



Wortprotokoll der 35. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 30. Januar 2019, 14.30 Uhr
10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsaal 3 101

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammen- arbeit und der Strukturen bei der Organ- spende

BT-Drucksache 19/6915

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

Berichterstatter/in:

Abg. Stephan Pilsinger [CDU/CSU]
Abg. Hilde Mattheis [SPD]
Abg. Dr. Axel Gehrke [AfD]
Abg. Katrin Helling-Plahr [FDP]
Abg. Harald Weinberg [DIE LINKE.]
Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Dr. Robby Schlund, Detlev Spangenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Zahl der freiwilligen Organspender in Deutschland erhöhen - Spendenbereitschaft als Ehrenamt anerkennen

BT-Drucksache 19/7034

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- c) Antrag der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Michael Theurer, Christine Aschenberg-Dugnus, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Chancen von altruistischen Organlebendspenden nutzen - Spenden erleichtern

BT-Drucksache 19/5673

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Möhring, Cornelia Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Baerbock, Annalena Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14.32 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich darf ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung begrüßen. Ich darf zu meiner Linken die Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Weiss ganz herzlich begrüßen und die weiteren Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Meine Damen und Herren, in der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende“ sowie dem Antrag der Fraktion der AfD „Zahl der freiwilligen Organspender in Deutschland erhöhen – Spendenbereitschaft als Ehrenamt anerkennen“ und dem Antrag der Fraktion der FDP „Chancen von altruistischen Organlebendspenden nutzen – Spenden erleichtern“. Die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland ist im internationalen Vergleich nicht sehr hoch. Nach den Organspendeunregelmäßigkeiten ist sie sogar stark gesunken. Allerdings, und das ist erfreulich, wird für das Jahr 2018 zum ersten Mal seit Langem eine Erhöhung der Spenderzahlen verzeichnet. Bundesweit haben 955 Menschen nach ihrem Tod ihre Organe für schwerkranke Menschen gespendet. Das entspricht 11,5 Prozent Spender pro einer Million Einwohner. Im Vergleich zu 2017, wo wir 797 Spender hatten, ist dies ein Anstieg von knapp 20 Prozent. Wir bemühen uns, dass diese Zahlen weiter deutlich nach oben gehen. Gleichwohl sieht die Bundesregierung nach wie vor Handlungsbedarf. Sie will mit der Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) die Strukturen des gesamten Organspendeprozesses und damit verbunden auch die Finanzierung der Transplantationsbeauftragten in den Kliniken sowie die Vergütung der Krankenhäuser verbessern. Gleichzeitig soll durch einen Rufbereitschaftsdienst garantiert werden, dass in jedem Entnahmekrankenhaus jederzeit der Hirntod festgestellt werden kann. Durch die Einführung eines neuen Qualitätssicherungssystems sollen künftig Aussagen über die Identifizierung von potenziellen Organspendern ermöglicht werden. Einen ganz anderen Ansatz verfolgt die Fraktion der AfD. Sie will die Spendenbereitschaft bspw. durch die Ausgabe von Ehrenamtskarten fördern. Mit dieser Ehrenamtskarte soll der potenzielle Spender Vergünstigungen aller Art,

bspw. verbilligte Eintrittskarten, erhalten. Die Fraktion der FDP beschäftigt sich in ihrem Antrag mit der Organlebendspende, also mit Nieren- und Leberspenden. Die FDP will den Spenderkreis für die Lebendspende erweitern. Denn das Gesetz legt derzeit fest, dass eine verwandtschaftliche Beziehung oder ein besonderes Näheverhältnis von Spender und Empfänger nachgewiesen werden muss. Nur dann ist eine Lebendspende erlaubt. Geändert werden soll auch die Regelung, dass die postmortale Spende der Lebendspende vorzuziehen ist. Zu diesen verschiedenen Ansätzen, die Organspendezahlen zu erhöhen, werden wir heute die Meinungen der Expertinnen und Experten hören. Bevor wir anfangen, einige Erläuterungen zum Ablauf. Für die Anhörung stehen uns 90 Minuten zur Verfügung. Diese 90 Minuten werden auf die Fraktionen nach ihrer Stärke verteilt. Das heißt, die CDU/CSU hat 31 Minuten, die SPD 19 Minuten, die AfD 12 Minuten, die FDP 10 Minuten und die Fraktion DIE LINKE. und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 9 Minuten. Ich darf alle Fragenden und die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Ich bitte darum, dass das Mikrofon benutzt wird und dass Name und Verband genannt werden, damit auch die, die nicht hier im Raum sitzen, mitbekommen, wer fragt und wer antwortet. Ich weise darauf hin, wenn man ein Mobiltelefon hört, kostet das fünf Euro, die wir dezent einsammeln und für einen guten Zweck spenden. Ich weise auch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Die Anhörung kann auch in der Mediathek des Deutschen Bundestages angesehen werden. Es wird ein Wortprotokoll auf der Internetseite veröffentlicht. Zum Abschluss noch der Hinweis, weil es parallel zu diesem Gesetz und zu den Anträgen auch eine Diskussion im Deutschen Bundestag und in der Öffentlichkeit zur Widerspruchs- und zur Zustimmungslösung gibt, dass das an anderer Stelle diskutiert und gefragt wird. Wir konzentrieren uns heute auf die beiden Anträge und den Gesetzentwurf. Dann darf ich an den Kollegen Michael Hennrich für die erste Frage das Wort erteilen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine erste Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Braun. Mich interessiert, wie Sie die



strukturellen Veränderungen beurteilen, d. h. ob der Gesetzesentwurf tatsächlich geeignet ist, die Zahlen der Organspenden zu erhöhen?

ESV Prof. Dr. Felix Braun: Ich halte den Gesetzesentwurf erstmal für sehr gelungen. Die wesentlichen strukturellen Maßnahmen sind aufgegriffen. Ich finde es sehr gelungen, dass sie eben nicht mit der Widerspruchslösung und mit den Dingen gemischt werden, sondern dass man an die kosten deckende Finanzierung geht und damit auch an die Wertschätzung der Transplantationsbeauftragten und dass man für die breite Versorgung entsprechend Ärzte zur Verfügung stellt, die in der Lage sind, die Hirntoddiagnostik durchzuführen.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich frage den Einzelsachverständigen Kollegen Dr. Götz Gerresheim. Sie kommen aus einem etwas kleineren Krankenhaus als der Vorredner. Deswegen würde mich Ihre Einschätzung speziell zur Rolle der Transplantationsbeauftragten und zu den verbindlichen Vorgaben für deren Freistellung interessieren. Wie beurteilen Sie diese Stellung der Transplantationsbeauftragten?

ESV Dr. Götz Gerresheim: Ich sehe das ähnlich wie Herr Prof. Braun. Die Freistellung der Transplantationsbeauftragten vor Ort ist unabdingbar, um die gewünschte Steigerung der Organspendezahlen zu erreichen. Es braucht Köpfe und Kümmerer vor Ort für die Erkennung der Spender, der Meldung dieser Spender und vor allen Dingen in der Betreuung der Angehörigen und für die schwierigen medizinischen und medizinethischen Entscheidungen am Lebensende. Diese Funktion füllt der Transplantationsbeauftragte aus. Hierfür muss Raum und Zeit gegeben werden. Das ist bisher nicht in allen Häusern der Fall. Es ist meist so, dass man diese Stelle nebenher ausfüllen muss und die Aufgabe des transplantationsbeauftragten Arztes häufig per Delegation aufgetragen wird. Dies geschieht in Zeiten, in denen in Kliniken zunehmende Arbeitsverdichtung herrscht und wir uns schlicht an ganz vielen Stellen um den klinischen Alltag kümmern müssen. Die Realisierung einer Organspende ist eben selten und nicht alltäglich. Hierfür gibt es zu wenig Raum und deswegen halte ich die definierte Freistellung nach Anzahl der Intensivbetten für sehr sinnvoll.

Abg. Stephan Pilsinger (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und die Bundesärztekammer (BÄK). Um kleine Entnahmekliniken besser zu unterstützen, soll ein flächendeckender neurochirurgischer und neurologischer konsiliarärztlicher Rufbereitschaftsdienst eingerichtet werden. Wie bewerten Sie die vorgesehene Regelung? Gehen Sie dabei bitte auf eine mögliche Umsetzung ein.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen die Aktivitäten zur Stärkung eines solchen Dienstes. Dieser ist vor allen Dingen für die kleinen Kliniken und nicht für die Großkliniken, in denen die Neurologen im eigenen Haus sind, notwendig. Es macht wenig Sinn, über eine externe Organisation den eigenen Neurologen im Haus herbeizuziehen. Wir zweifeln daran, ob man unbedingt eine neue Organisation braucht, denn wir haben bereits viele Organisationen in diesem kleinen Transplantationsbereich, bspw. Eurotransplant, Deutsche Stiftung Organtransplantation und Überprüfungskommission. Wir glauben, dass es mindestens zwei Jahre dauert, bis diese neue Organisation funktioniert. Der Bruch zu den bisherigen Verträgen wird wahrscheinlich zu mehr Schwierigkeiten als zu Vereinfachungen führen. In diesem Zusammenhang ist es problematisch, dass bisher die Beteiligung der PKV in diesem Bereich freiwillig ist. Dazu könnte ich auf Anfrage gerne mehr sagen.

