



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

23. Sitzung (öffentlich)

30. Mai 2018

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 11:20 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Thilo Rörtgen

Verhandlungspunkt:

**Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des
Transplantationsgesetzes (AG-TPG) vom 9. November 1999 in der
Fassung vom 13. Februar 2016**

3

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/2121

– Anhörung von Sachverständigen (*siehe Anlage*)

* * *

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich darf Sie alle ganz herzlich zur Anhörung begrüßen, besonders herzlich meine Kolleginnen und Kollegen des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, aber genauso herzlich die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung und natürlich Sie, meine Damen und Herren Sachverständigen, die heute besonders wichtig sind. Soweit vorhanden begrüße ich auch die Zuhörerinnen und Zuhörer, die Medienvertreter, sonstige Gäste und – ganz wichtig – unseren Sitzungsdokumentarischen Dienst, der, wie gewohnt, dafür sorgen wird, dass wir ein Wortprotokoll von dieser Sitzung erhalten werden. Das schon als Hinweis an die Damen und Herren Sachverständigen, dass der Ausschuss üblicherweise nach Vorlage dieses Protokolls in einer Sitzung die Auswertung dieser Anhörung vornehmen wird und dieses Protokoll öffentlich sein wird, sodass Sie Gelegenheit haben, nachzuschauen, wie der Ablauf gewesen ist.

Wir kommen nunmehr zu dem einzigen Tagesordnungspunkt der heutigen Sitzung:

Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG) vom 9. November 1999 in der Fassung vom 13. Februar 2016

Antrag
der Fraktion der CDU und
der Fraktion der FDP
Drucksache 17/2121

– Anhörung von Sachverständigen (*siehe Anlage*)

Das Plenum hat diesen Gesetzentwurf am 21. März 2018 in erster Lesung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales überwiesen. Wir haben die Federführung, darum auch bei uns hier die Anhörung. Der Wissenschaftsausschuss ist mitberatend. Allerdings hat er beschlossen, an der Anhörung nur nachrichtlich teilzunehmen.

Die Anhörung hat dieser Ausschuss bereits am 11. April beschlossen. Deshalb noch einmal ein ganz herzliches Dankeschön an die anwesenden Sachverständigen, dass Sie unsere Einladung angenommen und uns bereits Ihre schriftlichen Stellungnahmen zugesandt haben, sodass wir uns gut vorbereiten konnten.

(Es folgen organisatorische Hinweise.)

Ich darf nun die Kolleginnen und Kollegen um Fragen bitten. – Frau Lück, bitte schön.

Angela Lück (SPD): Ich habe als erstes eine Frage an die Krankenhausgesellschaft. Sie erläutern in Ihrer Stellungnahme, dass es bereits in früheren Jahren höhere Organspendezahlen gegeben hat, obwohl die strukturelle Ausstattung der Krankenhäuser noch nicht auf dem heutigen Stand war. Gleichzeitig werfen Sie in Ihrer Stellungnahme einige Stichpunkte auf, die weitere Einflussfaktoren auf das Spendeverhalten

sein könnten. Ihre Stichpunkte sind sehr verkürzt. Darum würde ich Sie bitten, diese noch ein bisschen zu erläutern.

Dann habe ich eine Frage an Herrn Professor Körfer. Sie melden in Ihrer Stellungnahme Zweifel an, ob das Gesetz greift, sofern keine Konsequenzen bei Nichtbeachtung der Richtlinien erfolgen. Welche Konsequenzen hielten Sie als angemessen, um die Nichtbeachtung der Richtlinien zu ahnden?

Dann habe ich eine dritte Frage; die betrifft den Systemwechsel hin zu einer Widerspruchsregelung. Da haben Herr Dr. Mellwig und auch die Krankenhausgesellschaft in ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die strukturellen Probleme in den Kliniken sicherlich eine Begründung sind, aber nicht die einzige. Die Widerspruchsregelung ist ja in anderen EU-Staaten durchaus schon Rechtslage. Wie können wir das in Deutschland umsetzen? Wie schätzen Sie die Effektivität einer Widerspruchslösung ein? Und wie schätzen Sie die Reaktion der Bevölkerung auf eine solche Regelung ein? Wären die Krankenhäuser im Fall einer solchen Gesetzesänderung sofort in der Lage, die dann zu erwartenden höheren Zahlen an Organspendern zu bewältigen?

Und dann habe ich noch eine Frage zum Stichwort „Hirntoddiagnostik“. Viele Gegenargumente beruhen auf der Annahme, dass die Hirntoddiagnostik unzulänglich sei. Können Sie mir freundlicherweise erklären, wie Sie das sehen? Wie kann man da die bestehenden Ängste abbauen?

Das wären meine Fragen in der ersten Runde.

Peter Preuß (CDU): Zunächst einmal herzlichen Dank für die schriftlichen Stellungnahmen, die wir durchgearbeitet haben. Es ergeben sich dazu noch einige Fragen.

Die erste Frage richte ich an Professor Dr. Körfer; die geht in etwa in die Richtung, die auch Frau Lück angesprochen hat. Allerdings verstehe ich Ihre Stellungnahme so, dass Sie den Gesetzentwurf grundsätzlich für schlüssig und nachvollziehbar halten. Es wäre vielleicht doch mal ganz gut, zu erfahren, wo Sie Defizite sehen, und auch, ob es aus Ihrer Sicht weitere Verbesserungsvorschläge gibt.

Eine weitere Frage würde ich gerne an Frau Dr. Wirges stellen. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme von den Software-Tools. Können Sie erläutern, was konkret darunter zu verstehen ist?

Dann habe ich eine Frage an Frau Professor Dr. Schwalen. In der Stellungnahme ist die Rede davon, dass Transplantationsbeauftragte oft nicht einbezogen werden. Da würde uns interessieren, wie idealerweise die Einbeziehung des Transplantationsbeauftragten erfolgen kann.

Und an Herrn Dr. May von der Krankenhausgesellschaft NW habe ich folgende Frage: Sie sagen, dass durch die Freistellung der Transplantationsbeauftragten mehr Vollzeitstellen und damit auch mehr Personalkosten erforderlich werden, die nicht refinanziert werden können. Da ist die Frage: Bezieht sich das auf die bisherige Rechtslage, oder wäre es auch so, wenn dieses Gesetz in Kraft treten würde?

Susanne Schneider (FDP): Auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute hier mit uns in dieser Anhörung sitzen. Ich denke, der eine oder andere könnte sich bei diesem Wetter auch etwas anderes vorstellen. Von daher ist es wunderbar, dass Sie hier sind.

Einige Fragen wurden schon gestellt. Ich habe jetzt noch eine Frage an Frau Dr. Wirges und Frau Professor Schwalen. Wir haben über die Transplantationsbeauftragten gesprochen. Wie sehen Sie durch diese konkreten Freistellungsregelungen deren Stellung gestärkt? Und wie sehen Sie durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Berichtspflichten die Abläufe bei der Identifikation der hirntoten potenziellen Spender verbessert?

Dann habe ich noch eine Frage an Frau Dr. Wirges, an Frau Professor Dr. Schwalen und an Herrn Dr. Mellwig. Es wurde gerade schon das Thema „Widerspruchslösung“ angesprochen. Die FDP NRW hat im April einen Landesparteitag gehabt, wo sehr ausführlich und lange und sehr prominent über das Thema „Organspende“ debattiert wurde. Beschlossen wurde in der Partei eine erweiterte, eine verbindliche Entscheidungslösung, sprich, dass die Menschen zum Beispiel, wenn sie ein Ausweisdokument bekommen, angeben müssen, ob sie spenden oder nicht, also dass in dem Fall wirklich eine verbindliche Erklärung abgegeben werden muss. Was halten Sie von so einer Variante?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch von unserer Seite an die Sachverständigen einen großen Dank für die bereits erfolgten Ausarbeitungen. Es sind in der Tat schon einige Fragen gestellt worden. Für mich ergeben sich noch folgende Fragen:

Frau Professor Dr. Schwalen und Herr Dr. May, Sie sprechen beide davon, dass die finanzielle Unterstützung für die Krankenhäuser auch mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht endgültig geklärt ist. Wie könnte dort eine Verbesserung aus Ihrer Sicht erfolgen?

Dann noch eine Frage an Frau Professor Dr. Schwalen. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme davon, dass es in Bayern sowohl die Möglichkeit eines Freizeitausgleiches als auch die Möglichkeit der Vergütung der Transplantationsbeauftragten gibt. Sehen Sie da auch vonseiten Nordrhein-Westfalens Nachholbedarf, dass es auch diese Möglichkeit gibt – Sie werden es aus dem Klinikalltag kennen –, unter Umständen den Freizeitausgleich gegen eine Vergütungsoption auszutauschen?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Dr. Mellwig. Sie deuten in Ihrer Stellungnahme an, dass das vorliegende Gesetz nicht weitreichend genug wäre und dass es dadurch unter Umständen nicht wie gewünscht zu einer Steigerung der Transplantationszahlen kommen würde. Wie könnte dieser von Ihnen angesprochene Systemwechsel aussehen?

