassung zum Hirntodkonzept zu tun, sondern mit der Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Die sechs Monate Karenzfrist bei der alkoholinduzierten Leberzirrhose haben etwas damit zu tun, dass die Leber sich regenerieren kann, wenn man aufhört, intoxicierende Substanzen zu sich zu nehmen. Damit würde eine Transplantation dann hinfällig. Das also sind Dinge, die man vielleicht auch manchmal erklären muss. Deshalb ist es ein großer Vorteil, dass wir mit einem großen Fundus an medizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand zu einer schnellen Umsetzung des wissenschaftlichen Fortschritts in die Praxis kommen können.

ESV Dr. Rainer Hess: Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Festbetrags-Urteil ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Medizin in ihrer Entwicklung so schnell und so komplex ist, dass es durchaus legitim scheint, die Interpretation der Nutzenbewertungen von Arzneimitteln z. B. dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu übertragen, d. h. eine praxisnahe Bewertung durchzuführen. Es gibt also auch eine Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, die sehr wohl anerkennt, dass wir es im medizinischen Prozess mit Dingen zu tun haben, die sich einer normativen Vorgabe geradezu entziehen. Ich glaube, dass das genauso auf die Rechtsprechung zur Organtransplantation übertragbar ist. Es braucht hier einen flexiblen Anpassungsprozess. Und der kann nicht durch das Ministerium erfolgen, sondern der muss aus der Wissenschaft und deren Erkenntnis heraus kommen. Das Bundessozialgericht hat *expressis verbis* gesagt, der Gemeinsame Bundesausschuss habe nicht die Kompetenz, den medizinischen Sachverstand

normativ festzustellen, sondern er ermittle ihn. Die Bundesärztekammer ist nicht normativ tätig im Sinne hoheitlicher Verwaltung, sondern sie ermittelt den medizinischen Sachverstand. Das ist ihre Aufgabe, nicht mehr und nicht weniger. Dass das normative Konsequenzen hat, ergibt sich wiederum aus dem Gesetz. Die Vermutung, dass das, was die Bundesärztekammer ermittelt, richtig ist, ist allerdings eine widerlegbare Vermutung. Nur dann müssen diejenigen, die sagen, diese Richtlinie stimmt nicht mehr, in diesen Prozess der Bundesärztekammer hineingehen und eine Überprüfung der These von der sechsmonatigen Karenzzeit fordern. Sollte sich das als richtig erweisen, müssen diese Richtlinien angepasst werden. Das ist ein permanenter Prozess, dem sich die Bundesärztekammer, aber dem sich auch alle anderen Beteiligten stellen müssen. Aus meiner Sicht, Herr Abg. Dr. Koschorrek, ist deshalb Folgendes zu sagen: Wenn die Medizin nicht normativ dingfest zu machen ist, weil sie sich in einem permanenten Entwicklungsprozess befindet, dann brauche ich jemanden, der feststellt, was der Stand des Wissens ist. Und das kann nur Aufgabe der Bundesärztekammer sein.

ESV Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. Eckhard Nagel: Die ärztliche Therapiefreiheit ist mit Sicherheit die Grundlage für das Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung und dementsprechend ein hohes Gut, das wir im Kontext ärztlicher Tätigkeit an allen Stellen, an denen es uns möglich ist, auch verteidigen. Dennoch ist es so, dass sich die ärztliche Therapiefreiheit in einem Rahmen bewegt, der letztendlich zur Indikationsstellung, also zur Grundlage einer Behandlung oder Untersuchung vorhanden sein muss. Diese Indikationsstellung ist abhängig vom Stand des aktuellen Wissens. Dass wir über dieses aktuelle Wissen in ganz unterschiedlichen Kontexten diskutieren, das kennen Sie aus vielen anderen medizinischen Bereichen, also beispielsweise welchen Stellenwert hat die evidenzbasierte Medizin oder die persönliche Erfahrung eines Arztes oder