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Wenn man im Gesetz festhält, und das begrüßen wir, dass es eine gesetzliche Verpflichtung gibt, den irreversiblen Hirnfunktionsausfall festzustellen, dann muss man auch ein Instrument zur Umsetzung schaffen. Wir haben in Deutschland über die Hälfte der Krankenhäuser ohne eigene Abteilung für Neurologie, Neurochirurgie oder Neuropädiatrie. Das heißt, wir müssen einen Service zur Verfügung stellen, damit diese Häuser ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen können. Deswegen begrüßen wir die Vorschriften, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind. Wir haben, anders als mein Vorredner, den ich ansonsten sehr schätze, kein Problem mit der Umsetzung. Ich hoffe, dass der GKV-Spitzenverband den flächendeckenden neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Ruf-



bereitschaftsdienst ausreichend, auskömmlich und vernünftig finanzieren wird. Für uns ist besonders wichtig, dass die Entnahmekrankenhäuser diesen Dienst zur Verfügung gestellt bekommen. Wir stehen auch nicht an, in einem europaweiten Ausschreibungsverfahren zu fragen, ob nicht eine der Trägerorganisationen wie z. B. die BÄK als Träger hierfür in Frage kommt. Ich teile die Auffassung von Herrn Leber, dass die im Gesetz vorgesehene Frist bis Ende des Jahres bei den Problemen, die man mit dem Einrichten hat, zu kurz bemessen sein wird und würde dafür plädieren, uns ein wenig mehr Zeit zu geben. Ich glaube, dass wir auf der Ebene der Selbstverwaltung eine Lösung hinbekommen, die einen guten Service darstellt. Das gibt es z. B. im Land Nordrhein-Westfalen als Vorläuferorganisation bereits. Dort gibt es derartige Konsiliar Dienste und man kann sehen, wie man das gestalten könnte und das wäre für alle Beteiligten im Sinne des Transplantationsprozesses sehr sinnvoll.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die DKG. Entnahmekrankenhäuser werden künftig für den gesamten Prozessablauf besser vergütet. Wie bewerten Sie diese Neuregelung? Gehen Sie bitte auf die bisherige Situation ein.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Grundsätzlich ist es eine sehr positive Ausrichtung. Die Krankenhäuser waren bislang fordernd eingebunden, um den Spendaquirierungsprozess voll umfänglich zu realisieren. Die Förderung ist mit der Vergütung, die die Krankenhäuser am Ende erhalten haben und der eine enge und unzureichende Selbstkostendeckungs-Kalkulation zu Grunde gelegt hat, erfolgt. Nun können mit der Förderung die eigenen Kosten gedeckt werden. Die unterschiedlichen Komponenten des Prozesses werden eigenständig mit Vergütungskomponenten aufgerufen und können damit kostendeckend belegt werden. Die Krankenhäuser erhalten heute für den Spendenprozess insgesamt etwa 25 Millionen Euro einschließlich der Summen für die Transplantationsbeauftragten. In Zukunft liegt der Betrag bei 60 Millionen Euro. Das heißt, es wird eine deutliche Vergütungsverbesserung vorgenommen. Das gilt insbesondere für den Zuschlag. Hier wird das 2,5-Fache der bisher kalkulierten Werte den Krankenhäusern pro Fall gewährt. Das sind deutliche Verbesserungen. Die finanziellen

Rahmen sind dann weitestgehend gut. Wir hätten uns nur gewünscht, dass bei der Diagnosegrundpauschale die hohen Kosten der Diagnostik explizit weiter erwähnt bleiben, wie es im Referentenentwurf ursprünglich vorgesehen war. Ansonsten kann man es insgesamt als eine wesentliche Verbesserung gegenüber dem Status quo bewerten.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Junge Helden e. V. Mich würde interessieren, wie Sie den vorliegenden Gesetzentwurf beurteilen und insbesondere, ob Sie dadurch eine Stärkung der Organspende in Deutschland erwarten.

SVe **Anna Barbara Sum** (Junge Helden e. V.): Wir empfinden den Gesetzesentwurf auf jeden Fall als einen wichtigen und richtigen Schritt, um eine Kultur der Organspende in Deutschland zu etablieren. Wir sehen mehrere Punkte als sehr wichtig an, vor allem aber den Umgang mit den Angehörigen, die wir in unserer Aufklärungsarbeit immer als sehr wichtig empfinden, um die möglichst positiven Erlebnisse mit der Organspende auch weiter zu tragen und als Botschafter für die Organspende und Organtransplantation fungieren zu können. Das ist für uns ein großer, wichtiger Punkt. Daher gehen wir stark davon aus, dass diese strukturellen Verbesserungen, die immer wieder diskutiert wurden und die von den Sachverständigen unterstützt werden, langfristig die Zahlen tatsächlich erhöhen werden.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Gerresheim. Wird es durch den vorgesehenen flächendeckenden neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst gelingen, kleinere Entnahmekliniken bei der Feststellung des Hirnfunktionsausfalls besser zu unterstützen?

ESV **Dr. Götz Gerresheim**: Wenn Sie die Frage so formulieren, ist das richtig. Es wird die kleineren Krankenhäuser besser unterstützen. Kollege Montgomery hat es deutlich gemacht. In vielen kleineren Häusern gibt es keine Neurologie und wir haben nicht die medizinische Expertise und die apparative Ausstattung, um nach den Richtlinien der BÄK den irreversiblen Hirnfunktionsausfall festzustellen.



len. Somit ist ein flächendeckender neurochirurgischer und neurologischer konsiliarärztlicher Rufbereitschaftsdienst sehr wünschenswert, um das rund um die Uhr zu sichern. Ich möchte dennoch an der Stelle unterstreichen, dass Stufe 1 bedeutet, zunächst einmal den potenziellen Spender zu erkennen und den mutmaßlichen Willen dieses potenziellen Spenders oder des versterbenden Menschen zu formulieren, ob er dann eine Spende möchte. Das heißt, bevor wir überhaupt an den Punkt der Hirntoddiagnostik kommen, liegt die Aufgabe diesen Spender zu erkennen. Festzuhalten ist auch, dass können wir mit Zahlen relativ klar belegen, dass in dieser ersten Stufe sehr viele potenzielle Spender nicht erkannt werden. Somit ist die im Gesetz abgebildete Kombination sehr zielführend. Für die erste Stufe braucht es den Transplantationsbeauftragten und dessen Zeit. Für die zweite Stufe braucht es für die kleinen Häuser, die das nicht flächendeckend abbilden können, einen neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an das Netzwerk Spenderfamilien für Angehörige und Freunde von Organspendern. Es wird in Zukunft der Austausch von anonymen Schreiben zwischen Organempfänger und den nächsten Angehörigen der Organspender verbindlich geregelt werden. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

Sve **Anita Wolf** (Netzwerk Spenderfamilien für Angehörige und Freunde von Organspendern): Wir begrüßen sehr, dass anonymisierte Briefkontakte ermöglicht werden sollen. Dieser Austausch ist nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Angehörigen des Spenders sehr wichtig, denn sie erfahren, dass das Organ auch angekommen ist, dass die Transplantation gut gelaufen ist und wie es empfunden wird. Insofern ist es äußerst positiv. Wir trauernde Hinterbliebene sehen, dass unsere Entscheidung, die wir vielleicht sogar im Namen des Verstobenen treffen mussten, auch gut angekommen ist. Das ist tröstlich zu erfahren und dadurch kann die Trauer auch schneller überwunden werden. Das ist für mich oder für uns eigentlich das Wichtigste. In meinem Fall war es mein Mann.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich frage die DKG. In Ihrer Stellungnahme fordern Sie, dass eine Meldung des potenziellen Organspenders an die Deutsche Stiftung Organspende (DSO) nicht erfolgen sollte, wenn dem behandelnden Arzt oder dem Krankenhaus schon ein Widerspruch gegen eine Organspende bekannt ist. Könnten Sie uns das nochmal näher erläutern?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Es ist logisch und glaube von niemanden gewollt, dass im Falle des vorliegenden Nein-Sagens trotzdem die Hirntoddiagnostik mit entsprechender Meldung erfolgt. Insofern haben wir die Sorge, dass durch die Änderung des § 9a TPG und die Veränderung von Bezügen Rechtsunsicherheit in der alleinigen juristischen Interpretation entstehen könnte, dass selbst in den Fällen, wo eine Nicht-Zustimmung vorliegt, die Hirntoddiagnostik durchgeführt werden soll. In der Begründung des Gesetzes wird darauf hingewiesen, dass das nicht der Fall sein soll. Es wäre aus unserer Sicht wichtig, dass im Gesetzestext klarzustellen. Es handelt sich mehr um einen gesetzestechnischen Klärungswunsch. In der Sache sind sich alle im Klaren darüber, dass, wo keine Zustimmung vorliegt, es natürlich auch nicht erfolgen soll.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verband der Universitätsklinika Deutschlands. Zur Verbesserung der Organspende soll es für die Entnahmekrankenhäuser einen Zuschlag als Ausgleich dafür geben, dass ihre Infrastruktur im Rahmen der Organspende besonders in Anspruch genommen wird. Wie beurteilen Sie diese Maßnahme?

Sve **Renate Höchstetter** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Der Gesetzentwurf sieht neben den differenzierten Pauschalen für die einzelnen Prozessschritte der Organspende darüber hinaus auch einen zweifachen Ausgleichszuschlag für die Inanspruchnahme der Infrastruktur vor. Das sind z. B. das Vorhalten von OP-Kapazitäten bzw. die Inanspruchnahme der Intensivbetten-Kapazität. Gleichzeitig ist im Gesetzentwurf der Finanzierungsweg geregelt. Somit leistet dieser Gesetzentwurf einen ganz wichtigen Beitrag, dass



die Vorhaltungen und die kostenintensiven Leistungen der Organspende nicht mehr zu Lasten der Krankenhäuser erfolgen. Es ist zu berücksichtigen, dass die Organspende selten ist und daher sich kaum Routine einstellen kann. Lediglich eine Kleinigkeit, die auch die DKG schon angesprochen hat, möchte ich noch aufgreifen. Bei der Pauschale zur Hirntodfeststellung sollte eine Klarstellung erfolgen, dass diese auch die diagnostisch-apparativen Leistungen beinhaltet. Das war im Referentenentwurf enthalten.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband der Organtransplantierten und an die DSO. Mich würde interessieren, wie Sie die Forderung nach einer besseren psychischen bzw. psychosozialen Betreuung der Angehörigen von Organspendern einschätzen.

SV **Burkhard Tapp** (Bundesverband der Organtransplantierten e. V. (BDO)): Prinzipiell ist es eine berechtigte Forderung, weil auch die Angehörigen unter der Situation während der Hirntodfeststellung und auch bei der Entscheidung, ob eine Organspende erfolgt, leiden. Da geht jeder anders mit um. Allerdings sehen wir keine Möglichkeit, das im Rahmen des TPG aufzunehmen, weil dort die Transplantationszentren gefragt sind. Die wenigsten Organspender befinden sich in den Transplantationszentren. In den Entnahmekrankenhäusern, in den sogenannten kleinen Häusern, gibt es eher nicht die fachliche und personelle Expertise für entsprechende psychische oder psychosoziale Hilfestellungen. Das ist in den Transplantationszentren in den meisten Fällen anders. Auch wenn es dort durchaus personelle Engpässe gibt, sehen wir da die fachliche Expertise. So kommen wir auf ein Punkt, den wir in unserer Stellungnahme auch formuliert haben, nämlich das die Angehörigen der Wartepatienten und auch der Transplantierten berücksichtigt werden sollen. Im Moment steht im § 10 Absatz 2 Nummer 7 TPG, dass die Patienten vor und nach Transplantationen versorgt werden sollen. Die Angehörigen, die aber eine entscheidende Rolle im Prozess der Begleitung der Patienten darstellen und auch in der Gesundheit und im Einhalten der verordneten ärztlichen Maßnahmen, eine wesentliche Rolle spielen und damit letztendlich dem Gesundheitssystem Kosten ersparen, sind nicht berücksichtigt, obwohl sie

darunter leiden. Wir haben dazu bundesweit eine Umfrage gestartet. Die Ergebnisse finden Sie auch in unserer Stellungnahme. Ich will nur zwei Punkte nennen: 24 Prozent der damals Gefragten haben den Wunsch aktuell eine psychologische Betreuung zu erfahren und 51 Prozent bei Bedarf.