Und eine letzte Frage an Herrn Professor Dr. Dr. Körfer. Sie sprechen in Ihrer Ausarbeitung vor allen Dingen die Vermittlung sogenannter grenzwertiger Organe an. Haben Sie eine Option, wie man die Vermittlung dieser Organe verbessern könnte?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Erst einmal von der grünen Fraktion herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen. Ich will auch nichts wiederholen. Ich habe noch drei oder vier Nachfragen.

Sie haben sehr ausführlich dargestellt, dass die Transplantationszahlen zurückgegangen sind, obwohl es eigentlich strukturelle gesetzliche Verbesserungen gibt. Deswegen ganz grundsätzlich an alle noch mal die Frage: Wie stellt sich für Sie die Situation dar, und welche Schlüsse ziehen Sie unmittelbar daraus?

An den nächsten Fragen wird man sehen, dass ich zu ein paar Vorschlägen kritisch stehe. Nur wenn man die richtige Analyse hat, kann man die richtigen Schlüsse daraus ziehen. Punkt eins, die Zuweisung von Schuld oder Nichtschuld, finde ich einigermaßen unangebracht. Deswegen die Frage: Wie können wir effektiv besser werden?

Deswegen komme ich zu Frage zwei, die ich gerne sowohl an Herrn Dr. Mellwig – die Selbsthilfe ist jetzt leider nicht da – als auch an die Ärztekammer stellen möchte. Die Widerspruchslösung ist ja jetzt noch einmal in den Raum gestellt worden. Aber in verschiedenen Stellungnahmen ist auch darauf hingewiesen worden, dass zum Beispiel das Thema „Patientenverfügung“ eine Rolle spielt, wo unter anderem drinsteht, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen zugelassen werden sollten. Ist das nicht eher eine Frage der Aufklärung als eine Frage einer gesetzlichen Normierung? Vielleicht nehmen Sie dazu bitte noch einmal Stellung.

Dann würde ich noch mal die Krankenhausgesellschaft – Herr Preuß hat auch schon danach gefragt – oder auch das HDZ fragen wollen: Sie sprechen über die 70 Stellen, die möglicherweise nicht refinanziert werden. Was ist dann konkret die Forderung? Also, was müssten wir hier im Gesetzgebungsverfahren klarstellen?

Dann habe ich eine Frage an alle. Aus allen Stellungnahmen kommt heraus, dass gesagt wird: Eigentlich sind ganz viele für die Organtransplantation, stehen ihr auch offen gegenüber, aber irgendwie funktioniert es nicht, weil die Aufklärung nicht funktioniert. Und dann wird die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung genannt. Wo können wir da besser werden, also nicht nur im Bund, vielleicht auch vor Ort? Frau Schneider hat den Punkt angesprochen, das konkret im Ausweis einzutragen. Man könnte ja bei allen Gängen zum Amt, beispielsweise wenn man einen Pass verlängern muss oder andere Vorgänge, zumindest die Menschen ausführlicher darauf hinweisen. Oder haben Sie andere Vorschläge? Und welche Forderung ergibt sich daraus möglicherweise finanzieller Art oder konzeptioneller Art?

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Wir können damit in die Beantwortungsgrunde einsteigen. Durch den Kollegen Mostofizadeh sind nun alle angesprochen. Das heißt, wir können in der Reihenfolge des Tableaus vorgehen.

Ich darf Herrn Bornes bitten, mit der ersten Antwort zu beginnen.

Gregor Bornes (Koordinierung und Vernetzung der Patientenbeteiligung in NRW): Ich bin ja nicht direkt mit einer Frage angesprochen worden, sondern ganz allgemein zu der Frage, was die Patientenvertretung von der Widerspruchslösung hält. Und da ist übrigens die Selbsthilfe, was den Abstimmungsprozess angeht, zumindest zum Teil mit dabei. Wir halten eine Widerspruchslösung für nicht zielführend, weil wir hier tatsächlich davon ausgehen müssen, dass das Selbstbestimmungsrecht jedes Einzelnen deutlich höher wiegt, als dass man sich quasi gegen eine Organspende

wehren muss. Insofern würden wir es grundsätzlich für nötig und auch für nützlich halten, dass die Aufklärungskampagnen, die es gibt, noch verbesserungswürdig sind. Ich glaube, eine wichtige Hürde liegt darin, dass die Menschen, solange sie gesund sind, natürlich ungern darüber nachdenken, ob ich irgendwann irgendwo hirntot liege und dann bereit bin, meinen Körper als – in Führungsstrichen – Ersatzteillager zur Verfügung zu stellen. Ich glaube, da gibt es eine Menge Hürden, sich damit überhaupt auseinanderzusetzen und dann auch eine entsprechende Zustimmung zu geben.

In Richtung FDP-Fraktion: Ich würde grundsätzlich sogar vermuten, dass, wenn Sie quasi Menschen dazu zwingen, dass sie sich entscheiden sollen, zum Beispiel indem es in ein Ausweisdokument eingetragen wird, Sie nicht automatisch eine Auseinandersetzung hervorrufen, sondern eher eine Abwehrreaktion und dann eine Nein-Auskunft. Also das, was man so kennt aus den Umfragen, dass die Menschen grundsätzlich gar nicht so abgeneigt wären, Organe zu spenden, kommt immer dann, wenn es wirklich konkret wird in eine Auseinandersetzung, die mit Sicherheit erheblich komplizierter ist und die aus unserer Sicht auch geführt werden muss, damit man wirklich wissend und willentlich in so eine Organspende einwilligt.

Prof. Dr. Dr. Reiner Körfer: Ich kenne noch die Zeit, als es kein Transplantationsgesetz gab. Ich sage mal, zu der Zeit ging alles viel einfacher. Ich will nicht sagen, dass es unredlicher war oder ungesetzlich. Ich stand ja immer am Ende der Fahnenstange. Das heißt, ich war für die Patienten, die auf ein Organ warteten, zuständig. Die Wartezeit zu dem Zeitpunkt – das war Ende der 80er-Jahre – betrug fünf bis sechs Wochen für ein Herz. Wenn Sie das heute sehen, dann kommen wir ohne Unterstützungssysteme oder Kunstherze überhaupt nicht mehr zu Potte. Das heißt, ganz selten kommen die Patienten zur Transplantation, die in einem gesunden Zustand, also zwar herzkrank, aber ohne Organschäden, sind. Die lange Wartezeit mit einem nicht richtig funktionierenden Herzen schädigt ja auch die anderen Organe. Heute werden Patienten transplantiert, die alle schon Begleitschäden der Herzinsuffizienz haben. Also, die Wartezeit ist einfach undenkbar. Aber das ist jetzt nur nebenbei. Das ist auch nicht die Antwort auf die Frage von Frau Lück.

Ich denke, dass die ganzen Gesetze, die entstanden sind, die Sache nur verkompliziert haben. Ich kann das alles unterschreiben, was hier an Verbesserungsvorschlägen vorgeschlagen worden ist oder eingesetzt werden soll in das neue Gesetz. Aber ich denke, dass es auf Dauer immer auf die persönliche Verantwortung, auf den persönlichen Einsatz ankommt. Transplantationsbeauftragte spielen sicherlich am Anfang die entscheidende Rolle, aber sie müssen auch entsprechend kompetent sein. Wenn ich dann sehe, dass bestimmte Dinge getätigt werden sollen, das heißt, sie müssen berichten, sie müssen dies machen, sie müssen das machen, dann werden sie sehr schnell entscheiden, ob ich jetzt das ganze Ding anstoßen soll, die Organspende oder die Entnahme in diesem Fall, oder lieber darauf verzichten soll.

Und da nutzt auch nichts, wenn dann der Geschäftsführer oder der Krankenhausträger informiert wird. Da kann man im Grunde genommen relativ einfach sagen, das ist kein Organspender. Wir haben sehr viele Krankenhäuser besucht, in denen Organe zur Organspende abgelehnt wurden. Die Organe waren zwar entnommen, aber sie sollten

nicht transplantiert werden, weil sie – in Anführungszeichen – zu schlecht sind. Ungefähr 30 % der Organe wurden von anderen Klinik zur Transplantation abgelehnt. Wir haben die alle transplantiert. Und es ist nicht so, dass die Langzeitergebnisse schlechter waren. Das wäre ja fatal gewesen, wenn wir nur um zu transplantieren Organe genommen hätten, die eigentlich nicht geeignet sind. Ich will eigentlich nur damit sagen: Es hängt sehr viel von der einzelnen Kompetenz der Krankenhäuser ab. Wer ist Transplantationsbeauftragter, oder wer entscheidet oder wer meldet sich und sagt: „Wir haben hier einen potenziellen Organspender“? Das ist extrem schwierig. In aller Regel sind das die Leute, die die Verantwortung auf der Intensivstation haben. Das müssen keine Transplantationsbeauftragten sein. Das sind die Verantwortlichen auf der Intensivstation. Die informieren ja dann normalerweise erst den Transplantationsbeauftragten. Der kommt ja nicht unbedingt aus dem Intensivbereich. Im besten Falle wäre das so, aber das ist nicht in allen Fällen so. Und insofern gehen da schon auf dem Weg eine ganze Menge Organe verloren.