einer Ärztin. Das sind Kontexte, in denen sich Leitlinien bzw. auch Richtlinien für die Behandlung von Patienten entwickeln. In einem Bereich, in dem letztendlich aufgrund der Allokationsproblematik ein Mangel zu verwalten ist, stellt sich diese Situation noch einmal sehr viel schärfer und problematischer dar, weil es natürlich auch offene Diskussionen mit den Patienten darüber geben muss, welche Möglichkeiten der Behandlung es im Hinblick auf eine Indikationsstellung tatsächlich gibt. Deshalb gibt es in den wenigen Bereichen, in denen es einen Mangel an Leistungsfähigkeit gibt, und dazu gehört die Transplantationsmedizin seit 1997, ein anderes Verfahren, als wir es normalerweise über die Entwicklung von ärztlichen Leitlinien oder Richtlinien kennen, nämlich ein Transplantationsgesetz. Ich möchte an dieser Stelle, weil es auch angeklungen ist, dem Deutschen Bundestag ausdrücklich danken, dass er sich mit dieser Problematik, auch nach der Revision des Gesetzes 2012, noch einmal so intensiv befasst hat, das immer noch tut und versucht, diesen Bereich der medizinischen Versorgung, der weit über die normale Versorgung hinausgeht und unsere gesamte Gesellschaft betrifft, auch zu diskutieren und Lösungen auf den Weg zu bringen, die eine Handhabbarkeit möglich machen. In diesem Zusammenhang ist von meinen beiden Vorrednern schon der Punkt angesprochen worden, dass die Veränderungen in den Erkenntnisprozessen eine ständige Anpassung notwendig machen. Das sind primär tatsächlich innermedizinische, wissenschaftliche Diskussionsprozesse, die dann zu Regelungen, wie z. B. den Richtlinien der Bundesärztekammer führen. Ich habe vorhin schon einmal festgestellt, dass eine Genehmigung dieser Richtlinien durch den Gesetzgeber hilfreich sein kann und dadurch das Vertrauen in die Verlässlichkeit, gerade bei Ausschlusskriterien nochmal gestärkt wird. Ich möchte ausdrücklich die Unterstellung zurückweisen, dass diese Kommission Entscheidungen getroffen hätte, die menschenunwertes Leben definieren. Das ist eine absolute Bosheit und Frechheit, die ich in dieser Art und Weise

für die deutsche Ärzteschaft zurückweise. Alle diejenigen, die sich dort beteiligen, beteiligen sich um des Bessergehens der Patienten und nicht um Klassifizierungen vorzunehmen. Der Stand des jeweiligen medizinischen Wissens ist das, was sich in den Richtlinien abbildet. Sie müssen regelmäßig fortgeschrieben werden und deshalb braucht es Expertenkommissionen. In der Transplantationsmedizin funktioniert das eindeutig besser als in vielen anderen Bereichen, in denen wir uns eben nicht in Diskussionen auf Leitlinien oder Richtlinien einigen können.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Noch eine Frage an Dr. Rahmel und Prof. Montgomery. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Wartelistenführung sind verschärft worden. Wir haben jetzt das mindestens Sechsaugenprinzip und die Benennung der hierfür verantwortlichen Ärzte wird Eurotransplant mitgeteilt. Wie haben sich diese Veränderungen ausgewirkt und können mit diesen Veränderungen, die in der Vergangenheit vorgenommenen Manipulationen an Patientendaten aus Ihrer Sicht künftig ausgeschlossen oder zumindest als erschwert betrachtet werden?

ESV **Dr. Axel Rahmel**: In der Tat haben alle deutschen Transplantationszentren Eurotransplant mitgeteilt, wer diese von der Richtlinie vorgeschriebenen jeweils drei, bei der Lebertransplantation vier Experten sind. Sie wissen, es ist immer ein Chirurg, ein Internist und daneben noch der ärztliche Direktor sowie bei den Lebertransplantationen ein Anästhesist dabei, die die Endverantwortung für die Korrektheit der Daten haben. Diese haben natürlich in ihrer Klinik dafür zu sorgen, dass die entsprechenden Strukturen existieren, einschließlich einer Transplantationskonferenz, die in einem Zentrum, das eine entsprechende Strukturqualität aufweist, sowieso Stand der medizinischen Wissenschaft sein sollte. Insofern haben die Richtlinien hier etwas festgelegt, was aus meiner Sicht eigentlich selbstver-