SV **Dr. Axel Rahmel** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Wir betreuen jetzt schon, weil wir das als besonders wichtig ansehen, in den Regionen die Angehörigen von Organspendern nach einer Organspende auf verschiedenen Wegen, indem wir Treffen dieser Angehörigen organisieren. Deswegen begrüßen wir außerordentlich, dass das jetzt gesetzlich geregelt wird. Das ist ein sehr wichtiger Schritt. Sie dürfen nicht vergessen, die Todesfälle, von denen wir hier sprechen, sind bei der Organspende alles immer plötzliche Todesfälle. Das sind gerade nicht chronisch Kranke, die am Ende eines langen chronischen Krankheitsprozesses versterben, sondern es sind immer unerwartete Ereignisse wie z. B. eine Hirnblutung oder ein Unfall. Häufig sind auch jüngere Menschen betroffen. Insofern ist diese Betreuung der Angehörigen aus unserer Sicht sehr wichtig und wir begrüßen außerordentlich, dass das im Gesetz jetzt formalisiert wird.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Verband der privaten Krankenversicherung und an die DKG. Vom GKV-Spitzenverband wurde angemahnt, dass sich die privaten Krankenversicherungen nur freiwillig an den zusätzlichen Kosten beteiligen würden, die der Gesetzesentwurf hervorruft. Wie stellt sich die Situation aus Ihrer Sicht dar?

SV **Dr. Norbert Loskamp** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Vielen Dank für die Möglichkeit vielleicht auch einige im Raum stehende Missverständnisse klarstellen zu können. Die PKV beteiligt sich, wie auch die GKV, vollständig an allen Kosten, die im Rahmen der Organentnahme und der Organtransplantation anfallen. Wir haben bisher ein System, in dem über Einzelpauschalen ein Gesamtbetrag erstellt wird, der von der DSO und dann von der Krankenversicherung des Spenders eingefordert wird. Wir verfolgen also einen etwas anderen Weg, als üblicherweise bei der



Finanzierung von Krankenleistungen, weil das Entnahmekrankenhaus sich nicht direkt an die Krankenversicherung wendet. Vielmehr läuft der Finanzierungsweg über die DSO. Das muss auch so sein, weil das Krankenhaus den Empfänger nicht kennt und sich deshalb auch nicht an seine Krankenversicherung wenden kann. Die einzelnen Blöcke, aus denen der Gesamtbetrag zusammengesetzt ist, sind Pauschalen. Darin sind u. a. auch die Kosten des Transplantationsbeauftragten und für die Hirntoddiagnostik. Wir haben auch die Pauschale für das neu eingerichtete Transplantationsregister übernommen. All diese Pauschalen bezahlt die PKV selbstverständlich. Die Beträge werden von den Vertragspartnern im Einvernehmen mit der PKV in einer Vereinbarung jährlich neu festgelegt. Das läuft immer reibungslos ab. Insofern haben wir aus unserer Sicht ein sehr gutes Verfahren, in dem auch leistungsbezogen die Pauschalen bei dem zuständigen Versicherungsunternehmen bzw. der Krankenversicherung abgerufen werden. Wenn wir in der Zukunft aufgrund des Gesetzes die Beträge erhöhen, werden wir selbstverständlich auch die höheren Beträge mitfinanzieren. Ob dazu eine explizite Nennung im Gesetz notwendig ist oder nicht, weiß ich nicht. Aus unserer Sicht ist es nicht erforderlich, weil diese Finanzierung, wie eben dargestellt, selbstverständlich erfolgen wird. Vielleicht noch ein Wort zur Klarstellung: In der Gesetzesbegründung wird dieser besondere Finanzierungsmechanismus so nicht dargestellt. Es wird ein virtueller Finanzierungspool aufgestellt. Darin werden die Kosten zu 93 Prozent der GKV und zu 7 Prozent der PKV zugeordnet. Das ist so nicht richtig, weil die GKV nicht 93 Prozent trägt. Darin wurde bereits der Anteil der beamtenrechtlichen Beihilfe berücksichtigt. Jede Beihilfestelle zahlt natürlich in dem Zusammenhang auch ihren Anteil. Insofern wären wir dankbar, wenn die gesetzten Begründungen zur Vermeidung von Missverständnissen angepasst werden würde.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir von der Mittelempfängerseite sehen kein Problem im Zusammenspiel von PKV und GKV. Der große Teil erfolgt leistungsfallorientiert. Der PKV-Fall löst die gleiche Finanzierung wie der GKV-Fall aus. Es könnte überlegt werden, inwieweit die an die DSO abzuführende Gesamtpauschale um die Kosten für den konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst erweitert wird.

Dann würde das, was je Fall an die DSO abgeführt wird, diesen Kostenanteil enthalten. Die Mittel kommen von der DSO und finanzieren den implementären Teil des Systems mit. Das wäre eine Option, die sicherlich weiter überlegt werden könnte. Ansonsten hätte ich für uns Krankenhäuser noch eine Bitte: Beim Konsiliardienst ist im Gesetzesentwurf festgelegt, dass die einzelnen Ärzte Honorierungen bekommen sollen. Das ist ja schön und gut, aber die meisten Ärzte in diesem Qualifikationsbereich sind angestellte Oberärzte aus den Krankenhäusern und müssen dort freigestellt werden, sodass die Krankenhäuser die Lohnkosten tragen. Das müsste noch berücksichtigt werden.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband und den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Braun. Wie bewerten Sie die vorgesehene Umstellung der Finanzierung der Transplantationsbeauftragten von einer pauschalen Vergütung zu einer aufwandsbezogenen Vergütung?

ESV Prof. Dr. Felix Braun: Wir sehen in der pauschalen Vergütung mit 0,1 VK (Vollkräfte) für zehn Intensivbetten eine entsprechende Kompensation für den Einsatz des Transplantationsbeauftragten, der in seiner klinischen Tätigkeit auch kompensiert werden muss. Das ist schon in einer gewissen Form abgebildet. Schaut man allerdings z. B. auf einen großen Maximalversorger mit vielen Intensivstationen, dann braucht es, wenn es über 500 Betten sind, neben einem Transplantationsbeauftragten, noch einen weiteren pro Intensivstation. Das würde bei uns zwölf Transplantationsbeauftragte bedeuten. Wobei man sich dann auch überlegen muss, wie man damit umgeht. Sicherlich muss der Haupttransplantationsbeauftragte ein Arzt sein, der auch über die Kenntnisse verfügt. Man kann aber auch Überlegungen anstellen, ob man Unterstützung z. B. durch speziell weitergebildete Pfleger hinzuzieht. In England gibt es die „Specialist Nurses-Organ Donation“ oder in Spanien die „Transplant Recruiting Manager“. Das kann dann von den Maximalversorgern mit in die Fläche hinein transferiert werden. Ein Punkt, den man sicherlich auch nennen muss, ist, dass sie intrinsische Motivation nicht kaufen können. Es ist ganz wichtig, dass die Transplantationsbeauftragten ihre Aufgabe als Kümmerer auch wahrnehmen. Das muss



man natürlich auch nochmal vermitteln. Ich glaube hier gibt es erheblichen Bedarf und Sie haben z. B., wenn Sie auch die Pflege mit einziehen, für diese sicherlich eine Karrierechance. Das wird, so glaube ich, von vielen Transplantationsbeauftragten leider noch nicht gesehen, obwohl es wirklich eine sehr ehrenvolle Tätigkeit ist.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Die Freistellung und Finanzierung der Transplantationsbeauftragten ist wahrscheinlich der Kern dieses Gesetzes und wir hoffen, dass dadurch eine ganze Menge Bewegung entsteht. Bisher haben wir 18 Millionen Euro gezahlt, ohne dass wir diese Bewegung in allen Krankenhäusern gesehen hatten. Wie man die Finanzierung gestaltet, ist ein wenig schwierig. Die Kopplung an Intensivbetten erscheint uns streitbehaftet. Wir stellen im Augenblick fest, dass es bei Pflegepersonaluntergrenzen ungemein schwer ist, abzugrenzen, was ein Intensivbett ist und was nicht. Das erscheint jedem Außenstehendem bisher unkompliziert. Die Alternative, die wir im Augenblick haben, nämlich über das Potenzial der Organspende zu gehen, ist hier vernünftiger. Was ebenfalls Konflikte hervorrufen wird, ist das Selbstkostendeckungsprinzip. An diesem haben wir ganz grundsätzlich Kritik. Es wird dazu führen, dass diejenigen, die am meisten verdienen zum Transplantationsbeauftragten benannt werden und nicht diejenigen, die sich wirklich kümmern. Deswegen gibt es in dieser Selbstkostendeckung einen falschen Anreiz. Wir plädieren bei Pauschalen zu bleiben und diese an dem bisherigen Organspendepotenzial zu orientieren.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die BÄK. Die Antragssteller schlagen u. a. vor, ehemalige Lebensspender bei der Organallokation künftig bevorzugt zu behandeln. Wäre ein solcher Vorschlag umsetzbar?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sehen das ausgesprochen kritisch. Ob es umsetzbar ist, weiß ich nicht. Das man aber sozial wünschenswertes Verhalten als Bonuspunkt bei der Organallokation sieht, halten wir für sehr problematisch. Dort müssen genau die normalen medizinischen Kriterien für die Allokation gelten. Das ist die Maxime, unter der wir das Ganze sehen.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage richtet sich an die DSO. Der Gesetzentwurf regelt, dass zukünftig sicherzustellen ist, dass alle Todesfälle aufgrund einer primären und sekundären Schädigung und die Gründe für eine erfolgte oder nicht erfolgte Feststellung und für eine nicht erfolgte Meldung zukünftig der Koordinierungsstelle zu melden sind. Jetzt habe ich den Ausführungen von Herrn Baum von der DKG entnommen, dass er das für nicht notwendig erachtet, wenn vorher schon ein Widerspruch bekannt ist. Ihrer Stellungnahme entnehme ich eine etwas andere Bewertung. Können Sie uns das nochmal begründen?