Was Bestrafung angeht, Frau Lück: Ich meine das jetzt nicht juristisch, dass da irgendeiner, wenn er sich nicht meldet oder so, mit Haft oder so bestraft wird, sondern dann ist er einfach unfähig und muss auch umgehend abgesetzt werden.

Im Prinzip sollten die Chefs der einzelnen Abteilungen daran interessiert sein, die Transplantation, wenn sie denn möglich wäre, mitzutragen. Das Problem ist ja immer, in der ganzen Transplantation sind die Leute, die transplantieren, die Größten, obwohl sie am Ende der Fahnenstange stehen. Viel wichtiger sind die Leute, die vorher sind, die dafür sorgen, dass Organe kommen, und die, die hinterher die Patienten betreuen, damit die Organe nicht abgestoßen werden.

Fürs Herz gilt einfach nur: Jeder von Ihnen kennt die Geschichte der Herztransplantation. Ich persönlich sage immer: Die Herztransplantation als chirurgische Maßnahme ist eine relativ einfache Operation. Damit muss sich keiner schmücken, um das mal so auszudrücken. Aber ich denke, dass im Vorfeld eine ganze Menge gemacht werden könnte und vereinfacht werden könnte.

Und was für mich sicherlich sehr wichtig ist: In den Patientenverfügungen müsste man eigentlich die Frage der Organspende mit aufnehmen. Die Angehörigen werden ja immer in Situationen gefragt, wo sie alles andere im Kopf haben als Organspende. Das weiß ja jeder. Insofern ist es inzwischen so, dass die Organe relativ knapp sind.

Ich habe jetzt gehört, 18 Millionen € pro Jahr werden sozusagen in die Verbesserung der Organspende reingesteckt. Ich weiß zwar nicht, wo die hinkommen, aber ich sehe da relativ wenig von. Und es ist sicherlich extrem schwierig, diese Organspende zu verbessern. Ich glaube nicht, so gut das gemeint ist, dass ein entscheidender Fortschritt in den Wartelisten passiert in dem Sinne, dass mehr Organe zur Verfügung stehen. Und da kann ich natürlich mit meinem Nachbarn zur Linken überhaupt nicht zusammengehen. Durch eine Widerspruchslösung wird, glaube ich, niemandem etwas abverlangt. Jeder Bürger verlangt so viel vom Staat, dass er klagt, wenn er nicht entsprechend befriedigt wird. Und ich denke, es ist keine Entscheidung über Leben und Tod, sondern es ist einfach eine Goodwill-Entscheidung, sich zu entscheiden, ob man Organspender ist oder nicht. Das ist doch keine unmenschliche Aufgabe. Ich denke, das kommt vielen, vielen Patienten zur Verfügung.

Und ich denke, dass man auch an dieser Stelle viel, viel verbessern kann. Auch hinterher kann man eine ganze Menge verbessern.

Ich möchte mal gerne wissen – das wird vielleicht Frau Wirges sagen können –, wie viele Organe entnommen werden und nicht transplantiert werden. Auf der Strecke bleiben auch eine ganze Menge Organe liegen. Ich will nicht sagen, wo sie landen, aber sie bleiben liegen und man könnte sie theoretisch sicherlich auch noch implantieren oder transplantieren, wenn man es denn wollte. Ich denke, dass es zum Beispiel für Nordrhein-Westfalen – den Vorschlag habe ich schon vor 20 Jahren gemacht – Zentren geben muss, wo transplantiert wird. Und es würde ein Zentrum reichen in Westfalen – im Osten – und ein Zentrum im Westen, hier in Nordrhein. Wenn man das zentrieren würde, würde die Anzahl der Transplantationen in der einzelnen Klinik so groß sein, dass es für die Patienten am besten ist. Es kann ja nicht sein, dass drei Transplantationen pro Jahr stattfinden. Man kann keine Hüfte operieren, wenn man nur fünf im Jahr macht. Aber ein Herz kann man transplantieren, wenn man nur zwei macht. Das passt eigentlich nicht so zusammen. Deswegen denke ich, dass das auch ein Punkt ist, wo man dann auch unpopuläre Entscheidungen treffen muss. Da muss man einfach sagen, es gibt eine Klinik in Nordrhein, es gibt eine Klinik in Westfalen, die für Transplantationen zuständig sind. Bei der geringen Menge wäre das ja kein Thema, das in einer entsprechend großen Klinik durchzuführen.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.): Vielen Dank, dass wir hier sprechen dürfen und dass wir auch eine Stellungnahme zu diesem wichtigen Thema abgeben durften.

Ich möchte einen Punkt von Herrn Körfer aufnehmen, nämlich dass Organspende Chefsache ist. Ich glaube, Organspende sollte ein besonderes Anliegen aller im Krankenhaus arbeitender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein. Und da ist häufig vielleicht der direkte Zugang auch über die Geschäftsführung. Deswegen haben wir schon vor vielen Jahren diesen Slogan ausgegeben gegenüber unseren Mitgliedskrankenhäusern: Alle müssen sich darum kümmern, und der, der da Verantwortung übernimmt, muss die Rahmenbedingungen schaffen, dass sich alle auch darum kümmern können.

Krankenhaus ist ein Teil der Gesellschaft. Wenn wir im Krankenhaus sagen, Organspende muss ein besonderes Anliegen sein, dann sollte das genau das Ziel auch in der gesamtgesellschaftlichen Diskussion werden. Dass eben für uns alle die Organspende ein besonderes Anliegen ist, das kann man christlich-spirituell ableiten als Akt der Nächstenliebe, das kann man aber auch ethisch ableiten.

Sie stellten die Frage: Was sind denn so die allgemeinen Kriterien, warum es momentan so schlecht funktioniert, obwohl wir 2010 auf einem ganz guten Weg waren? Und 2010 hatten wir nachweislich schlechtere Strukturen als heute. Wir haben das ja in unserer Stellungnahme festgehalten, dass die Finanzierung nicht in dem Fall gegeben war und dass wir auch im AG-TPG, das damals schon gut war, aber jetzt deutlich besser ist und hoffentlich noch einmal besser wird durch das, was wir jetzt gemeinsam besprechen Also, damals waren die Strukturen schlechter, trotzdem haben wir jetzt schlechtere Zahlen.

Ich glaube, dass viele organspenderelevante Gedanken gesamtgesellschaftlich nicht zu Ende gedacht sind. Und da ist eben einmal der Gedanke: Wie verbindlich, wie zuverlässig ist die Diagnostik des irreversiblen Funktionsausfalls? Darüber haben wir oft gesprochen. Ich habe aber in den Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten und vor allen Dingen auch mit unseren Mitarbeitern im Krankenhaus den Eindruck, dass da eben die letzte Frage noch nicht beantwortet ist.

Genauso sieht es mit der Frage der Selbstbestimmung aus. Wir haben es jetzt gerade diskutiert. Es gibt verschiedene Ansätze, wie wir versuchen können, das Ganze zu reglementieren. Es gibt eine Widerspruchslösung, eine erweiterte Widerspruchslösung, eine Zustimmungslösung, eine erweiterte Zustimmungslösung. Dazu haben wir als KGNW, weil wir einfach in diesen Feldern nicht kompetent sind, natürlich keine Gremienmeinung. Wir haben eine Meinung dazu als Bürgerinnen und Bürger. Wir sind Teil dieser Gesellschaft und jeder bei uns in der KGNW, sei es jetzt in den entsprechenden Ausschüssen oder in den Krankenhäusern, hat eben eine Meinung zur Organspende. Und die kann sehr unterschiedlich sein.

Ich bin sehr froh, dass wir jetzt in Nordrhein-Westfalen im Rahmen des AG-TPG das Thema „Organspende“ diskutieren und vor allen Dingen auf einer Metaebene auch diskutieren. Das waren ja auch Fragen von Ihnen. Ich würde mich auch sehr freuen, wenn wir wieder auf der Bundesebene das Thema diskutieren. Und da kann nur die Frage „Widerspruchslösung ja oder nein“ eine gute Basis sein, über das Ding nachzudenken. Ob das jetzt die beste Lösung ist, das weiß ich gar nicht. Da kann ich mich jetzt nur als Privatperson äußern, und ich bin hier als Vertreter der KGNW. Aber wir als KGNW begrüßen sehr die Diskussion. Die muss geführt werden, und die ist auch nie richtig abgeschlossen, weil wir immer nachrückende Menschen haben in unserer Gesellschaft. Das heißt, wir müssen früh anfangen, wir müssen kontinuierlich diskutieren, wir müssen ergebnisoffen diskutieren. Wir haben ja aus den ersten beiden Wortmeldungen schon gehört, dass auch sehr klare Positionen existieren. Und da ist es eben sehr notwendig, dass wir respektvoll mit diesen klaren Positionen umgehen.