ständig sein sollte. Aber durch diese Vorgabe ist nun geregelt, dass es immer mehrere Verantwortliche gibt, die nach einem transparenten Verfahren für die Korrektheit der übermittelten Daten verantwortlich sind. Wenn dann, so wie beschlossen, obendrein noch gesetzlich festgelegt wird, dass eine nicht korrekte Übermittlung von Daten strafrechtlich relevant ist, dann haben Sie den Hebel gesetzt, den Sie auch setzen wollten. Insofern haben wir in diesem Bereich große Fortschritte erzielt. Natürlich wissen Sie, dass man Verstöße grundsätzlich nicht ausschließen kann, aber die Hürden sind erheblich erhöht worden. Und wenn man das Ganze dann noch einmal im Zusammenhang mit den zusätzlich durchgeführten Vorortkontrollen, die von der Bundesärztekammer kontinuierlich weiter fortgeführt werden, sieht, dann glaube ich, dass ein System geschaffen worden ist, das die Sicherheit in diesem Bereich erheblich erhöht.

ESV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery:

Ich kann das nur in allen Punkten unterstreichen und möchte darauf hinweisen, dass insbesondere die großen und renommierten Zentren und auch diejenigen Zentren, bei denen wir festgestellt haben, dass keine Auffälligkeiten vorlagen, vorher schon oft so gehandelt und deshalb nicht das geringste Problem haben, diese rechtlichen Bestimmungen umzusetzen. Ich glaube, dass die Transplantationsmedizin in Deutschland noch nie so sicher war, wie sie im Moment ist.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage geht an Herrn Dr. Rahmel. Es wurde von Frau Eberle und auch von Herrn Prof. Gutmann kritisiert, dass es keine oder ungenügende Transparenz bei der Wartelistenentscheidung, also bei der Organzuweisung gebe. Können Sie oder würden Sie noch einmal erläutern, wie bei Eurotransplant die Organvergabe und auch das beschleunigte Verfahren durchgeführt werden, denn in der Tat herrschte bei Letzterem in der Vergangenheit weniger Trans-

parenz als bei der „normalen Verteilung“. Vorhin wurde im Zusammenhang mit den DRG viel über Wettbewerb gesprochen. Entzieht sich die Organvergabe diesem Wettbewerb über Eurotransplant?

ESV Dr. Axel Rahmel: Patienten können bei Eurotransplant jederzeit nachfragen, ob und in welchem Dringlichkeitsstatus sie sich auf der Warteliste befinden. Das geschieht auch täglich. Schwieriger ist die Frage nach der Position auf der Warteliste. Da steckt die Idee dahinter, dass die Patienten wie an einer Kaufhauskasse in einer Schlange stehen und einer nach dem anderen drankommt. Tatsächlich ist die Warteliste ein hochgradig dynamisches System, das sich daraus ergibt, dass im ersten Schritt, wenn uns ein Spender gemeldet wird, unter all den Patienten, die sich auf der Warteliste befinden, erst einmal diejenigen durch das System ausgewählt werden, die grundsätzlich für dieses Organ in Frage kommen. Anschließend wird gemäß der Vorgaben der Richtlinien der Bundesärztekammer die Reihenfolge unter diesen Patienten festgelegt. Wenn sich der Gesundheitszustand eines einzelnen Patienten verschiebt, dann kann sich auch seine Position auf der Warteliste verschieben. Wer also heute auf Position fünf der Warteliste für ein spezielles Organ A steht, kann morgen bei Organ B auf eine ganz andere Position auf der Warteliste rücken oder falls das Organ für ihn nicht geeignet ist, gar nicht auf der Warteliste stehen. Wie wird diese Reihenfolge definiert? Ich erwähnte schon, Grundlage sind die Richtlinien der Bundesärztekammer. Eurotransplant ist ein Dienstleistungsunternehmen, das diese Richtlinien in seinem Computersystem eins zu eins umsetzt, d. h. die Reihenfolge wird von einem Computerprogramm generiert. Die Prozesse sind, das unterstützt, wie Sie wissen, die derzeit stattfindenden Untersuchungen, nicht nur der Prüfungskommission, sondern auch die der anderen staatlichen Behörden, auch nach Ablauf jederzeit abrufbar und wir sind in der Lage, jeden Allokationsvorgang Schritt für Schritt zu belegen, wann ein Organ ange-