SV Dr. Axel Rahmel (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Hier müssen wir zwei Dinge voneinander trennen. Das eine sind Meldungen von Spendern, bei denen der Spendeprozess initiiert werden soll. Hier sind sich, glaube ich, alle Anwesenden einig, wenn keine Einwilligung zur Organspende vorliegt, ist auch keine Meldung an die DSO notwendig. Das ist Punkt 1. Punkt 2 ist die Erfassung des Potenzials an Organspendern in Deutschland. Hier ist natürlich auch wichtig zu wissen, wie viele potenzielle Spender möglicherweise nicht zu Organspendern geworden sind, weil es keine Zustimmung zur Organspende gegeben hat. Ich glaube, es ist ganz wichtig, dies bundesweit zu wissen. Wir wissen zwar aus Umfragen, wie viele Menschen sich grundsätzlich bereit erklären, Organspender zu sein und wie viele angeben, dass sie einen Organspenderausweis hätten bzw. sich positiv zur Organspende geäußert haben. In der Praxis wissen wir allerdings nicht für jeden einzelnen Fall, wie die Entscheidung gewesen ist, weil wir als DSO richtigerweise erst dann die Meldung erhalten, wenn entweder die DSO zum Entscheidungsgespräch hinzugezogen wird oder wenn die Entscheidung bereits vorliegt. Es sind also zwei unterschiedliche Wege. Daher denke ich, dass diese geplante Datenerfassung essenziell ist, um für Deutschland das Spenderpotenzial zu erfassen.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Herr Dr. Leber hat jetzt gerade ausgeführt, dass er die Vermutung oder Befürchtung hat, dass der Transplantationsbeauftragte ausschließlich nach der Höhe seines Gehaltes gewählt würde. Dazu hätte ich ganz gerne die BÄK und die DKG gefragt, wie ihre Einschätzung ist.



SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Tatsache, dass ich meinen Freund Wulf-Dieter Leber sehr schätze, heißt nicht, dass ich es nicht sage, wenn er Unsinn redet. Das ist natürlich Blödsinn. Es gibt inzwischen ein Fortbildungscurriculum für Fortbildungsbeauftragte. Wir achten dort auf Qualifikation. Gerade in diesem wichtigen Bereich, in dem wir uns alle, auch nach den Unregelmäßigkeiten, die es gegeben hat, stark engagieren, wollen wir genau das verhindern. Das ist also eine aus seiner vielleicht professionalen Herkunft als Volkswirt entstandene Idee, die aber mit der Realität im Krankenhaus nichts zu tun hat.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir können auch keinen evidenten Zusammenhang zu dieser Vermutung von Herrn Dr. Leber herstellen. Das jetzige System, das wir gemeinsam schwer erkämpft haben und bei dem die Krankenkassen immer weniger Geld zahlen und immer weniger Freistellungsminuten bereitstellen wollten, das auch dazu geführt hat, dass sich der Gesetzgeber jetzt veranlasst sieht, von 18 Millionen auf 42 Millionen Euro aufzustocken, gibt natürlich auch der Freistellung und der tatsächlichen, faktischen Betätigung erheblich mehr Raum. Gleichzeitig installieren Sie, dass die Krankenhausunternehmensleitungen sicherstellen müssen, dass er diese Funktion auch wahrnehmen kann. Sie bauen die Funktion einschließlich der Analysevorbereitung, die eben genannt wurde, auf, sodass wir vom Aufgabenzuschnitt her automatisch eine erheblich intensivere Beteiligung sehen. Die Finanzierung, die wir bisher hatten, sah eine Art Grundpauschale von ca. 4 000 bis 5 000 Euro für jedes Krankenhaus vor. Wenn bestimmte Diagnosen, die im Zusammenhang mit dem Hirntod stehen könnten, im Krankenhaus abgerechnet wurden, hat dies zu einer Zuordnung der Finanzmittel geführt. Da ist nach unserer Auffassung das Vorhandensein von Intensivbetten in jedem Falle der bessere Weg. Er liegt näher an der Problematik. Die Abgrenzungsprobleme einiger weniger Intensivbetten im Verhältnis zu der Gesamtzahl der gesicherten Betten spielt keine Rolle aus unserer Sicht. Hier geht es um wenige Intensivbetten, die nicht klar abgrenzbar sind. Aber die große Zahl der Intensivbetten ist natürlich klar abgrenzbar.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Es ist eine Frage nochmal zur Vergütung der Entnahmekrankenhäuser und Finanzierung der Transplantationsbeauftragten. Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Halten Sie die vorgesehene Kostenbeteiligung der PKV für ausreichend?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Zunächst muss ich sagen, Herr Dr. Loskamp von der PKV hat richtig dargestellt, dass es im Augenblick eine adäquate Beteiligung der PKV gibt. Allerdings enthält das Gesetz Regelungen, sodass dies künftig vielleicht nicht mehr in allen Fällen so ist, insbesondere beim konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst. Es wäre natürlich ein Skandal, wenn Privatversicherte Organe bekommen, sich aber an der Organisation und Finanzierung nicht adäquat beteiligen. An anderer Stelle im Gesundheitswesen haben wir das. Ich erinnere an den Strukturfonds, wo im Gesetz auch eine freiwillige Beteiligung der PKV steht. Es geht um einen Betrag von 50 Millionen Euro und die PKV zahlt keinen einzigen Cent. Wir beobachten immer wieder akute Anfälle von Schreiblehmungen, wenn es in der Ministerialbürokratie darum geht, das zu ändern. Im Gesundheitswesen wäre eine Ungleichbehandlung bei Transplantationen extrem schwierig. Herr Baum hat schon darauf hingewiesen, wie man das heilen kann. Man muss über leistungsbezogene Entgelte finanzieren, wie das bisher auch an anderer Stelle erfolgt. In dem Moment, in dem Sie Leistungsentgelte finanzieren, ist auch die PKV adäquat beteiligt. Das ist einfach ins Gesetz zu schreiben. Dazu wird keine Grundrechtsdebatte benötigt. Bei der Formulierung sind wir eventuell behilflich.

Abg. Martina Stamm-Fibich (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und an die BÄK. Welche Erwartungen haben Sie an die vorgesehene Auswertung der von den Entnahmekrankenhäusern übermittelten Daten durch die Koordinierungsstelle?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Wir glauben, dass die Analyse der Daten und der Vorgänge in der Klinik ein zentraler Schlüssel ist. Das betrifft auch den Dialog zwischen der DSO und dem einzelnen Krankenhaus. Deswegen haben wir



uns vor Jahren dafür eingesetzt, dass das Analyseinstrument Transplantcheck eingesetzt wird. Damit kann man bis zum Einzelfall die Vorgänge in der Klinik analysieren. Der Vorteil dieses Gesetzgebungsverfahrens ist, dass nicht mehr auf die breiten Kampagnen in der Bevölkerung gesetzt wird, sondern auf die Vorgänge in der Klinik eingegangen wird. Hier ist natürlich die Analyse, lass Daten sprechen, der ganz entscheidende Hinweis, um zwischen DSO und dem Krankenhaus einen Dialog zu starten.

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Sie bemerken die Entente Cordial. Ich habe uneingeschränkte Übereinstimmung mit Herrn Dr. Leber in diesem Punkt. Wir halten das für ausgesprochen konstruktiv und wichtig. Man muss diese Daten haben. Ein ganz kleiner Einwand: Man sollte sie nicht per se als Qualitätssicherungsmaßnahme interpretieren. Es ist ein Meldewesen, aber noch keine Qualitätssicherung. Das macht erst die Auswertung danach, die nicht im Gesetz steht. Das könnte man noch mit hinein schreiben.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage richtet sich an die DKG, DSO sowie an den VUD und bezieht sich auf den flächendeckenden neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst. Welche Erfahrungen liegen im Zusammenhang mit bereits regional existierenden Rufbereitschaftsdiensten vor. wie sind diese organisiert und welche Einrichtungen oder Organisationen könnten nach Ihrer Einschätzung diesen neuen Rufbereitschaftsdienst bundesweit organisieren?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die auf Länderebene ergriffenen Initiativen haben sich als etwas Positives dargestellt. Die Anforderungen für die Hirntodfeststellung wurden deutlich verändert. Es ist festzustellen, dass dadurch sich das den Hirntod feststellende Personal sich qualifizierte. In der Folge können viele Kliniken das nicht alleine schaffen. Daher hat sich dieser Bedarf erst jetzt durch das höhere Niveau ergeben. Die Antwort mit einem bundeseinheitlich organisierten Bereitschaftsdienst ist an dieser Stelle richtig. Die Stelle, an der das stattfinden

kann, kann natürlich auch die DSO sein, die bereits heute in diesem Bereich aktiv ist. Das würde auch die Finanzierungsproblematik vereinfachen. Es könnte eine potenzielle Teilfunktion der DSO, bei der wir alle im Stiftungsrat mitwirken, werden. Nach unserer Ansicht wäre die DSO der beste Ort für diese Funktion.

SV Dr. Axel Rahmel (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): In der Tat ist das im Moment individuell von Bundesland zu Bundesland oder genauer genommen von DSO-Region zu DSO-Region unterschiedlich organisiert. Wir sind als DSO nur Vermittler. Die Mitarbeiter sind bei uns bewusst nicht angestellt, weil es aus unserer Sicht auch für das Vertrauen in der Bevölkerung elementar wichtig ist, eine Trennung zwischen der Feststellung des Todes, also des Nachweises irreversiblen Hirnfunktionsausweises einerseits und der Organspende andererseits, herzustellen. Was sind die Probleme? Da es keine verbindlichen Dienstpläne und Verfügbarkeiten gibt, ist es mitunter so, dass die Mitarbeiter der DSO im Bemühen einen Arzt zu finden, der die Krankenhäuser bei der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalles unterstützt, große Telefonrunden bei den uns bekannten Experten durchführen und es kann sein, dass sie mehrere Stunden, manchmal auch einen halben Tag telefonieren, um einen Kollegen zu finden. Das ist ein Problem, weshalb wir uns immer dafür eingesetzt haben, hier eine verbindliche und klare Regelung durchzuführen. Das würde jetzt durch den flächendeckenden neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst in der Tat gelöst und es würde auch eine Trennung von der Tätigkeit der DSO, die für die Organspende und nicht für die Todesfeststellung zuständig ist, erzielen. Welche Organisationen können das machen? In meinen Augen sind Fachgesellschaften oder Landesärztekammern denkbare Träger einer solchen Institution. Die Frage der Finanzierung, ob das wie bei vielen anderen Dingen auch über das Budget der DSO als Clearinghaus läuft, ist für mich eine völlig getrennte Fragestellung. Es wäre aber eine Möglichkeit, um die Verteilung auf die verschiedenen involvierten Kostenträger zu gewährleisten. Das kann unabhängig geregelt werden.