Das ist so ein bisschen das, was wir in unserer Stellungnahme mit den letzten Punkten versucht haben klarzumachen. Und das haben wir sehr zurückhaltend und vorsichtig klargemacht, weil in uns ja eben die notwendige Kompetenz nicht ist. Wenn wir jetzt den Fachausschuss, die Kommission für Ethik oder christliche oder wie auch immer geartete Kompetenzen hätten, dann könnten wir uns hier deutlich konkreter dazu äußern. Das zur allgemeinen Frage.

Jetzt würde ich kurz zu den konkreteren Fragen Stellung nehmen. Wir haben in unserer Stellungnahme auch den Finanzierungsaspekt genannt. Natürlich ist die Diskussion über Finanzierung ein bisschen schwierig, wenn wir über so ein vulnerables Thema wie Organspende sprechen. Nichtsdestotrotz kann man relativ einfach anhand des beabsichtigten Schlüssels in der AG-TPG und der in den Feststellungsbescheiden ausgewiesenen Intensivbetten feststellen, dass das, was wir momentan auf der Bundesebene als Finanzierung haben, nämlich die 18 Millionen €, nicht ausreichend ist, um 70 VK hochqualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Krankenhäusern zu bezahlen.

Herr Körfer hat gesagt, die Leute müssen qualifiziert sein. Ja, da sind wir ganz Ihrer Meinung. Wer ist qualifiziert? Das sagt das AG-TPG: Wir reden hier von einem Facharztstatus. Wir reden hier von Erfahrung in der Intensivmedizin. Solche Leute haben wir in unseren Krankenhäusern. In der Regel sind sie im Facharztstatus oder sie sind hochoberfahren im Oberarztstatus oder sie sind hochoberfahrene Fachärzte, und die kosten Geld. Und wenn wir das Ganze ernst nehmen wollen, wenn wir sagen, wir haben jetzt hier eine Konkretisierung der Freistellungsregelung, dann sollten wir auch überlegen und auch klar benennen, welche Kosten damit verbunden sind, damit wir – und das ist eben bei solchen Themen auch wichtig – die entscheidenden oder die notwendigen Strukturvoraussetzungen schaffen.

Vermutlich ist das, was wir bis jetzt von diesen 18 Millionen € bekommen haben, schon lange nicht ausreichend für die Finanzierung der Transplantationsbeauftragten. Das war die Frage der CDU. Jetzt haben wir natürlich einen ganz klaren Schlüssel. Wir haben im alten AG-TPG eben eine angemessene Freistellung, eine ausreichende Freistellung. Darüber kann man natürlich diskutieren, was das ist. Jetzt diskutieren wir nicht mehr darüber. Wir haben einen Schlüssel, wir haben Feststellungsbescheide und wir haben durchschnittliche Bruttopersonalkosten. Das heißt, jetzt können wir es beziffern. Die Zahlen, die wir in unserer Stellungnahme genannt haben, sind die Zahlen, die aus der Novellierung entstehen würden.

Wie können wir das gegenfinanzieren? Wir haben auf der Bundesebene allergrößte Mühen gehabt, diese TxB-Finanzierung überhaupt zu implementieren. Wir haben als DKG – und wir sind als KGNW Teil der DKG, der Deutschen Krankenhausgesellschaft – mit dem GKV-Spitzenverband hart ringen müssen, um überhaupt diese Gelder zu generieren. Bedauerlicherweise muss man sagen, dass man zumindest in informellen Gesprächen auf der Bundesebene immer wieder heraushört: Ihr habt jetzt weniger Organspenden, also habt ihr weniger zu tun, also braucht ihr weniger Geld. – Genau das Gegenteil ist der Fall! Wenn wir wenige Organspenden in Deutschland haben, dann wäre ich sehr dafür, dass alle Beteiligten und auch die DSO unbedingt zumindest genauso viel, am besten noch mehr Mittel bekommen, weil man sieht, da gibt es einen ganz großen Bedarf an Arbeit. Wir haben Kompetenzen in Deutschland, die diese Arbeit übernehmen, sei es die DSO, seien es unsere Transplantationsbeauftragten in Krankenhäusern. Gerade jetzt muss etwas passieren, und gerade jetzt müssen wir eine auskömmliche Finanzierung haben.

Zwei Wege: Der eine Weg ist, das Land NRW unterstützt sehr deutlich, gegebenenfalls mit einer Bundesratsinitiative – die politischen Prozesse müsste man sich genauer angucken –, dass auf der Bundesebene eine vernünftige Finanzierung der TxB generiert wird, weil das, was wir hier in Nordrhein-Westfalen machen, nämlich eine sehr konkrete Feststellungsregelung, haben wir bereits in Bayern. Und ich bin sehr sicher, dass die anderen Bundesländer dem Vorbild Bayern und Nordrhein-Westfalen folgen werden. Das heißt, wir werden relativ zügig eine ähnliche Freistellungsregelung in allen anderen Bundesländern haben. Und auch da stellt sich die Frage der Finanzierung, und auch da bin ich sehr sicher, dass wir zum jetzigen Zeitpunkt eine Unterfinanzierung haben.

Wenn wir das auf der Bundesebene nicht gemeinsam schaffen, dass da Überzeugung generiert wird, dass vernünftige Arbeit auch Geld kostet, dann muss man überlegen, wie das Land NRW an dieser Stelle eben über eine unterstützende Finanzierung genau diese Strukturen bereitstellt, die wir alle gemeinsam als sehr wichtig ansehen. Das Nachweisverfahren halte ich für hochtrivial. Wie gesagt, ich habe die drei Eckpunkte genannt, die wir dafür brauchen, eben Anzahl der Intensivbetten, die entsprechende VK-Regelung und die Durchschnittskosten, die damit verbunden sind.

Ich schaue auf meinen schlauen Zettel. Ich glaube, dass ich erst einmal alle Fragen beantwortet haben.

Dr. Klaus-Peter Mellwig (Herz- und Diabeteszentrum NRW): Vielen Dank für die Einladung. Seitdem es die Funktion des Transplantationsbeauftragten gibt, nehme ich diese Position im Herz- und Diabeteszentrum ein. Das geht jetzt weit über zehn Jahre. Ich habe auch vor Kurzem noch – zeitlich begrenzt – eine Station betreut mit Patienten, die ein Unterstützungssystem implantiert bekommen haben, die auf der Station aufgenommen werden mussten, aufgrund von Komplikationen als hochdringlich eingestuft werden. Das sind Patienten, die quasi bis zur Transplantation auf dieser Station verbleiben müssen. Auf diese Art und Weise werde ich also mit beiden Problemen konfrontiert. Unter diesem Aspekt ist letztendlich auch mein Statement zu sehen.

Frau Lück hat die Frage nach der Hirntoddiagnostik gestellt. Diese ist im letzten Gesetzentwurf deutlich geändert worden. Die Auflagen sind noch mal enorm gesteigert worden. Das heißt, für die Feststellung des Hirntods ist ein Facharzt für Neurologie zuständig und zwingend erforderlich bei der Durchführung der Diagnostik als auch ein weiterer Facharzt, der aus dem Krankenhaus stammt. Dieses ist, um das zu realisieren, mit einem sehr hohen organisatorischen Aufwand verbunden. Man kann ja nicht davon ausgehen, dass jedes Krankenhaus über einen ständig vor Ort seienden neurologischen Konsiliarius verfügt. Dies geht nur mit Unterstützung der DSO, um das letztendlich zu realisieren. Und sicher sind das Vorbehalte, keine Frage, aber ich denke, mit der aktuell durchgeführten Diagnostik kann man dieses Problem sehr gut angehen.

Gerade in diesem Aspekt ist es zu sehen, dass hier das Thema „Organspende“ wesentlich intensiver in der Bevölkerung thematisiert werden muss. Mein Kritikpunkt liegt bei der Bundeszentrale für Gesundheitsaufklärung. Es gibt einige Kampagnen, aber ich denke, dass diese Thematik wesentlich intensiver in der Breite thematisiert werden muss. Wenn Sie sich vorstellen, dass jeden Abend vor jeder „Tagesschau“ ein entsprechender Spot kommen würde, dann hätte das eine andere Konsequenz, als wenn eine Plakataktion gestartet wird, von der ich in Nordrhein-Westfalen relativ wenig gesehen habe.

Frau Lück, die zweite Frage war die Widerspruchslösung. Wenn es uns darum geht, wirklich effizient auf diesem Sektor aktiv zu werden und letztendlich die Zahl der Organe, die zur Verfügung gestellt werden, zu erhöhen, dann muss man sich letztendlich einfach nur die Zahlen angucken, die in Österreich erzielt werden und die in Deutschland erzielt werden. Ich begrüße sicher diesen Gesetzentwurf – gar keine Frage –, aber ich wage zu bezweifeln, dass wir auf den Stand von Österreich kommen. Da liegt die Zahl pro eine Million Einwohner bei über 80. Die Zahl in Nordrhein-Westfalen will

ich gar nicht aussprechen. Die höchsten sind in Saarbrücken. Nach den aktuellen Informationen von gestern beträgt die Zahl 16,1 pro eine Million Einwohner.

Aktuell sehe ich die Widerspruchslösung sicher nicht als die beste Lösung an, aber aus meiner Sicht gibt es keine bessere. Darüber müssen wir uns im Klaren sein, immer unter dem Aspekt, dass wir die Anzahl der Organe entsprechend steigern wollen.

Was ich sicher in der Form nicht akzeptiere – das ist auch das, was in den letzten Tagen in den Medien präsentiert worden ist –, ist, dass letztendlich – so kann man es ja interpretieren – die verminderte Zahl an Organen auf Organisationsverschulden der Krankenhäuser zurückzuführen ist. Ich weiß nicht, ob Sie so eine Situation schon miterlebt haben, wenn so etwas in einem Krankenhaus abläuft, insbesondere in einem Krankenhaus, das nicht tagtäglich mit der Problematik der Organspende konfrontiert wird. Insofern muss man einfach davon ausgehen, bedingt durch die große Unterstützung der DSO sind die Strukturen an sich schon sehr gut vorgegeben. Das, was jetzt noch dazu kommt, dieser administrative Aufwand, sehe ich nicht unbedingt als ein Positivum an, um letztendlich die Strukturen zu verbessern.

Ich will Ihnen ein Beispiel nennen und letztendlich auch damit dokumentieren, wie problematisch es ist. Im letzten Jahr haben wir mehrere Organe von potenziellen Organspendern dadurch verloren, weil die Angehörigen quasi das erste Mal mit der Problematik Organspende konfrontiert worden sind und die letztendliche Entscheidung bis auf 72 Stunden hinausgezögert wurde und nach diesem Zeitfenster letztendlich eine Organentnahme nicht mehr realisiert werden konnte, weil die weiteren Organe zu stark geschädigt worden sind.

Will sagen: Diese Problematik kann man nicht ausschließlich auf die Krankenhäuser fokussieren. Ich denke, hier sind alle Beteiligten, nicht nur die Mediziner und die Krankenhausmediziner, sondern auch die Politik, gefordert, dieses Thema wesentlich intensiver in der Breite zu diskutieren. Es wird uns nicht erspart bleiben, dass wir letztendlich unpopuläre Maßnahmen treffen müssen, um die Organzahlen letztendlich zu verbessern.

Es ist noch einmal angesprochen worden, wie wir das Gesetz verbessern können. Wie gesagt, ich halte die Widerspruchslösung für relevant. Es müssen sicher auch, was die Patientenverfügung angeht, juristische Änderungen vorgenommen werden. Das ist aber schon andiskutiert worden, insbesondere wenn es darum geht, die intensivmedizinischen Maßnahmen, sprich die protektive Organtherapie, weiterzuführen. Ich denke aber, das ist eine juristische Angelegenheit, die lösbar ist, damit letztendlich alle Beteiligten, die nachher bei der Thematik „Organspende“ involviert sind, entsprechend agieren können.

Soweit meine Ausführungen.

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärztchammer Nordrheiu, Ärztekammer Westfalen-Lippe): Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier die Meinung der Ärztekammern Nordrheiu-Westfalens darzustellen.

Ich möchte zunächst einmal an Herrn Mellwig anschließen. Ich finde es sehr wichtig, dass man nicht allein die Krankenhäuser und Ärzte in das Organisationsverschulden hineinnimmt, sondern klar darstellt, dass es wirklich beide Aspekte gibt, einerseits –

und da arbeiten Sie und wir ja auch dran –, dass wir im Rahmen der Erkennung eben noch deutlich besser werden können, andererseits gilt es aber auch, der Bevölkerung wieder Ängste und Vorbehalte zu nehmen. Beide Aspekte, denke ich, müssen bearbeitet werden.

Ich komme jetzt zur Widerspruchslösung. Da hat es im Deutschen Ärztetag dieses Jahr in Erfurt eine EntschlieÙung gegeben, dass das Deutsche Ärzteparlament sich dafür ausgesprochen hat, eine Widerspruchslösung einzuführen. Ich denke, so wie Herr May das auch erläutert hat, das bedarf einfach noch im Rahmen des parlamentarischen Prozesses einer allgemeinen Diskussion. Ich würde auch empfehlen, dass man sich einfach mal anschaut, wie sich die Zahlen im europäischen Ausland, also dort, wo es diese Widerspruchslösung gibt, entwickelt haben und ob die über die Zeit auch stabil geblieben sind. Ich denke, das muss man sich auf jeden Fall einmal anschauen, ob es da nicht am Anfang einen Peak gibt und das Ganze auch wieder abflacht.

Es gab eine Frage hin zu Ängsten bezüglich der Hirntoddiagnostik. Da möchte ich wie mein Vorredner auch noch einmal darauf hinweisen, dass die Richtlinien ja deutlich überarbeitet worden sind. Im Grunde genommen hat sich die Hirntoddiagnostik nicht deutlich geändert, sondern im Prinzip haben sich die Kriterien, die man praktisch abchecken muss, bezüglich der Qualifikation der Ärzte etc. verschärft. Es hat dann anfangs Probleme gegeben, dass auch Ängste bei den Ärzten bestanden haben: Kann ich die jetzt weiter machen? Übernehme ich nicht zu hohe Verantwortung? Aber ich denke, das Ganze hat sich wirklich gut eingespielt. Man muss einfach noch mal klar sagen, dass im Grunde genommen jetzt die beste Möglichkeit, die wir haben, um den Hirntod zu belegen, in den Richtlinien niedergelegt ist. Da ist eben eine allgemeine Aufklärung der Bevölkerung noch mal wichtig, dass Ängste sicherlich nicht korrekt sind.

Dann möchte ich in dem Zusammenhang auch noch mal darauf hinweisen, dass, glaube ich, es nicht nur die Ängste vor der unzureichenden Hirntoddiagnostik sind, sondern dass auch immer noch die Skandale mitschwingen, weshalb die Bevölkerung Vorbehalte hat. Da sind ja wirklich ganz starke Maßnahmen erfolgt. Das Ministerium begleitet die Prüfkommisionen, die hier im Land sind. Da – das muss man sagen – hat sich ja doch einiges getan in den letzten Jahren. Und die Berichte sind ja deutlich besser geworden. Also, auch daran, finde ich, muss man arbeiten, dass Kontrollmechanismen eingeführt worden sind, begleitet halt durch Aufsichtsbehörden, dass es da auch viele Gespräche gibt. Ich glaube, dass es da auch eine vermehrte Sicherheit eben zu transportieren gibt an die Bevölkerung, um die Vorbehalte zu reduzieren.

Ich würde dann ganz gerne auf die Freistellung von Transplantationsbeauftragten eingehen. Ich glaube, das ist ganz zwingend notwendig. Sie alle hören, lesen überall, wissen das auch, dass es eine extreme Arbeitsverdichtung gibt. Und es funktioniert nicht anders. Auch wir bekommen immer mal wieder geschildert, auch von Transplantationsbeauftragten, dass da was übersehen worden ist. Es wachsen ja auch ständig neue nach in den Krankenhäusern. Es bedarf einer ständigen Schulung, Sensibilisierung. Der Transplantationsbeauftragte ist ja so eine Art Kümmerer im Krankenhaus. Es ist ganz wichtig, dass der eben auch die Möglichkeit hat, diese Aufgabe in den Krankenhäusern zu übernehmen und dann entsprechende Fälle eben auch frühzeitig genug zu erkennen und in die Diagnostik hineinzuführen.

Und da gibt es halt viele Möglichkeiten, zum Beispiel Schulungen. Es bedarf ferner einer ständigen Ansprache, denke ich, auf den Intensivstationen. Und dafür bedarf es Zeit. Wir haben darauf hingewiesen, dass in Bayern sozusagen die Bezahlung auch noch möglich ist. Und da ist es schön, glaube ich, wenn der einzelne Arzt, der die Aufgabe hat, sich es eben aussuchen kann. Aber ich glaube, Zeit ist hier das wirklich wichtige.

Dass die Berichtspflichten in dem Gesetz gestärkt sind, finde ich auch sehr gut, weil letztendlich die Geschäftsführung steuert einfach Ressourcen im Krankenhaus. Das muss – das haben Sie, Herr May, ja auch schon gesagt – Chefsache sein. Insofern ergibt sich aus der Berichtspflicht einfach, dass das auch transparent wird, Probleme diskutiert werden. Das ist, denke ich, sehr sinnvoll, und das würden wir auch gerne unterstützen.

Ich hatte eben bezüglich der Patientenverfügung eine Sache vergessen zu erwähnen. Da gab es die Frage: Widerspricht sich nicht häufig die Patientenverfügung mit der Möglichkeit, dass man Organspender wird, weil man dann ja automatisch in diese intensivmedizinische Betreuung hineinkommt? Das gibt es in sehr vielen Vorlagen schon, dass dieser Passus darin enthalten ist mit dem Hinweis: Intensivmedizinische Maßnahmen, um sozusagen noch als Organspender zur Verfügung zu stehen, genehmige ich. – Das ist jetzt nicht der korrekte juristische Wortlaut, aber den Passus gibt es schon in verschiedenen Patientenverfügungen. Das muss vielleicht noch weitere Verbreitung finden.

Ich glaube, damit wäre ich mit den Fragen hier durch. Danke für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Dr. Ulrike Wirges (Deutsche Stiftung Organtransplantation): Das ohnehin schon seit 2007/2008 bestehende gute Gesetz in NRW wird aus unserer Sicht durch die Verbesserungen, insbesondere was die Datenerhebung anbelangt, weiterhin verbessert. Die Datenerhebung ermöglicht eine klare Aussage zu den Vorgängen. Und wir können analysieren und wissen, wo möglicherweise das eine oder andere nicht in Ordnung ist.

Wir haben zusammen mit der KGNW dieses Projekt in 2007 initiiert. Wir können inzwischen sagen, dass 94 % aller Krankenhäuser in NRW die Datenerhebung zusammen mit dem Transplantationsbeauftragten, ihrem persönlichen Koordinator und diesem Software-Tool vornehmen. Das hat uns ermöglicht, über 14.064 Einzelfallanalysen durchzuführen. Es ist also ein leichtgängiges Modulinstrument, sodass die zeitliche Belastung auch für die Transplantationsbeauftragten sehr in Grenzen gehalten wird. Es geht sehr zügig inzwischen. Übung macht den Meister. Wir haben Erkenntnisse daraus ziehen können, die wir auch in der Fachbeiratssitzung im März schon zur Kunde gegeben haben. Wir haben aus diesen 14.000 Fällen konkret 911 Fälle identifiziert, die tatsächlich einer Hirntoddiagnostik zugeführt hätten werden können, aber es ist eine retrospektive Analyse. Insofern ist es nicht geschehen. 430 Fälle sind ausgeschieden, weil es eine medizinische Therapielimitierung gab. Es sind ungefähr 330 Fälle ausgeschieden, wo eine Patientenverfügung vorlag, die wiederum nicht klar und präzise, wie es auch Professor Schwalen gesagt hat, den Arzt in eine Entscheidungsmöglichkeit gesetzt hat. Es war ein wenig schwierig, das herauszufinden. Und es gab auch einen kleineren Bestandteil, wo es nicht zur Meldung eines möglichen Organ-

spendefalles gekommen ist, wo wir die Gründe im Einzelfall ganz unterschiedlich ansiedeln müssen, auch zum Beispiel bei der Tatsache, dass nicht daran gedacht wurde. Das also zur Erklärung des Software-Tools. Die Erfahrungen damit sind positiv.

Zur Frage von Frau Schneider, wie wir den TxB sehen. Wir sehen den TxB in der Tat als Schlüsselposition in den Krankenhäusern. Seine Position muss gestärkt werden. Die Unterstützung der DSO ist gewährleistet in allen Belangen. Er muss sich einfach nur melden, und wir unterstützen sowohl menschlich, zwischenmenschlich als auch technisch.

Die Berichtspflichten begrüßen wir sehr. Es ist häufiger der Fall, dass dieses kleine Thema für ein Krankenhaus bei den Geschäftsführungen nicht präsent ist. Insofern begrüßen wir es sehr, dass der TxB zunächst mal auch innerhalb seines Krankenhauses für den Durchdringungsgrad sorgt, bei der Geschäftsführung, aber auch im weitergehenden bei den Kolleginnen und Kollegen und Mitarbeitern, und vor allen Dingen, dass die Pflege wirklich stark mit einbezogen wird, dieses Thema zu leben. Es wird vielleicht zu stark verwaltet, aber nicht richtig gelebt.

Zum Thema „Widerspruchslösung“: Auch wir beobachten natürlich, dass die uns umgebenden Länder vorwiegend eine Widerspruchslösung haben, und die Zahlen scheinen dort besser zu sein. Es könnte aber auch nur ein kleineres Mosaiksteinchen oder ein Baustein sein, das das Gesamtkonzept sozusagen mit fördert. Dazu kann ich mich eigentlich nicht äußern, ob es wirklich nur und ausschließlich an der Widerspruchslösung lag.

Was wir festhalten müssen, ist, dass der Rückgang der Organspende zumindest mal statistisch gesehen an zwei Ereignisse der letzten acht Jahre gekoppelt ist. Das eine war der Transplantationsskandal in 2012, und das andere war die Änderung der Richtlinie der Hirntoddiagnostik in 2015, die jetzt zur Vertrauensbildung zwangsläufig auch einen Facharzt für Neurologie und Neurochirurgie fordert.

Ich kann nur darüber berichten, dass dieses ein Fragezeichen ausgelöst hat eben genau im Vergleich zum auch von Professor Körfer erwähnten Vorgehen davor. 80 % aller Intensivstationen in Nordrhein-Westfalen stehen unter anästhesiologischer Leitung. Bis zur Änderung dieser Richtlinie wurden eben auch fachärztliche Kollegen aus der Anästhesie, insbesondere Intensivmedizin, mit dieser Feststellung des Hirntodes betraut. Es war ein fester Bestandteil in der Regelmäßigkeit und in der Führung einer Intensivstation. Nunmehr – das muss ich sagen – hat das Ministerium schon wirklich wirksame und gute Gegenmaßnahmen im Gemeinschaftsprojekt mit Ärztekammern und KGNW geschaffen, dass wir an der Sicherstellung dieser Diagnostik arbeiten, weil der Neurologe auch jetzt in einer Klinik eben vorhanden sein muss oder die Untersuchung durchführen muss, um die Richtlinien zu erfüllen. Zuvor – nur noch einmal zum Vergleich – konnten dies auch zwei Fachärzte für Anästhesiologie zum Beispiel oder Intensivmedizin oder auch Innere Medizin durchführen, und jetzt muss diese Richtlinie sichergestellt werden. Das haben wir in einem Gemeinschaftsprojekt inzwischen auf den Weg gebracht.

Aus meiner Sicht wäre es das.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank.

Die Frage geht an die Kolleginnen und Kollegen des Ausschusses: Gibt es weitere Fragen an unsere Sachverständigen? – Frau Schneider.

Susanne Schneider (FDP): Vielen Dank erst einmal für Ihre Erläuterungen. Ich habe noch einmal zwei Nachfragen, die mir entweder nicht richtig beantwortet wurden oder die ich vielleicht auch überhört habe. Sie sehen ja, wenn Sie sich hier mal die Plätze von regierungstragenden Fraktionen angucken, dass das Thema auf großes Interesse stößt. Also, so viele Teilnehmer an einer Anhörung haben wir nicht immer, wenn ich das mal so sagen darf.

Ich hatte vorhin noch das Thema „Parteitag der FDP“ angesprochen, wo es um diese verbindlichere Enthaltungslösung geht, also sprich: Die Menschen sollen wirklich aufgefordert werden, sich dazu zu äußern, zum Beispiel wenn ein Ausweis ausgegeben wird usw. Das hatte ich Frau Dr. Wirges und Herrn Dr. Mellwig gefragt.

Dr. Ulrike Wirges (Deutsche Stiftung Organtransplantation): Ich würde gerne dazu sagen, dass die flächendeckende Information durch die BZgA sagt, dass die Einstellung der Bevölkerung hierzu positiv ist, 80 %. Dennoch entbindet es nicht von den sehr intensiven und unbedingt notwendigen und mit viel Zeit aufzubringenden Gesprächen im Einzelfall. Der Einzelfall ist immer der Einzelfall. Und sich diese Zeit für den Transplantationsbeauftragten zu nehmen, nehmen zu können, da halte ich es für wichtig, dass auch hier das Gesetz jetzt Änderungen vorsieht und dem Freiraum gibt. Ich würde mir allerdings auch wünschen zur Gleichgewichtung der Intension bei diesem Gespräch, dass vielleicht auch die Mitarbeiter der Koordinierungsstelle stärker in die Gesprächsführung – das Gesetz sagt, es kann so sein – eingebunden werden, um auch in dieser sehr empfindsamen und schwierigen emotionalen Situation sachkundige Auskünfte geben zu können.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Wir machen jetzt aber doch erst die neue zweite Fragerunde zu Ende und kommen dann zur weiteren Beantwortung.

Kollegin Lück, bitte.

Angela Lück (SPD): Aus Ihren Erläuterungen stellen sich mir jetzt noch ein paar Fragen.

Frau Dr. Schwalen, Sie haben schon Bezug genommen auf die Patientenverfügungen, die doch auch ein Organspendevermögen einschränken können, sage ich mal so. Wenn man eine Patientenverfügung hat und trotzdem Organspender sein möchte, muss man das regeln. Das heißt, wir müssten Aufklärung darüber betreiben, dass man nicht automatisch beides sein kann, also eine Patientenverfügung haben und trotzdem Organspender sein kann, dass sich das auch behindert. Das ist ja gegebenenfalls in manchen Köpfen drin, dass eine Patientenverfügung keine lebenserweiternden Maßnahmen hat und es dann eben schwierig wird, Organe auch noch zu transplantieren.

Herr Dr. Mellwig, Sie sagten, obwohl man einen Organspendeausweis hat, wird es durch die Angehörigen verhindert oder behindert, dass man auch Organe spendet. Ist das in den Krankenhäusern Usus, zu sagen, wir nehmen den Willen des Patienten als

Organspender oder wir nehmen den Willen der Angehörigen, doch im entscheidenden Fall dann noch mal neu zu entscheiden?

Und an Herrn Bornes habe ich noch eine Frage. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass die Angehörigen ohne Organspendeausweis oft unter Druck gesetzt werden, damit sie ihre Bereitschaft zur Organspende geben würden im gegebenen Fall. Haben Sie da Erfahrungen? Sind da Angehörige auf Sie zugekommen? Da würde mich interessieren, was Sie zu dieser Aussage gebracht hat.

Und zum Schluss möchte ich mich dem Namen der SPD-Fraktion dafür bedanken, dass Sie Ihre Stellungnahmen eingebracht und uns hier heute Frage und Antwort gestanden haben. Vielen Dank dafür.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Es kamen ja auch verschiedene ganz konkrete Vorschläge. Vielleicht habe ich einen nicht ganz verstanden, ob der beantwortet worden ist.

Professor Dr. Körfer hatte davon gesprochen, dass es eine Anzahl zwar entnommener, aber nicht implantierter oder transplantierter Organe geben soll. Kann jemand dazu noch Auskunft geben? Das würde mich interessieren. Sonst müsste man dem noch einmal nachgehen.

Frau Dr. Wirges, Sie hatten von 330 Fällen aufgrund unklarer Formulierung in der Patientenverfügung gesprochen. Das ist ja schon eine Hausnummer, finde ich. Da würde es sich schon lohnen – das, was sich durch alle Stellungnahmen zieht –, eine gesundheitliche Aufklärung voranzustellen, wie auch immer. Die Widerspruchslösung können wir im Landtag sowieso nicht herstellen. Das ist ja bundesgesetzliche Angelegenheit. Aber unsere Aufgabe muss es ja offensichtlich dann sein, mehr zur Aufklärung beizutragen und da ganz konkrete Programme zu formulieren, wie das funktionieren kann. Vielleicht können Frau Professor Schwalen und Herr Dr. Mellwig noch mal was dazu sagen, wie das konkret ablaufen könnte.

Das sind die beiden Nachfragen, die ich habe.

Vorsitzende Heike Gebhard: Danke schön. – Ich sehe keine weiteren Fragen mehr. Es ist bis auf Herrn Dr. May an alle Experten noch mal eine Frage gegangen. Herr Bornes kann als erster beginnen.

Gregor Bornes (Koordinierung und Vernetzung der Patientenbeteiligung in NRW): Ich möchte gerne die Gelegenheit nutzen, einen anderen Gedanken noch mit zu bewegen, den ich immer vermisste, wenn wir über Transplantationen reden. Der Bedarf an Organen wird eigentlich nie hinterfragt. Ich finde, dass man immer, wenn man darüber spricht, eigentlich auch darüber sprechen muss, wie man Maßnahmen einleiten kann – und die sind genauso langfristig wie die Prozesse, die wir jetzt ansonsten hier diskutieren –, dass wir vermeiden, dass Organversagen überhaupt entsteht. Dazu braucht man ganz andere Prozesse als das, was derzeit im Krankenhaus abläuft. Das vielleicht noch einmal vorneweg geschickt.

Zu Ihrer konkreten Frage: Ich will nicht behaupten, dass aktiv und bewusst Druck ausgeübt wird auf Angehörige. Aber in der Situation, wo Sie einen Angehörigen im Krankenhaus haben, um dessen Leben man dann ja emotional oder auch wie auch immer kämpft, darauf angesprochen zu werden, ob der Angehörige womöglich seine Organe spenden würde, das führt zu Druck. Sie müssen ja hier nicht abfragen, welche Meinung die Angehörigen haben zum Thema „Organspende“, sondern es wird abgefragt, ob der mutmaßliche Wille desjenigen, der die Organe spenden würde, besteht, dass er dazu „Ja“ sagen würde. Insofern werden die Angehörigen in einer sehr ernstesten Situation, wo sie in Sorge sind um den Angehörigen, in eine Auseinandersetzung gestürzt, die darum geht, ob sie wissen, dass der Angehörige seine Organe spenden würde. Das ist, glaube ich, in der Situation, wo ganz andere Fragen im Vordergrund stehen, ganz oft eine Überforderung, die dann dazu führt, dass das als Druck empfunden wird. Insofern will ich gar nicht behaupten, dass das aus der Situation absichtlich erfolgt, sondern wenn man selbst in so einer Situation ist, dann empfindet man das als Druck.

Prof. Dr. Dr. Reiner Körfer: Ich glaube, bei der jetzigen Situation unter den gegebenen Umständen, die wir heute haben, ist für meine Begriffe die Stellung des Transplantationsbeauftragten für die Organspende ganz entscheidend. Wir müssen meiner Meinung nach bei dieser Sachlage die Stellung entsprechend stärken. Gerade im ganzen Transplantationsbereich brauchen Sie Leute, die sich komplett mit dieser Transplantation identifizieren. Davon muss man überzeugt sein. Die ganzen Vorgespräche laufen ja alle in nicht so ganz normalen Arbeitszeiten. Das passiert dann abends oder nachts. Wenn Sie eine Klinik haben, wo viele Organspender unter Umständen rekrutiert werden, dann ist das auch eine entsprechende Aufgabe.

Es ist natürlich auch sehr schwierig: Die Leute, die im normalen Programm sind, sind dann auch noch zwischendurch oder nebenbei Transplantationsbeauftragte. Die komplette Freistellung ist ein ganz schwieriges Feld in meinen Augen. Wenn man die Transplantation ernst nimmt, wenn man die Rekrutierung von Organen ernst nimmt, dann muss das sicherlich auch honoriert werden. Das ist gar keine Frage.

Wir reden heute immer nur noch über Geld, aber ich denke, Geld ist sicherlich nicht das Entscheidende. Das Entscheidende ist, dass Sie Leute haben, die sich komplett mit dieser Aufgabe identifizieren. Mein Nachbar hat natürlich völlig recht: Heute wird über Organspende diskutiert in der schlechtesten Situation, die es überhaupt gibt. Das ist einfach eine fatale Geschichte. Deswegen muss das im Vorfeld geklärt sein, ob der Angehörige oder er selbst ein potenzieller Organspender ist oder nicht. Das kann man meiner Ansicht nach auch entsprechend regeln.

Dass die Leute unter Druck gesetzt werden, das ist ja auch eine reine emotionale Geschichte. Da ist das Leid der Angehörigen schon groß genug und dann kommt noch einer mit Organspende. Das ist schon eine etwas schlechtere Diskussion.

Wie viele Organe man braucht, das kann man sich natürlich ganz einfach bei der DSO angucken, wie viele Patienten auf der Warteliste sind. Und das ist meiner Ansicht nach nicht die gesamte Liste. Es gibt viel mehr Bedürftige als Organe. Wenn wir die alle aufzählen würden, dann wären es viel mehr. Mein ältester Patient, der ein Herz trans-

plantiert bekommen hat, war 78 Jahre alt. Fragen Sie mal heute nach, ob ein 78-Jähriger überhaupt auf die Liste käme. Bei der Situation, mit der Wartezeit einen 78-Jährigen auf die Warteliste zu setzen, ist eigentlich, sage ich jetzt mal, verrückt. Aber Sie können auch einen 70-jährigen Organspender haben, auch beim Herzen. Es sind ja nicht alle 70-Jährigen komplett herzkrank. Die könnte man potenziell auch als Organspender betrachten. Glauben Sie nicht, dass man heutzutage daran denkt, einen 70-Jährigen für eine Organspende vorzusehen oder überhaupt in Erwägung zu ziehen. Das sind alles so Dinge, die man an bestimmten Dingen oder an bestimmten Eckpfeilern verbessern kann.

Wie gesagt, diese Transplantationsbeauftragten gehören wirklich besser gestellt. Und es muss – ich will das mal etwas großspurig sagen – für die sicherlich was ganz Besonderes sein, mit diesem Kontext Transplantationen vertraut zu sein bzw. damit arbeiten zu können. Das gilt für viel Dinge auch, aber für Transplantationen ganz besonders.

Dr. Klaus-Peter Mellwig (Herz- und Diabeteszentrum NRW): Wenn ich das richtig verstehe, die FDP möchte jetzt quasi einen Organspendeausweis kreieren, wo die betreffende Person sich ganz klar zur Organspende äußert.

Susanne Schneider (FDP): Ich bin ja selber überzeugte Besitzerin eines Organspendeausweises. Da ist es ja schon möglich. Da steht explizit drauf: ja, nein, das nicht oder gar nicht. Wir hatten überlegt, ob es nicht Sinn macht, wenn zum Beispiel jetzt jemand einen neuen Personalausweis bekommt, dass er dann an so einer Stelle aufgefordert wird, sich zu äußern.

Dr. Klaus-Peter Mellwig (Herz- und Diabeteszentrum NRW): Das ist sicher eine konstruktive Maßnahme. Was letztendlich effizienter ist, das ist die Frage. Es ändert aber nichts an der Tatsache, es muss eine Entscheidung getroffen werden. Ob eine Abfrage bei der Beantragung eines Personalausweises oder der Verlängerung des Personalausweises letztendlich zu mehr Organen führt, ich weiß es nicht. Das kann ich letztendlich nicht beurteilen. Aber es muss in dieser Hinsicht irgendetwas erfolgen, sei es nun Widerspruchslösung oder dass auf diese Art und Weise ein ganz klares Statement oder eine ganz klare Vorgehensweise festgelegt wird. Das muss letztendlich kreiert werden. Da sehe ich letztendlich die Widerspruchslösung momentan noch, zumindest wie wir das aufgrund der Zahlen beurteilen können, am günstigsten, um es vorsichtig zu formulieren.

Frau Lück, Sie haben mich gefragt, wie ist das mit den Angehörigen, wenn ein Organspendeausweis vorliegt, wo die betreffende Person sich dazu geäußert hat, eine Organspende letztendlich durchführen zu lassen. Für uns hat der Patientenwille absoluten Vorrang. Und so sind wir in aller Regel auch vorgegangen. Ich selbst habe es noch nicht erlebt, dass dann Angehörige sich dagegen ausgesprochen haben. Ich glaube, dass es juristisch korrekt ist, wenn man in dieser Art und Weise vorgeht.

Herr Mostofizadeh, Sie hatten mich auch noch mal direkt angesprochen bezüglich der Aufklärung der Patienten. Ich denke, hier ist ein ganz großer Nachholbedarf. Hier, denke ich, müssen wesentlich mehr Initiativen gestartet werden, um letztendlich dieses

Thema permanent zu aktualisieren. Es macht nicht nur Sinn, sagen wir mal, den Transplantationsbeauftragten letztendlich zu verdonnern, dass er alle zwei Jahre einen Fortbildungskurs machen muss. Wir wissen das aus eigenen Erfahrungen an Studien, die wir im Herzzentrum gemacht haben, wenn es um Aufklärung von Patienten geht, da ist nach einem Jahr von dem, was Sie denen vermittelt haben, so gut wie gar nichts mehr präsent. Das heißt also, das Thema „Organspende“ müsste im Prinzip permanent auf dem Tableau sein, um letztendlich diese Probleme, die wir im Krankenhaus insbesondere in der akuten Situation sehen, eben nicht mehr zu haben.

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärzttekammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe): Ich sollte noch einmal was zur Patientenverfügung sagen. Ich glaube, da ist etwas missverstanden worden. Vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz gibt es schon eine gute Anleitung, wie Patientenverfügungen erstellt werden können. Darunter gibt es auch einen Unterpunkt Organspende. Und da werden dann Empfehlungen ausgesprochen, wie ich das formulieren kann, dass ich grundsätzlich keine lebensverlängernden Maßnahmen haben möchte, wohl aber wenn ich sagen kann, ich möchte Organspender sein. Und wenn es dann notwendig ist, willige ich in die Maßnahmen ein, die ärztlich notwendig sind, um sozusagen in die Organspende geführt zu werden. Da gibt es sehr gute Formulierungsvorschläge. In vielen Patientenverfügungen sind die sozusagen auch schon aufgenommen worden. Aber da bedarf es sicherlich noch mehr Aufklärung darüber, dass diese Formulierung tatsächlich vielleicht in älteren Verfügungen ergänzt wird, oder dass die Bevölkerung überhaupt dafür sensibilisiert wird.

Ich würde ganz gerne auch noch einmal etwas zu Herrn Bornes sagen bezüglich des Drucks im Aufklärungsgespräch. Die Beschreibung, dass es eine sehr schwierige Situation für die Angehörigen ist, in denen man diese Gespräche führt, ist ja vollkommen korrekt. Deshalb ist es wirklich wesentlich, dass die Menschen vorher auch schon darüber gehört haben, also dass man nicht bei null anfängt, sondern dass es eine Auseinandersetzung damit vorher gibt. Und dann ist man wieder bei mehr Aufklärung für die Bevölkerung.

Ich bin mir nicht ganz sicher, ob sozusagen die Erinnerung, wenn ich den Personalausweis verlängere, gut ist. Wir wollen ja eine Aufklärung. Normalerweise, wenn ich ein Einverständnis in medizinische Maßnahmen gebe, muss ich immer ein informiertes Einverständnis geben. Und das kann natürlich eine Sachbearbeiterin in einem Bürgerbüro nicht wirklich leisten. Insofern, denke ich, ist sozusagen eigentlich immer vorzusehen, dass die Möglichkeit einer Auseinandersetzung mit qualifiziertem Personal – das können unterschiedliche Menschen sein – notwendig ist. Und das kann für meine Begriffe nicht sozusagen en passant eingefordert werden.

Dr. Ulrike Wirges (Deutsche Stiftung Organtransplantation): Mir liegt abschließend wirklich sehr am Herzen, dass wir uns auch der Frage der Therapielimitierung noch einmal zuwenden, also der Diskussion am Ende eines Lebens, was wir da tun. Das ist ein Thema, das beherrscht im Moment ganz viele Intensivstationen. Wie gehen wir damit um? Eine Therapielimitierung ist bestimmt eine sinnvolle Sache. Ich würde mir

aber wünschen, dass an der Stelle, wenn medizinisch entschieden wird, hier macht die Behandlung der Grunderkrankung keinen Sinn mehr, der TxB, also der Transplantationsbeauftragte, einbezogen wird und sozusagen Flagge zeigt und sagt: Wenn wir dieses Leben nicht retten können, wäre denn die Organspende noch eine letzte Option? – Das vermisse ich ein wenig. Das haben auch Datenerhebungen gezeigt, nämlich dass in 88 % dieser Fälle der Transplantationsbeauftragte nicht einbezogen war, also Fälle bei der Therapielimitierung. Das hat wer auch immer entschieden, aber auf jeden Fall ohne TxB. Ich nehme an, das sind die behandelnden Ärzte mit den Angehörigen gewesen. Das Thema ist durch den Transplantationsbeauftragten dort nicht angesprochen worden. Insofern entkräftet das momentan auch ein wenig den Verdacht, da würde Druck ausgeübt. Wenn er gar nicht da ist, war noch nicht einmal jemand da, der überhaupt hätte Druck ausüben können.

Vorsitzende Heike Gebhard: Ich sehe keine weiteren Fragen mehr.

Daher erlaube ich mir noch eine Rückfrage an Frau Professor Schwalen. Es geht darum, dass Sie, glaube ich, einig sind, dass sich alle frühzeitig damit auseinandersetzen sollten. Es hat die Kampagne gegeben, dass alle Hausärzte gebeten worden sind, sozusagen bei ihren Patientinnen und Patienten, also da, wo ein Vertrauensverhältnis bereits besteht, nachzufragen und mit denen ins Gespräch zu kommen, um sich zu entscheiden. Das wäre ja dann die qualifizierte Begleitung. Können Sie aus Ihrer Sicht sagen, wie erfolgreich diese Kampagne gewesen ist?

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärzttekammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe): Es tut mir leid, dazu kann ich Ihnen keine Zahlen nennen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Schade.

Gibt es von Ihrer Seite noch Rückfragen? – Das ist nicht der Fall.

Dann darf ich mich bei Ihnen als Sachverständige ganz herzlich für Rede und Antwort bedanken. Sie haben uns eine Menge zum Nachdenken mit auf den Weg gegeben. Die Dinge zum Protokoll habe ich bereits am Anfang gesagt.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Heimweg.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

Anlage

06.06.2018/14.06.2018

211

Stand:30.05.2018

Anhörung von Sachverständigen

Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**"Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG)
vom 9. November 1999 in der Fassung vom 13. Februar 2016"**

Antrag der Fraktionen der CDU und FDP, Drucksache 17/2121

am Mittwoch, dem 30. Mai 2018
10.00 bis 13.00 Uhr, Raum E 3 D01**Tableau**

eingeladene Sachverständige/ Institutionen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Koordination und Vernetzung der Patientenbeteiligung in NRW, Köln	Gregor Bornes	17/629
Professor Dr. med. Dr. h.c. Reiner Körfer, Duisburg	Prof. Dr. Dr. Reiner Körfer	17/611
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf	Dr. Peter-Johann May	17/605
Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen	Dr. Klaus-Peter Mellwig	17/609
Ärztchammer Nordrhein, Düsseldorf Ärztchammer Westfalen-Lippe, Münster	Prof. Dr. Susanne Schwalen	17/618
Deutsche Stiftung Organtransplantation, Frankfurt am Main	Dr. Ulrike Wirges	17/612

ABSAGEN VON EINGELADENEN SACHVERSTÄNDIGEN / INSTITUTIONEN	
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Dr. Heidrun M. Thaiss, Köln	---
Claudia Middendorf Die Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	17/624
Pflegerat NRW Ludger Risse, Werne	---
Selbsthilfe Organtransplantierter NRW Hans J. Schmolke, Velbert	17/614