boten worden ist, ob das Organ von dem jeweiligen Transplantationszentrum akzeptiert wurde bzw. wenn es abgelehnt wurde, aus welchem Grund. Der Hintergrund des beschleunigten Vermittlungsverfahrens, das bei Eurotransplant historisch gesehen Rettungsallokation oder Rescue-Allocation heißt, ist der, dass es sich hier um Organe handelt, die in dem eben beschriebenen patientengerichteten Verfahren keinen passenden Empfänger gefunden haben. Um den Verlust des Organs zu vermeiden, wird auf das beschleunigte Vermittlungsverfahren ausgewichen und das Organ den Zentren angeboten. Es obliegt dann den Zentren, im Rahmen des beschleunigten Vermittlungsverfahrens den am besten geeigneten Patienten für dieses Organ auszuwählen. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Ständigen Kommission in einer ausführlichen Diskussion, auch auf Anregung von Transplantationsmedizinern und mit Unterstützung von Eurotransplant, im Sinne von mehr Transparenz nun ein Verfahren etabliert, das in Kürze eingeführt werden soll. Eurotransplant wird das Organ, das patientengerichtet nicht vermittelbar ist und wo aus Zeitnot der Organverlust droht, Zentren in der Region anbieten, wobei dann diese Zentren geeignete Patienten von ihrer Warteliste auswählen können. Diese wiederum werden dann an Eurotransplant übermittelt und aus den übermittelten Patientendaten wird anhand der in den allgemeinen Richtlinien der Bundesärztekammer vorgegebenen Kriterien eine Reihenfolge festgelegt, aufgrund derer dann das Organ zugeteilt wird. Wir nennen das Minimatch, es wird also ein Ausschnitt aus der Gesamtmatchliste genommen, aber die Reihenfolge ergibt sich aus den Richtlinien der Bundesärztekammer. Wir werden auf diese Weise eine erhebliche Zunahme der Transparenz in diesem Verfahren erzielen. Eine weitere Frage war, inwieweit sich die Zuteilung der Organe dem DRG-Verfahren bzw. einem finanziellen Anreizverfahren entzieht. Wenn man Mindestmengen oder Ähnliches einführt, wenn Incentives existieren, die dazu führen, dass Druck ausgeübt wird, eine bestimmte Anzahl von

Transplantationen durchzuführen oder das Versprechen einer Erhöhung der finanziellen Ressourcen dahintersteht, dann löst das einen Anreiz aus, zu manipulieren. Hier halte ich es für ausgesprochen wichtig, sich, wie von Herrn Dr. Hess angesprochen, davon zu lösen und zu sagen, in einem System, in dem Ressourcen knapp sind, müssen solche Anreizsysteme verschwinden. Und insofern halte ich eine Verfahrensweise, in der Incentives, welcher Art auch immer, abgeschafft werden, für richtig. Incentive sollte die gute Versorgung der Patienten mit hoher Qualität sein. Das setzt zwei Elemente voraus, einmal Strukturqualität, darüber haben wir einiges gehört, aber natürlich auch zweitens, Ergebnisqualität. Hier bin ich der Meinung, dass man Ergebnisqualität, wenn man ansprechende Daten hat, durchaus adäquat messen kann und dass man das auch durch Risikoadjustierung adäquat reflektieren kann. Wenn dann die Zentren, so wie z. B. in den USA, ihre Daten öffentlich bekanntgeben müssen und ihre Arbeit transparent gemacht wird, dann werden sich auch die Zentren überlegen, ob sie allein aus Prestige Gründen Transplantationen durchführen oder sich, wenn schlechte Ergebnisse vorliegen, dazu entscheiden, diese Transplantationen nicht mehr durchzuführen, weil das letztlich ihrer Reputation eher schaden als nützen würde. Insofern denke ich, ist die Vorgabe Transparenz. Die Festlegung von Mindestmengen, glaube ich, wird das Problem nicht lösen. Natürlich werden sie als kleines Zentrum kaum die Möglichkeit haben, die adäquate Strukturqualität vorzuhalten.

Der **Vorsitzende**: Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir sind hiermit am Ende der heutigen Anhörung angekommen. Ich darf mich bei den Sachverständigen recht herzlich bedanken, aber ich möchte es auch nicht versäumen, nachdem es die letzte Anhörung in dieser Legislaturperiode war, mich ausdrücklich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sekretariats zu bedanken.

Ich glaube, es war eine der arbeitsintensivsten Legislaturperioden für den Gesundheitsausschuss und deshalb von meiner Seite aus noch einmal recht herzlichen Dank und Ihnen allen einen guten Nachhauseweg.

Ende der Sitzung: 14.01 Uhr