SV **Renate Höchstetter** (Verband der Universitätsklinik Deutschland e. V. (VUD)): Die Hirntodfeststellungsrichtlinie der BÄK sieht eine Qualifikation der Ärzte über eine mehrjährige Erfahrung auf Intensivtherapie bei Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen vor. Diese ist seit dem Jahr 2015 in Kraft. Die Facharztqualifikation für die Neurologen und Neurochirurgen sieht nur eine Intensivtherapiezeit von sechs Monaten vor. Nach unserer Auffassung sind deshalb die entsprechend qualifizierten Ärzte vor allem an Krankenhäusern der Maximalversorgung angestellt. Deshalb ist das von Herrn Dr. Rahmel eben beschriebene Lassoprinzip, dass der Arzt Zeit, eine Nebentätigkeitsgenehmigung und dann auch noch dienstfrei haben muss, nicht die ideale Lösung. Wir sehen, dass die Krankenhäuser, die sich an diesen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdiensten beteiligen werden, durch einen kurzfristigen Ausfall von diesen Ärzten, die dem eigenen Krankenhaus ja dann nicht mehr für die Diagnostik, Operationen, Spezialleistungen und oberärztliche Visiten zur Verfügung stehen, erhebliche Kosten tragen müssen. Das Ganze muss man deshalb aus unserer Sicht auf andere Füße stellen und eine Refinanzierungsregelung der Kosten der Krankenhäuser, die sich mit ihren Ärzten an diesen Diensten beteiligen, vorsehen. Zur möglichen Organisation: Da ist ein Ausschreibungsverfahren im Gesetz zwischen den TPG-Vertragspartnern vorgesehen. Wir haben uns bisher keine Gedanken zur einheitlichen Organisation gemacht.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an die DSO und zwar möchte ich wissen, wie Ihre Erfahrungen mit denjenigen Krankenhäusern sind, die bereits eine entsprechende Software zur Spendererkennung verwenden.

SV **Dr. Axel Rahmel** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Wir haben derzeit eine flächendeckende Anwendung dieses Transplanchecks sowohl in der Region Ost, das sind die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, die insgesamt eine der Regionen mit der höchsten Spenderrate ist. Wir haben sie auch relativ flächendeckend in Nordrhein-Westfalen, leider dem Bundesland mit der niedrigsten Spenderrate. Die Datenerfassung allein reicht nicht aus. Man muss mit der Datenerfassung etwas machen. Das sind zwei Seiten einer Medaille. Das Gesetz schafft die

Grundlage dafür. Es ist vorgesehen, dass die Daten an das Landesministerium und vielleicht auch an andere Institutionen übermittelt werden, die sich dann mit der Frage zur Motivation befassen und eine Diskussion mit den Krankenhäusern eingehen. Was wir in Einzelfällen sehen, ist, dass wenn man erkennt, Fälle wurden übersehen, in den Folgejahren tatsächlich mehr Spender gemeldet wurden. Das Bewusstsein wurde so im Krankenhaus gesteigert. Aus diesen Einzelfällen würde ich im Moment noch keinen kompletten Schluss ziehen wollen. Ich glaube aber, dass durch die gesetzliche Regelung zur Qualitätssicherung sehr wohl eine gute Grundlage gelegt wird, um die Organspende steigern zu können.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband der Organtransplantierten und den Bundesverband Niere e. V. Wird der Grundsatz der Anonymität von Spendern und Empfängern von Organen durch die vorgesehenen Regelungen nach Ihrer Einschätzung hinreichend sichergestellt?

SV **Burkhard Tapp** (Bundesverband der Organtransplantierten e. V. (BDO)): Die Anonymität wird ausreichend sichergestellt. Als Problem sehen wir nur, dass jetzt die Transplantationszentren eine neue Aufgabe zugeordnet bekommen und erfahren in der Praxis bereits, dass die Datenübermittlung für das Transplantationsregister wegen fehlender Einwilligungen nicht richtig funktioniert. Wir wissen nicht, wie die Transplantationszentren diese zusätzliche Aufgabe noch leisten sollen, ohne entsprechende Finanzierungsmittel für Personal zu bekommen.

SV **Martin Koczor** (Bundesverband Niere e. V. (BN e. V.)): Ich würde mich hier meinem Vorredner anschließen. Wir gehen davon aus, dass die Anonymität gewährleistet ist, aber wir können uns noch nicht genau vorstellen, wie das in der Praxis dann umgesetzt wird.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an die BÄK. In der Neuregelung zu § 9a Absatz 2 TPG werden die Befugnisse der Transplantationsbeauftragten erheblich erhöht. Es kommt nun nicht mehr darauf an, dass vor der ärztlichen Beurteilung



feststeht, ob jemand als Organspender in Betracht kommt oder eine entsprechende Einwilligung bzw. überhaupt eine Zustimmung von Angehörigen vorliegt. Was bedeutet dies für die Tätigkeit des Transplantationsbeauftragten, insbesondere im Hinblick auf den Beginn mit organprotektiven Maßnahmen und halten Sie dadurch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten für ausreichend gewahrt?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir haben bereits in der vorigen Fragerunde einen Aspekt dieser Frage und ihrer Antwort berührt. Nämlich dann, wenn ein Widerspruch erkennbar vorliegt, ist Schluss. Wenn er nicht vorliegt, ist es aber im Interesse der Qualität der Transplantation sicherlich sinnvoll, wenn man die Maßnahmen, die man bereits einleiten kann, einleitet. Das man feststellt, ob überhaupt z. B. ein irreversibler Ausfall der Hirnfunktion – ich bitte alle hier Beteiligten den Begriff des Hirntodes nicht mehr zu verwenden, denn wir nutzen heute den Ausdruck des irreversiblen Ausfalles der Hirnfunktion – nachgewiesen ist, dann kann das meines Erachtens nach parallel zu der Frage geschehen, dass man die Einwilligung der Angehörigen einholt. Ich glaube, jeder Transplantationsbeauftragte wird klug beraten sein, dass parallel zu machen und wo immer es die Möglichkeit gibt, sogar vorher das Gespräch mit den Angehörigen oder schriftliche Dokumente, die das belegen, zu suchen. Deswegen glaube ich auch, dass das Selbstbestimmungsrecht der Patienten, um den zweiten Teil der Frage zu beantworten, ausreichend gewahrt ist.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Die Frage geht an den Bundesverband Niere. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, die in Deutschland erlaubte Lebendnierenspende an Personen, denen der Spender in besonderer Weise nahesteht, scheitert in ca. ein Drittel der Fälle an Unverträglichkeiten. Abhilfe könnte dann die sogenannte Cross-over-Spende schaffen, bei der zwei Spender-Empfänger-Paare die gespendeten Organe untereinander tauschen. Könnten Sie kurz erklären, wie entsprechende Programme in unseren Nachbarländern wie z. B. in Österreich und in den Niederlanden funktionieren, welche Auswirkungen diese auf die Wartezeiten haben und ob es dort irgendwelche Prob-

leme mit Organhandel oder ähnlichem gibt? Welche Gesetzesänderungen halten Sie aus Ihrer Sicht für sinnvoll?

SV Martin Koczor (Bundesverband Niere e. V. (BN e. V.)): In Spanien gibt es einen staatlich organisierten Pool, in dem die Organe gesammelt werden. Ob ein Organhandel stattfindet, kann ich nicht beurteilen. Wir denken, dass unser TPG in Deutschland genau dies wirkungsvoll verhindern soll.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an den Verband der Universitätsklinika und an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Wir haben einen Bereich, der die größte Sensibilität verlangt. Viel Vertrauen ist hierbei auch von Nöten. Was halten Sie von der Überlegung, dass diese Arbeiten nur von einigen wenigen großen Kliniken, z. B. Universitätskliniken durchgeführt werden und sie dies als Pflichtaufgabe übernehmen, wo kein Leistungsbezug entsteht bzw. gar nicht erst angesprochen wird, dass es im allgemeinen Budget mit untergebracht ist, sodass man davon ausgehen kann, dass hier kein Interesse daran besteht, in irgendeiner Form wirtschaftliche Leistungen zu bringen?

SVe Renate Höchstetter (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Ich habe jetzt keine Positionierung dazu. Wir finden es gut, wie es derzeit im Entwurf geregelt ist, dass man die Vorhaltekosten mit Pauschalen extra vergütet und auch dass der Transplantationsbeauftragte, der ja in jedem Krankenhaus und nicht nur in den großen Krankenhäusern zu etablieren ist, mit der entsprechenden Berücksichtigung von 0,1 VK pro 10 Intensivbetten hinterlegt sind. Auch gut ist, dass der konsiliarärztliche Rufbereitschaftsdienst zukünftig über eine neue Organisation, wie auch immer die ausgestaltet sein wird, finanziert wird.

SVe Christine Eberle (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Ich schließe mich meiner Vorrednerin an. Wir haben dazu keine eigene Stellungnahme.

Abg. Jörg Schneider (AfD): Meine Frage richte ich an den Vertreter des GKV-Spitzenverbandes. Wir



hatten eben schon kurz über Cross-over-Spenden gesprochen. Es soll einzelne Fälle gegeben haben, wo Personen zu diesem Zwecke ins Ausland, wo dies möglich ist, gereist seien. Wenn Sie sich jetzt zwischen zwei Möglichkeiten entscheiden können, um diesen Menschen zu helfen, was wäre Ihnen lieber? Dass wir gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen, dass die GKV die Kosten auch für solche Cross-over-Reisetransplantationen, nenne ich sie mal, übernehmen oder dass wir tatsächlich auch Cross-over-Spenden in Deutschland ermöglichen?

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband vertritt viele Millionen Versicherte, die sehr unterschiedliche Meinungen zu diesem Themen haben. Ich glaube, dass es im Grundsatz möglich ist, in Fällen von nahen Verwandten und Bekannten eine solche Cross-over-Spende zu organisieren. Ich glaube, wir sollten hier mehr gesetzliche Klarheit schaffen. Als generelles Modell aber, wo z. B. im Internet das passende Paar gesucht wird, kann ich mir das nicht vorstellen. Soweit ganz allgemein als grundsätzliche Anmerkung ohne das es dazu im GKV-Spitzenverband eine explizite Positionierung gäbe.

Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD): Meine Frage geht an die BÄK und es geht nochmal um § 9 TPG. Unverändert bleibt der Verweis darauf, dass das Nähere durch Landesrecht bestimmt wird. Inwiefern erscheint es möglich, sinnvoll und geboten, bundesrechtlich klarere Voraussetzung für die Aufgabe des Transplantationsbeauftragten zu normieren und zum Zwecke der Kontrolle dieser Aufgabenerfüllung bspw. die Länderministerien rechtlich zu binden?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich bin glühender Anhänger des föderalen Prinzips für die ganze BÄK und deswegen muss man hier einfach die grundgesetzliche Regelung achten. Das ist in meinen Augen Landesrecht, was man nicht so ohne weiteres ändern kann. Wir würden aber eine Klarstellung und eine möglichst weite Festigung eines einheitlichen Vorgehens aller Bundesländer durch Bundesrecht sehr begrüßen. Wenn es also gelingt, hier bundesrechtlich gleiche Vorgaben zu machen, ohne dabei in Streit mit den Ländern zu geraten, denn der wäre

es wahrscheinlich nicht wert, würde ich das für eine vernünftige Lösung halten. Ein Transplantationsbeauftragter in Sachsen-Anhalt kann ja nicht anders aufgestellt sein als einer in Sachsen. Deswegen würde ich es begrüßen, wenn es bundesweite Vorgaben gäbe. Als Arzt weiß ich aber nicht genau, ob Sie das rechtlich am Ende wirklich durchdekliniert kriegen.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Ich möchte nochmal auf die Cross-over-Spende zurückkommen, weil Herr Koczor die Frage nicht ordnungsgemäß oder nicht in dem Maße beantwortet hat, wie wir uns das als AfD vorstellen. Deswegen nochmal: Welche Gesetzesänderungen in Deutschland wären aus Ihrer Sicht erforderlich, um diese Cross-over-Spende zu erleichtern, denn § 8 TPG legt hier enge Fesseln an? Wir möchten Fortschritte für die Kranken erreichen.

SV Martin Koczor (Bundesverband Niere e. V. (BN e. V.)): Das TPG müsste dahingehend geändert werden, dass die emotionale Verbindung der jeweils gespendeten und empfangenen Personen aufgelöst wird. Das ist aber von unserer Seite aus deutlich kritischer zu sehen, weil genau das diese Lebendspende ausmacht, dass die beiden Personen miteinander verbunden sind. Von daher haben wir etwas Schwierigkeiten hier mitzugehen.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Eine Frage an die BÄK. Zur Einrichtung des flächendeckenden neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes führen Sie in Ihrer Stellungnahme aus, dass in nahezu allen größeren Kliniken ausreichend qualifizierte Ärzte für die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalles zur Verfügung stehen. Nun sieht der Gesetzgeber vor, dass im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der PKV und der DKG eine geeignete Einrichtung mit diesem Rufbereitschaftsdienst beauftragt werden soll. Welche Einrichtung halten Sie für geeignet und welche zusätzlichen Folgekosten entstehen aus Ihrer Sicht?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): In diesem Kontext ist ja bereits auf das Problem der Interessenskollision in



der Deutschen Stiftung Organtransplantation eingegangen worden. Ich will also mit der negativen Aussage beginnen, obwohl ich selber Vorsitzender des Stiftungsrates der DSO bin. Ich halte die DSO nicht für geeignet diesen flächendeckenden neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst zu organisieren, weil in der Außenwirkung es problematisch wird, dass auf der einen Seite hier die Koordinierung und auf der anderen Seite aber auch die Feststellung der Voraussetzung für eine Koordinierung stattfindet. Deswegen kann ich mir nur eine Lösung in einer Parallelität zur heute vorhandenen Selbstverwaltungslösung zwischen den drei Trägern des ganzen Transplantationsprozesses, der BÄK, dem GKV-Spitzenverband und der DKG durch eine wahrscheinlich europaweite Ausschreibung vorstellen. Ich könnte mir aber auch vorstellen, dass wir uns als BÄK oder als Gemeinschaft einiger Landesärztekammern darum bewürben, das zu organisieren. Zu den Kosten kann ich Ihnen jetzt hier spontan überhaupt keine Angaben machen. Ich gehe aber davon aus, dass diese sich, wie die meisten Kosten im Transplantationsprozess, relativ in Grenzen halten würden. Ich weiß, dass mein Freund Wulf-Dietrich Leber mit größter Freude und Überzeugung, diese Kosten auch für uns übernehmen würde, damit hier die Qualität der Organspende gewährleistet ist.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Herr Prof. Dr. Ockenfels, in der Einführung zur Ihrer Stellungnahme schreiben Sie, dass Lebendspenden bisher in Deutschland sehr viel seltener ermöglicht werden, als in vielen anderen ähnlich entwickelten Ländern. Das trägt zu der im internationalen Vergleich geringen Anzahl von Organspenden in Deutschland bei. Deshalb die Frage: Wie sieht es in anderen vergleichbar entwickelten europäischen Ländern mit der Überkreuzspende und anderen Form der Lebendspende aus? Vielleicht können Sie dann auch direkt die noch offen im Raum stehende Frage beantworten, ob es in Spanien bekanntlich Organhandel gibt.

ESV **Prof. Dr. Axel Ockenfels**: Wir beschäftigen uns mit verhaltenswissenschaftlichen Aspekten der Organspender aber auch mit der institutionellen Ausgestaltung von z. B. Nierentauschprogrammen, wie sie weltweit eingesetzt werden. Über diese gibt

es hier offenbar teilweise sehr abenteuerliche Vorstellungen. Aber zunächst zu der Frage: In Deutschland haben wir, was die Überkreuzspende und andere Formen der Organlebendspenden angeht, eine der restriktivsten Gesetzgebungen in Europa. Das führt dazu, dass wir nicht nur insgesamt relativ wenige Organspenden in Deutschland haben, sondern insbesondere auch wenige Organlebendspenden. Ich habe mir im Vorfeld der Anhörung angeschaut, wie es in anderen Ländern aussieht. In den letzten 15 Jahren hat sich diese Lücke noch weiter geöffnet. Die Niederlande und Großbritannien haben vor etwa 15 Jahren Nierentauschprogramme, also Überkreuzspenden, eingeführt und gehören heute zu den weltweit größten Nierentauschprogrammen. Aufgrund des großen Erfolges und der Erfahrungen in diesen Ländern, haben in den letzten Jahren auch Österreich, Belgien, Tschechien, Frankreich, Italien, Polen und Portugal solche Programme eingerichtet. Nach meinen Informationen bereiten u. a. Griechenland, Schweden sowie die Slowakei und die Schweiz solche Programme vor. Das gilt alles nur für Länder in Europa. Weltweit betrifft das noch viel mehr Länder. Wir sind hier tatsächlich im Niemandsland und fallen zunehmend zurück, was dazu führt, dass zunehmend auch Paare, jedenfalls die, die es sich leisten können, etwa nach Spanien gehen und dort die Überkreuzspende durchführen lassen. Hinsichtlich des Organhandels kenne ich keinen Hinweis und keinen einzigen Fall in diesen Ländern, wo es zu Organhandel gekommen ist. Das hat einen ganz einfachen Grund: Sie können Organhandel institutionell vollständig ausschließen, indem Sie, wie das praktisch in all diesen Ländern passiert, die Spender-Empfänger-Paare anonymisieren. Sie wissen nicht, welches das andere Paar ist, mit dem sie diesen Überkreuztausch durchführen. Einige Länder erlauben nach dem Überkreuztausch, wenn alle vier beteiligten Personen einverstanden sind, die Anonymität aufzulösen, andere Länder erlauben das nicht. Institutionell kann man Organhandel aber so vollständig ausschließen. Ein Punkt noch, wenn Sie mir erlauben. Es hat sich mir nie genau erschlossen, warum dieser Punkt gerade bei dem Überkreuztausch immer gefragt wird. Beim Überkreuztausch ist überhaupt gar kein Grund ersichtlich, warum es Organhandel geben sollte. Vielmehr ist dort, erlauben Sie mir den ökonomischen Jargon, das Saldo ausgeglichen. Spender-Empfänger-Paare bekommen jeweils ein Organ, sodass von



vornherein, selbst wenn es nicht diese Anonymisierung über die institutionellen Algorithmen gäbe, gar keinen Grund gibt, über Organhandel besorgt zu sein.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich frage wieder Herrn Prof. Dr. Ockenfels. Inwieweit ist die Subsidiarität der Lebendspende gegenüber der postmortalen Spende aus Ihrer Sicht ethisch zu rechtfertigen?

ESV **Prof. Dr. Axel Ockenfels**: Die Subsidiarität ist auf den ersten Blick plausibel, wenn sowohl ein Organ eines Leichenspenders als auch eines Lebendspenders zur Verfügung steht. Allerdings verspricht die Lebensspende einen höheren und besseren Therapieerfolg, sodass man mit dem Subsidiaritätsprinzip, soweit es überhaupt relevant wird, dem Patienten eine schlechtere Therapie aufzwingt. Dieser Aspekt sollte auch eine Rolle spielen. Wichtiger ist aber vielleicht, dass das Subsidiaritätsprinzip in der Praxis tatsächlich überhaupt keine Rolle spielt. Es stehen nämlich 8 000 Menschen auf der Warteliste für eine Niere. Wenn Sie jetzt mit einem Lebendspender zum Arzt kommen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass in dem Augenblick eine postmortale Spende zur Verfügung steht, praktisch bei null. Selbst wenn das nicht der Fall wäre, dann könnten Sie das leicht umgehen, wie jeder weiß, der in diesem Gebiet zu Hause ist. Praktisch spielt das gar keine Rolle. Es sei denn man ist der Meinung und dieser Sorge wird manchmal Ausdruck verliehen, dass wenn man die Lebendspende nicht mehr nachrangig behandeln sollte, man sich dann weniger um postmortale Spenden bemüht. Das scheint mir aber nicht plausibel zu sein. Wir haben 8 000 schwerkranke Menschen auf der Warteliste. Jetzt nehmen Sie an, wir erlauben mehr Lebendspenden, dann haben wir auf der Warteliste „nur“ noch 6 000 Menschen. Warum sollte man sich jetzt weniger um postmortale Spenden kümmern? Einige sind auch besorgt, dass dann weniger Menschen bereit sind, postmortal zu spenden. Nach allem was wir, auch aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht, wissen, ist das Gegenteil der Fall. Wenn Sie mehr Lebendspenden haben, wenn Sie mehr Diskussionen darüber haben, wenn mehr eine Kultur des Spendens entsteht, dann werden Sie mit der Zulassung von Lebendspenden auch mehr postmortale Spenden bekommen. Insofern

sehe ich kein Grund das Subsidiaritätsprinzip weiter aufrecht zu erhalten.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Nochmal Herr Prof. Dr. Ockenfels. Gegen die nicht-gerichtete unentgeltliche und anonyme Lebendspende wird immer wieder angeführt, dass dazu sowieso kaum jemand bereit sei. Wie ist Ihre Meinung dazu?

ESV **Prof. Dr. Axel Ockenfels**: Diese Sorge hört man häufiger. Es ist in der Tat so, dass in den Ländern, in denen man die Gesetze geändert hat und die nicht-gerichtete anonyme Lebendspende erlaubt hat, man zunächst sehr wenig Lebendspenden beobachtet hat. Ich denke, dass das noch kein Grund ist die Lebensspenden zu verbieten. Was vor allen Dingen aber wichtig ist, ist, dass in fast all diesen Ländern über die Zeit die Anzahl der Lebendspenden sehr stark gestiegen ist. Das hat auch damit zu tun, dass dann in den Medien, in der Berichterstattung über Vor- und Nachteile und über Einzelfälle berichtet worden ist. Die Erfahrungen sind so gut in den Ländern, dass sich mehr und mehr Menschen tatsächlich entschlossen haben, nicht-gerichtet anonym zu spenden. Ein gibt einen zweiten Punkt. In vielen Ländern, etwa in Großbritannien, wo wir, glaub ich, im langjährigen Durchschnitt etwa 100 anonyme Lebendspender haben, ich finde, dass das eine große Zahl ist, initiieren fast alle diese Lebendspenden Spendenketten. Das heißt, dass diese anonyme Lebendspende an ein Spender-Empfänger-Paar geht, das sich z. B. für eine Überkreuzspende hat registrieren lassen. Dann bekommt der Empfänger in diesem Paar die anonyme Lebendspende und der Spender in diesem Paar kann jetzt sein Organ einem anderen Empfänger-Spender-Paar weitergeben. So entstehen diese Ketten, die typischerweise zwei bis drei Transplantationen erlauben. Wir haben aber auch schon Ketten bis zu 30 Transplantationen erlebt, sodass das Argument, da sind sowieso nur wenige anonyme Spender, so sicherlich nicht mehr gilt.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Eine Frage an die Deutsche Transplantationsgesellschaft. Welche Chancen sehen Sie in einer Ausweitung der Lebendspende-Möglichkeiten?



SV **Prof. Dr. Bernhard Banas** (Deutsche Transplantationsgesellschaft e. V. (DTG)): Sie müssen überlegen, dass wir momentan 8 000 Leute auf der Warteliste zur Nierentransplantation haben, die von über 90 000 Patienten an der Dialyse aktiv gemeldet sind. Wenn wir allein die Patienten dazu nehmen, die in Vorbereitung oder momentan nicht aktiv gemeldet sind, dann wären es schon 15 000 Patienten. Wenn wir so viel transplantieren wollen, wie das in anderen Ländern Standard ist, wo dann im Endeffekt mehr Patienten mit einer Transplantation leben als an der Dialyse sind, dann ist das etwas, das wir uns in Deutschland gar nicht vorstellen können. Dann müssen wir ernsthaft und seriös über alle Möglichkeiten der Organspendeerweiterung nachdenken. Das kann die postmortale Spende und das kann die Lebendspende sein. Es ist sinnvoll Überkreuzspenden als ein Bauteil zur Erweiterung des Lebendspenderpools seriös in Betracht zu ziehen.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich versuche einmal, ob die DSO mir auch etwas dazu sagt, wie sie zur Ausweitung der Lebendspende steht.

SV **Dr. Axel Rahmel** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Die DSO ist für die postmortale Organspende zuständig. Ich kann nur über Erfahrungen aus anderen Ländern berichten. Die Überkreuzspende ist für mich, wenn jedes einzelne Paar eine enge persönliche Beziehung zueinander hat, ein nachvollziehbares Modell. Woran man allerdings denken muss, ist, dass bei Patienten, die medizinisch nicht in Frage gekommen sind und das vielleicht auch als Grund genommen haben, kein Lebendspender zu sein, der psychologische Druck, zu spenden, zunehmen könnte. Das sind aber Einzelfälle, die man genauer untersuchen müsste. Aber grundsätzlich ist die Lebendspende als Begleitung für die postmortale Organspende, um den Spendermangel zu reduzieren, bei einer adäquaten Aufklärung sicherlich eine Ergänzung.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die Stiftung Patientenschutz. Die zurückliegenden Organspendeskandale haben zumindest zwischenzeitlich zu einem erheblichen Vertrauensverlust in der Bevölkerung geführt. Welche Forderungen haben Sie über die organisato-

rischen Ansatzpunkte des Gesetzesentwurfes hinaus, um mehr Transparenz und öffentliche Kontrolle herzustellen?

Sve **Christine Eberle** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Das TPG hat die gesamte Verantwortung für das Transplantationssystem in die Hände der Selbstverwaltung gelegt. Seit langem kritisieren wir, dass diese Konstruktion Probleme aufweist. Der vorliegende Gesetzesentwurf ändert hieran gar nichts. Daher regen wir an, einen umfassenden Umbau des Transplantationssystems in die Wege zu leiten. Das könnte möglicherweise durch eine Expertenkommission geschehen, die damit beauftragt wird, Vorschläge zu erarbeiten, um eine umfassende Reform anzugehen. Diese Reform müsste aus unserer Sicht folgende Punkte haben: Zum Beispiel dürfen die Kriterien zur Verteilung von Lebenschancen nicht in Gänze an privatrechtliche Akteure delegiert und allein mit dem Verweis auf den Stand der medizinischen Wissenschaft definiert werden. Die wesentlichen Verteilungskriterien, nämlich Erfolgsaussicht und Dringlichkeit, müssen gesetzlich konkreter gefasst und damit demokratisch legitimiert werden. Zweitens: Patienten brauchen mehr Transparenz und Rechtssicherheit. Auch für Patienten im Transplantationssystem muss ein effektiver Rechtsschutz gewährleistet sein. So wissen diese oft nicht, ob sie sich an ein Zivil-, Sozial- oder Verwaltungsgericht wenden müssen, wenn es um Streitigkeiten rund um die Transplantationsmedizin geht. Vielleicht braucht es eine staatliche Institution, die mit der notwendigen Sachkenntnis schnell Wartelistenentscheidungen juristisch überprüfen kann. Schließlich brauchen wir auch ein Höchstmaß an Transparenz und Kontrolle, um Vertrauen zu gewinnen. Die Transplantationsskandale liegen einige Zeit zurück aber sie haben viel Vertrauen verspielt. Dieses Vertrauen konnte bisher nicht zurückgewonnen werden. Die etablierten Kontrollmechanismen der Überwachungs- und Prüfkommision haben sich letztlich nicht soweit bewährt, als dass das Vertrauen der Bevölkerung gewachsen ist. Daher muss die Kontrolle des Transplantationssystems mindestens in staatliche Hände gelegt werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an die Stiftung Patientenschutz. Ich glaube wir hatten das Thema bereits angesprochen



aber ich würde hierzu gern Ihre Sicht hören. Viele Menschen fragen sich, ob die Behandlung bis zuletzt zum eigenen Nutzen durchgeführt wird, wenn sie einer Organspende zugestimmt haben. Nun ist im Gesetz geregelt, dass schon vor der Hirntodfeststellung ohne Zustimmung der Angehörigen oder der Bevollmächtigten die Transplantationsbeauftragten hinzugezogen werden können. Wie bewerten Sie diese Regelung?

Sve **Christine Eberle** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Wir hatten das heute schon am Rande. Auch wir sind der Meinung, dass die Rolle der Transplantationsbeauftragten in den Entnahmekrankenhäusern gestärkt werden muss. Trotzdem eine Anmerkung unsererseits. In diesen sehr sensiblen Prozess ist die Wahrung aller Patientenrechte sehr wichtig. Während der behandelnde Arzt auf der Intensivstation ganz klar im Interesse seines Intensivpatienten handelt, ist der Transplantationsbeauftragte in seiner Rolle streng genommen im Interesse des Wartelistenpatienten tätig. Laut Gesetzentwurf sollen die Entnahmekrankenhäuser sicherstellen, dass der Transplantationsbeauftragte möglichst frühzeitig hinzugezogen wird. Das Hinzuziehen beinhaltet einmal das Zugangsrecht auf die Intensivstation und dann laut der Gesetzesbegründung auch die Zurverfügungstellung aller notwendigen Informationen. Aus unserer Sicht ist es rechtlich fraglich, ob der Transplantationsbeauftragte tatsächlich vor der Feststellung des irreversiblen Ausfalls aller Hirnfunktionen ohne die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters hinzugezogen werden darf. Denn solange der Ausfall nicht festgestellt ist, muss der Intensivpatient als lebend gelten mit all seinen Patientenrechten. Laut Gesetzesbegründung sind daher auch die nächsten Angehörigen frühzeitig einzubeziehen. Hier soll aber geprüft werden, ich zitiere: „zu welchem Zeitpunkt die nächsten Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter des Patienten von dem behandelnden Arzt über die Hinzuziehung des Transplantationsbeauftragten zu informieren sind“. Diese Formulierung wird aus unserer Sicht der Entscheidungsbefugnis des gesetzlichen Vertreters nicht gerecht. Denn zu Lebzeiten des Patienten ist er über alle Behandlungsfragen aufzuklären und entscheidet. Auch wäre es wahrscheinlich nicht klug, in dieser sensiblen Phase die Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter zu übergehen. Menschen, die sich in dieser Phase übergangen oder vor vollendeten Tatsachen gestellt

sehen, werden später wahrscheinlich wenig bereit sein, einer Organspende zuzustimmen. Aus unserer Sicht kann dieses Problem nur mit offener Kommunikation geklärt werden. Auch wenn diese Aufgabe nicht leicht ist, werden wir nicht darum herumkommen, dass die Ärzte ganz früh die Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter mit einbinden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe noch eine Frage an den Verein Junge Helden. Sie mahnen in Ihrer Stellungnahme in Bezug auf die Cross-over-Lebendspende eine Gesetzesänderung an. Können Sie das bitte kurz erläutern?

Sve **Anna Barbara Sum** (Junge Helden e. V.): Wir schließen uns den wissenschaftlichen Erläuterungen, die wir heute bereits gehört haben, an. Wir glauben einfach, dass das eine Möglichkeit ist, die Zahl der wartenden Patienten zu reduzieren. Wir halten das für eine gute Möglichkeit, für Erleichterung zu sorgen. Voraussetzung wäre natürlich ein gutes Gesetz, das dafür sorgt, dass es keinen Organhandel gibt. Diesen kann man durch bestimmte Regelungen, z. B. indem anonymisiert wird, verhindern. Deswegen denken wir, wenn Lebendspenden durch die Cross-over-Spende oder auch multilateral durch einen bestimmten Spendenpool gelingen können, dann soll man die Möglichkeit nutzen, damit weniger Menschen auf den Wartelisten versterben.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an die Stiftung Patientenschutz. Sie mahnen als wichtige Säule der Angehörigenbetreuung eine bessere Trauerbegleitung an. Welche Vorstellungen haben Sie hierzu und was sollte am Gesetzesentwurf diesbezüglich verbessert werden?

Sve **Christine Eberle** (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Wir begrüßen die Maßnahmen der Angehörigenbetreuung, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind. Dazu haben wir auch eine Ergänzung. Es kommt im Organspendeprozess immer wieder vor, dass Angehörige oder gesetzliche Vertreter mit der Organentnahme im Nachhinein nicht zurechtkommen. Diese gesamte Situation um eine solche Entscheidung ist für alle sehr belastend. Es gibt ein Familienmitglied, das mit schwerstem Hirnschaden



auf der Intensivstation liegt. Es gibt die Verzweiflung der Angehörigen darüber, dass ihm nicht geholfen werden kann. Da ist die Verantwortung, den mutmaßlichen Willen des Angehörigen festzustellen, so das geht, oder gar eine eigene Entscheidung über diese Organentnahme zu treffen. Das heißt, es wird immer wieder Menschen geben, die im Nachhinein zweifeln, ob das eine richtige oder gute Entscheidung war, die sie treffen mussten. Oft beginnen Zweifel schon im Krankenhaus. Dort wird am wenigsten Zeit für intensive Trauergespräche sein. Deswegen würden wir uns wünschen, dass eine Trauerbegleitung für Angehörige und auch für gesetzliche Vertreter im Gesetzentwurf aufgenommen wird.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage geht an den GKV-Spitzenverband und an den PKV. Wir haben es gerade schon gehört, dass im Gesetzentwurf vorgesehen ist, dass ein flächendeckender neurochirurgischer und neurologischer konsiliarärztlicher Rufbereitschaftsdienst eingerichtet und die Entnahmekliniken finanziell unterstützt werden sollen. Diese Maßnahmen, so sieht es der Gesetzesentwurf vor, sind verpflichtend durch die GKV zu finanzieren. Der Beitrag der PKV bleibt wie bisher freiwillig. Nun haben Sie dazu schon mehrere Ausführungen gemacht. Ich bitte Herrn Dr. Leber vom GKV-Spitzenverband zu spezifizieren, wie Sie das mit der Freiwilligkeit bewerten und dann Herrn Dr. Loskamp, was Sie davon halten, wenn man verpflichtend festschreiben würde, dass sich die PKV beteiligen muss.

SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Ich habe versucht darzustellen, dass es eine Schwierigkeit gibt, wenn man eine Art Fondsfinanzierung vorsieht, mit der eine über die Spitzenverbände direkte Finanzierung verbunden ist. Die Probleme lösen sich, wenn ich zu leistungsbezogenen Entgelten übergehe. Diese haben wir bei der DSO. Dann erfolgt eine Finanzierung über diejenigen, die davon profitieren. Insofern sollte man nicht GKV und PKV schreiben, sondern dass die Finanzierung über leistungsbezogene Entgelte zu erfolgen hat.

SV Dr. Norbert Loskamp (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ich kann mich dem Vorschlag von Herrn Dr. Leber anschließen. Wir als PKV begrüßen, wenn es eine leistungsbezogene Finanzierung gibt, die über die beschriebenen Mechanismen funktioniert. Zur Verpflichtung möchte ich noch ein Wort sagen. Wir sind als PKV nicht gleichberechtigter Vertragspartner in diesem gesamten Geschehen. Das ist im TPG so nicht festgelegt. Wir sind an verschiedenen Stellen im Einvernehmen einbezogen, wir sind auch nicht an allen Stellen gleichberechtigt einbezogen, bspw. wenn es um die Weitergabe der Daten geht, die jetzt generiert werden. Wenn man die PKV verpflichten will, darf ich auf unsere Forderung hinweisen, dass wir auch an anderen Stellen gleichberechtigt behandelt werden möchten.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht die DSO. Sind Sie der Ansicht, dass das Thema Organspende in der derzeitigen Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegekräfte ausreichend Berücksichtigung findet? Falls nicht, was würden Sie sich diesbezüglich wünschen?

SV Dr. Axel Rahmel (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Diese Frage spricht einen ganz wichtigen Punkt an. Der beginnt bei der Ausbildung von Medizinstudenten und setzt sich über die Facharztausbildung fort, wenn wir die ärztliche Schiene betrachten. Genauso wichtig ist es, das beim Pflegepersonal zu verankern. Das passiert im Einzelfall. Flächendeckend und im von uns gewünschten Umfang wird dieser Aspekt nicht adressiert. Wie Sie vielleicht wissen, arbeiten wir mit anderen Partnern an einem Initiativplan. Die Frage der Schulung ist dort ein wesentliches Element. Wenn das gesetzlich oder durch andere Initiativen unterstützt würde, dass die komplexe Frage der Organspende, die geradezu brennglasartig viele unterschiedliche Aspekte, medizinische und ethische, zusammenführt, ist das sicherlich zu unterstützen.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die BDO und an den Verein Lebertransplantierte Deutschland. Die FDP schlägt in ihrem Antrag vor,



den prinzipiellen Vorrang der postmortalen Organspende gegenüber der Lebendspende abzuschaffen. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

SV Burkhard Tapp (Bundesverband der Organtransplantierten e. V. (BDO)): Im BDO sind auch Lebendspender organisiert. Wir haben u. a. einen eignen Fachbereich und für die Stellungnahme haben wir die Expertise der Betroffenen eingeholt. Dort wurde die Aufhebung der Vorrangigkeit der postmortalen Organspende abgelehnt, weil die Lebendspende ein Eingriff in einen gesunden Körper mit zum Teil erheblichen Nebenwirkungen darstellt. Wir haben gestern das Urteil des Bundesgerichtshofes vernommen, wo zwei Nierenlebendspender, die unter dem chronischen Müdigkeitssyndrom leiden, über mehrere Jahre geklagt haben, bis sie Recht bekommen haben. Wir haben im Verband auch Patienten, die davon betroffen sind. Im Bereich der Leberlebendspende gab es sogar Todesfälle, auch bei Spendern in Deutschland. Das ist ein sehr schwieriges Thema und es muss ausgesucht und extrem gut aufgeklärt, vorbereitet und durchgeführt werden. Für uns ist die postmortale Organspende der Normalfall und so sollte es auch sein. Nichtsdestotrotz ist es möglich, bei der Überkreuzspende rechtliche Sicherheit zu schaffen. Wenn die Vorrangigkeit der postmortalen Organspende aufgehoben wird, und ich denke an die Lebendspende im Lungentransplantationsbereich, wo gleich zwei Spender betroffen sind, nämlich zwei Elternteile, finde ich die Situation sehr schwierig. Zumindest ist das die Praxis in Deutschland. Und angenommen da geht etwas schief, wäre das eine Katastrophe für die ganze Familie.

SV Egbert Trowe (Lebertransplantierte Deutschland e. V.): Auch unser Verband bevorzugt die postmortale Organspende gegenüber der Lebendspende. Ich kann nur für die Leber sprechen. Man muss wissen, dass eine Leberlebendspende ein massiver Eingriff, durchaus mit medizinischen Konsequenzen, in den gesunden Körper des Spenders ist. Wir haben eine ganze Reihe von Lebendspendern in unserem Patientenkreis die über Jahre mit den Folgen ihrer Lebendspende zu kämpfen haben. Insofern würden wir das Subsidiaritätsprinzip auf jeden Fall beibehalten wollen. Eine Cross-over-Leberlebendspende können wir uns als Verband der Lebertransplantierten nicht vorstellen.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht die Deutsche Stiftung Patientenschutz, Frau Eberle. Sie haben gerade schon erläutert, dass Sie das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspende dadurch stärken möchten, dass das derzeitige Transplantationssystem stärker demokratisch legitimiert wird. Sie haben in dem Zusammenhang von einer Übertragung der Aufsicht an eine staatliche Stelle gesprochen. Haben Sie konkrete Vorstellungen, welche Stelle das sein könnte?

Sve Christine Eberle (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Wir haben keine konkreten Vorstellungen. Das kann ein Bundesamt sein, das kann etwas sein, was es schon gibt oder das kann auch etwas sein, was man neu schafft. Hauptsache ist, dass der Staat die Verantwortung insofern übernimmt, als er der Selbstverwaltung einen kleinen Bereich wegnimmt, weil die Selbstverwaltung die Richtlinien zur Organtransplantation schafft. Die Selbstverwaltung bestimmt also den ganzen Prozess. Ich finde es in so einem System zu viel verlangt, sich auch noch selbst zu kontrollieren.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an den VUD. Sie haben in Ihrer Stellungnahme die geplante Änderung zur Angehörigenbetreuung kritisiert. Können Sie uns Ihre Bedenken kurz erläutern?

Sve Renate Höchstetter (Verband der Universitätsklinik Deutschlands e. V. (VUD)): Wir sind dafür, dass diese aggregiert veröffentlicht werden und darüber aggregiert informiert wird, um sicherzustellen, dass durch mehrere Schreiben und mehrere Informationen das Anonymitätsrecht im TPG weiterhin gewahrt ist und das die Transplantationszentrumsmitarbeiter das ständig überprüfen müssen.

Der Vorsitzende: Ich bedanke mich ganz herzlich. Einerseits bei denen, die konstruktiv Fragen gestellt haben, aber ganz besonders bei den Sachverständigen, die diese Fragen sehr kompetent und sensibel beantwortet haben. Ich danke dafür, dass einerseits Anträge oder Gesetzesentwürfe bestätigt worden oder dass Anregungen gegeben worden sind, sodass wir Politiker in den nächsten Wochen zu tun haben



werden. Ich bin auf jeden Fall davon überzeugt, dass ein guter Gesetzentwurf in den Bundestag kommen wird und bedanke mich und wünsche allen noch einen angenehmen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 16.11 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender