

## **Antwort der Bundesregierung**

**auf die Große Anfrage der Abgeordneten Julia Klöckner, Thomas Rachel,  
Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU  
– Drucksache 15/2707 –**

### **Förderung der Organspende**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Organtransplantationen haben sich in Deutschland in den vergangenen 20 Jahren zu wichtigen Maßnahmen der medizinischen Behandlung entwickelt. Durch die Fortschritte im Bereich der Operationstechnik, der Immunsuppression und der Nachbehandlung ist es zu einer deutlichen Steigerung der Lebenserwartung und einer Verbesserung der Lebensqualität der Organempfänger nach Transplantationen gekommen. Am 25. Juni 1997 wurde das „Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen“ (Transplantationsgesetz – TPG) vom Deutschen Bundestag verabschiedet, und am 1. Dezember 1997 ist es in Kraft getreten.

Allerdings lässt sich feststellen, dass das Transplantationsgesetz zu keiner nennenswerten Steigerung der Organspenden geführt hat. Im Jahr 2003 haben bundesweit durchschnittlich 14 Personen pro eine Million Einwohner nach dem Tod ihre Organe zur Verfügung gestellt, während es in Belgien und Österreich, zwei Partnerländern der Stiftung Eurotransplant, hingegen 25 Organspender pro eine Million Einwohner sind. Zwar halten 82 Prozent der befragten Deutschen nach einer Forsa-Umfrage eine Organspende für sinnvoll, und 67 Prozent würden ihre Organe nach ihrem Tod spenden. Aber nur 12 Prozent der Deutschen verfügen über einen Organspendeausweis.

Innerhalb Deutschlands ist ferner die Organspendebereitschaft nach wie vor sehr unterschiedlich ausgeprägt: In Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg sind fast doppelt so viele Organspenden realisiert wie in Baden-Württemberg, Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen. Darüber hinaus engagieren sich nur etwa 50 Prozent der Krankenhäuser mit Intensivstationen durch Kontaktaufnahme mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation und Beratung einer möglichen Organspende für diese Aufgabe. Gegenwärtig warten in Deutschland insgesamt rund 14 000 schwer kranke Menschen dringend auf ein neues Organ. Im Jahr 2003 gab es jedoch nur 1 141 Organspender, und es konnten lediglich 3 482 Organe entnommen und 3 657 Transplantationen durchgeführt werden. Ein wichtiges Ziel des Transplantationsgesetzes, die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen, ist also gegenwärtig noch nicht erreicht.

Hinzu kommt, dass die Lebendorganspende innerhalb der vergangenen Jahre aufgrund des anhaltenden Mangels an postmortalen Spenderorganen zugenommen hat. In Deutschland entsprach im Jahr 2003 die Gesamtzahl der Lebendorgantransplantationen einem Anteil von 14 Prozent aller Transplantationen. Institutionell ist die Deutsche Stiftung Organtransplantation als bundesweite Koordinierungsstelle nach § 10 TPG nur für die postmortale Organspende beauftragt worden. Für die Lebendorganspende bestehen derzeit lediglich im Rahmen des Ausführungsgesetzes auf Landesebene Kommissionen, deren Aufgaben nach § 8 TPG unter anderem darin liegen, gutachtliche Stellungnahmen zur Freiwilligkeit einer Lebendorganspende zu erstellen. Hierbei ist auch auf das Problem hinzuweisen, dass international, aber vor allem in Osteuropa, der illegale Organhandel und der „Organtourismus“ zunehmen.

Zum Ausgleich der großen Diskrepanz zwischen dem Bedarf und den verfügbaren Spenderorganen haben Mediziner und Forscher in den vergangenen Jahren stets nach neuen Lösungsansätzen gesucht, wie zum Beispiel Einsatz von künstlichen Organen, Übertragung eines tierischen Organs auf den Menschen oder Herstellung von Geweben und Organen aus Stammzellen. Allerdings fehlt es derzeit für diese therapeutischen Alternativen zur Humantransplantation an der nötigen Forschung.

Es ist ein alarmierender Zustand, dass durchschnittlich bereits 30 Prozent der Patienten auf den Wartelisten sterben, weil sie aufgrund des Mangels an Spenderorganen keine Transplantation bekommen können, durch die ihr Leben gerettet werden könnte.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass mit dem am 1. Dezember 1997 in Kraft getretenen Transplantationsgesetz (TPG) die notwendige rechtliche Sicherheit und die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Organspende und die Transplantation in Deutschland geschaffen wurden. Die über Jahre hinweg zentralen Streitfragen in der Öffentlichkeit, nämlich der Hirntod als sicheres Todeskriterium und die Befugnis zur Einwilligung durch die nächsten Angehörigen mit der erweiterten Zustimmungslösung, konnten zufrieden stellend gesetzlich geregelt werden. Das Bundesverfassungsgericht hat die eingelegten Verfassungsbeschwerden im Januar und Februar 1999 nicht zur Entscheidung angenommen.

Die Ergebnisse und Fortschritte in der Transplantationsmedizin in Deutschland verdienen weiterhin die besondere Aufmerksamkeit des Gesetzgebers. Durch die Fortschritte in der Medizin sind in den letzten 20 Jahren die Anwendungsmöglichkeiten erfolgreich weiterentwickelt und die Überlebensquoten sowie die Lebensqualität dieser Patientinnen und Patienten erheblich verbessert worden. Organtransplantationen gehören heute zu den erfolgreichsten medizinischen Behandlungsverfahren, die schwer kranken Patientinnen und Patienten das Leben retten und eine neue Lebensqualität geben können. Die durchschnittliche Funktionsdauer transplanteder Organe hat sich im gleichen Zeitraum wesentlich erhöht. Heute funktionieren von den transplantierten Nieren z. B. nach fünf Jahren im Durchschnitt noch 68 Prozent der postmortal und 82 Prozent der lebend gespendeten Nieren. Bei Herzen sind es 67 Prozent, bei Bauchspeicheldrüsen 62 Prozent, bei Lebern 59 Prozent (erste Transplantation) bzw. 39 Prozent (wiederholte Transplantation) und bei Lungen 49 Prozent.

Trotz dieser Erfolgsbilanz besteht weiterhin das Problem der sehr begrenzten Verfügbarkeit von Organen für die Transplantation. So standen am 1. November 2004 insgesamt 11 933 Patientinnen und Patienten aus Deutschland auf den bei Eurotransplant geführten Wartelisten, darunter 9 235 Personen, die auf eine Niere, 1 483 Personen, die auf eine Leber, 586 Personen, die auf ein Herz und 453 Personen, die auf eine Lunge zur Transplantation warteten. Dass hier zum

Teil auch längere Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen lässt sich aus der Zahl der betreffenden Organe ersehen, die im vergangenen Jahr in Deutschland transplantiert wurden (postmortal und lebend gespendete Organe zusammen): 2 516 Nieren, 855 Lebern, 393 Herzen und 212 Lungen.

Die Zahl der postmortal gespendeten Organe hat, nachdem sie jahrelang um die 3 000 pendelte, im Jahr 2003 mit insgesamt 3 496 ihren bisher höchsten Stand erreicht. Allerdings hat sich diese Entwicklung 2004 bislang nicht fortgesetzt. Für dieses Jahr ist insgesamt mit einem leichten Rückgang gegenüber 2003 zu rechnen; die Zahl der postmortal gespendeten Organe wird jedoch voraussichtlich höher als im Durchschnitt der Jahre 1995 bis 2002 sein. Die Zahl der lebend gespendeten Organe und Organteile war dagegen im Jahr 2003 rückläufig. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Transplantationen ging bei Nieren von 19,1 Prozent (443) im Jahr 2002 auf 16,1 Prozent (405) 2003 und bei Lebern von 11,2 Prozent (85) 2002 auf 8,7 Prozent (74) im Jahr 2003 zurück.

Auch die Zahl der transplantierten (postmortal und lebend gespendeten) Organe hat im vergangenen Jahr mit 4 175 ihren bisher höchsten Stand erreicht. Auch hier hat sich diese Entwicklung 2004 bislang nicht fortgesetzt. Für dieses Jahr ist insgesamt mit einem leichten Rückgang gegenüber 2003 zu rechnen.

Wie viele Spenderorgane zur Transplantation für schwer kranke Menschen zur Verfügung stehen, hängt entscheidend von der Wahrnehmung der gegebenen Möglichkeiten einer Organspende ab. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass durch eine kontinuierliche, umfassende und sachliche Aufklärung der Bevölkerung durch die in § 2 Abs. 1 TPG genannten Institutionen, durch eine bessere Befolgung der Mitteilungspflicht nach § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG durch die Krankenhäuser sowie durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern auf der Grundlage des Vertrages nach § 11 TPG über die Koordinierungsstelle die Möglichkeiten zur postmortalen Organspende vollständiger wahrgenommen werden können.

1. Welche Erfahrungen hat die Bundesregierung bisher mit dem Transplantationsgesetz von 1997 gemacht?

Gibt es Defizite im Transplantationsgesetz und Mängel beim Gesetzesvollzug?

Welche Schlussfolgerungen gibt es für die Transplantationsmedizin?

Mit dem Transplantationsgesetz wurde der rechtliche Rahmen für die Spende, Entnahme und Übertragung menschlicher Organe und die damit zusammenhängenden Bereiche wie die Aufklärung der Bevölkerung, die Organisation der Maßnahmen zur Organentnahme, die Organvermittlung sowie das Verbot und die Strafbarkeit des Organhandels geschaffen. Mit dem Gesetz und seiner Umsetzung ist ein hohes Maß an Rechtssicherheit und Transparenz erreicht worden.

Durch Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK), in denen der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft festgestellt wird, ist Handlungssicherheit bei der Durchführung des Transplantationsgesetzes, z. B. in Fragen der Hirntodfeststellung, der Aufnahme von Patientinnen und Patienten auf die Warteliste für eine Organtransplantation, der Vermittlung der postmortal gespendeten Organe zur Transplantation für geeignete Patientinnen und Patienten, des Empfängerschutzes, der Lebendspende und in weiteren medizinischen und organisatorischen Bereichen im Zusammenhang mit der Organspende und -transplantation, auf der Grundlage des jeweils aktuellen Erkenntnisstandes gewährleistet.

Die verbindlich eingeführten Allokationsregeln der Richtlinien zur Organvermittlung gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten auf der Warteliste auf der Grundlage eines fairen, auf medizinischen Gesichtspunkten basierenden Verteilungssystems entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach § 12 Abs. 3 TPG Organe zur Transplantation vermittelt erhalten.

Bezüglich der Sicherung der Qualität der Behandlungsergebnisse hat die BÄK im Jahr 2001 in einer Richtlinie nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 TPG die Anforderungen an die im Zusammenhang mit der Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung festgestellt. Diese Richtlinie ist jetzt die Grundlage für die organisatorische Realisierung vergleichender externer Qualitätssicherung über die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS).

Nach § 10 Abs. 2 Nr. 6 TPG sind die Transplantationszentren verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, im Rahmen ihrer Tätigkeit nach dem TPG nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchzuführen; dies gilt für die Nachbetreuung von Lebendorgan Spendern entsprechend. Seit dem 1. Januar 2004 besteht im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V in Verbindung mit § 10 Abs. 2 Nr. 6 TPG eine Dokumentationspflicht für alle durchgeführten Herztransplantationen in Deutschland. Ab dem Jahr 2006 wird diese Dokumentationspflicht auf die Leistungsbereiche Nieren- und Lebertransplantationen sowie Lebendspende bei der Nieren- und Lebertransplantation erweitert. Für alle Leistungsbereiche in der Transplantationsmedizin besteht bzw. wird zusätzlich eine Follow-up-Dokumentation durchgeführt, mit der die Qualität der Behandlung auch über die akutstationäre Behandlung hinaus nachverfolgt wird. Da die Dokumentationspflicht für die Herztransplantationen erst zu Beginn dieses Jahres eingeführt wurde, stehen zurzeit noch keine Ergebnisse zur Verfügung.

Zugleich ist durch die Transparenz der Abläufe jede Form des Organhandels ausgeschlossen.

Auch das von der BÄK im Vollzug der Verträge nach § 11 und § 12 TPG<sup>1</sup> eingerichtete System der Prüfungs- und der Überwachungskommission zur Kontrolle des Gesamtablaufs hat sich bewährt.

Das Transplantationsgesetz hat allerdings bisher nicht, wie erhofft, eine dauerhafte Zunahme der postmortalen Organspenden bewirkt.

Die Zahl der realisierbaren postmortalen Organspenden hängt in hohem Maße davon ab, dass alle auf der Intensivstation verstorbenen Patientinnen und Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen, identifiziert werden und die Krankenhäuser ihrer Pflicht nach § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG zur Mitteilung dieser Patientinnen und Patienten nachkommen. Ohne eine solche Verfahrensweise läuft jede rechtliche Regelung der Zulässigkeit von postmortalen Organentnahmen, auch eine Widerspruchsregelung (als Organspender gilt im Todesfall jede Person, die nicht zu Lebzeiten einer postmortalen Organspende ausdrücklich und in einem Widerspruchsregister dokumentiert widersprochen hat), in der Praxis ins Leere.

Der Anteil der Krankenhäuser mit Intensivbetten, die sich an diesen Mitteilungen beteiligen, ist in den letzten beiden Jahren leicht rückläufig gewesen. Er betrug im Durchschnitt aller dieser Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2003 nur 40 Prozent (bei den Krankenhäusern der Maximalversorgung 90 Prozent,

<sup>1</sup> Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. Juni 2000 (Bundesanzeiger Nr. 131 a vom 15. Juli 2000) in der Fassung der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 16. April 2004 (Bundesanzeiger Nr. 73 vom 17. April 2004, S. 8181).

der Zentralversorgung 67 Prozent, der Regelversorgung rund 39 Prozent und der Grundversorgung 18 Prozent).

Im Jahr 2003 wurde im Bundesdurchschnitt eine Organspendequote von 13,8 postmortalen Organspendern je Million Einwohner erreicht, bei einer Spannweite von 11,1 in Nordrhein-Westfalen bis 25,9 in Mecklenburg-Vorpommern. Nur bei einer Beteiligung aller Krankenhäuser mit Intensivbetten können die vorhandenen Möglichkeiten zur postmortalen Organspende vollständig wahrgenommen werden.

Aus Umfragen ist bekannt, dass die Bereitschaft zur Organspende hoch ist. Fast drei Viertel (67 Prozent) der Bürgerinnen und Bürger sind bereit, nach dem eigenen Tod schwer kranken Menschen mit einer Organspende eine neue Lebenschance zu geben. Doch lediglich 12 Prozent haben nach diesen Umfragen ihre Entscheidung in einem Organspendeausweis dokumentiert. Bei den im Jahr 2003 getroffenen Entscheidungen über eine postmortale Organspende lag der Anteil der schriftlichen Dokumentationen wesentlich niedriger.

Die gering ausgeprägte Bereitschaft, seinen Willen zur postmortalen Organspende zu Lebzeiten schriftlich zu dokumentieren oder wenigstens den nächsten Angehörigen mündlich mitzuteilen, hat nicht nur damit zu tun, dass die Menschen sich in der Regel nicht gerne mit dem eigenen Tod befassen, dieses Thema eher verdrängen, sondern auch mit einer verbreiteten – irrigen – Befürchtung, dass ein potenzieller postmortaler Organspender im Krankenhaus möglicherweise nicht mehr mit dem Ziel der Lebensrettung und Heilung behandelt werde, sondern nur eingeschränkt im Hinblick auf eine mögliche postmortale Organentnahme.

2. Liegt es an den gesetzlichen Rahmenbedingungen, dass Deutschland im Vergleich zu den meisten anderen europäischen Ländern pro eine Million Einwohner insgesamt weniger Organspender hat?

Wenn nein, welche anderen Ursachen hält die Bundesregierung für relevant?

Nach den vom Europarat veröffentlichten Angaben liegt Deutschland im Jahr 2003 mit 13,8 postmortalen Organspendern je Million Einwohner im Mittelfeld einer Reihe von Staaten von Großbritannien mit 12,1, Schweden mit 12,8, der Schweiz mit 13,2, Polen mit 13,7, Dänemark mit 13,9, Slowenien mit 14,0 und den Niederlanden mit 14,9 postmortalen Organspenderinnen und -spendern je Million Einwohner. Wesentlich niedriger als in Deutschland liegen die Zahlen für Rumänien mit 0,4, Zypern mit 1,4, Bulgarien mit 1,5, Griechenland mit 6,5, der Slowakei mit 8,5, Kroatien mit 8,9 und Estland mit 10,0 postmortalen Organspendern je Million Einwohner. Wesentlich höher als in Deutschland liegen die Zahlen für Sizilien mit 15,0, Ungarn mit 16,1, Finnland mit 16,3, Litauen mit 16,9, Frankreich mit 18,3, Italien ohne Sizilien mit 18,5, Tschechien mit 18,6, Portugal mit 19,0, Norwegen mit 19,2, Luxemburg mit 20,0, Irland mit 21,1, Österreich mit 23,9, Belgien mit 24,8 und Spanien mit 33,8 postmortalen Organspendern je Million Einwohner.

In welchem Umfang Möglichkeiten zur postmortalen Organspende gegeben sind und wahrgenommen werden, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Dazu gehören die rechtlichen Rahmenbedingungen ebenso wie zahlreiche tatsächliche Umstände.

Zu den zentralen rechtlichen Rahmenbedingungen gehören die Voraussetzungen für eine Organentnahme. In Deutschland und den Niederlanden z. B. gilt die erweiterte Zustimmungsregelung für eine Organentnahme bei Verstorbenen. Es bedarf danach einer ausdrücklichen Zustimmung des Organspenders zu Lebzeiten oder, falls sich der Verstorbene hierzu nicht geäußert hatte, der ausdrück-

lichen Zustimmung seiner nächsten Angehörigen. In Belgien und Österreich z. B. gilt die Widerspruchsregelung. Die Zustimmung wird gesetzlich vermutet, d. h. eine Organentnahme ist zulässig, wenn ihr der Verstorbene zu Lebzeiten nicht ausdrücklich und im Widerspruchsregister dokumentiert widersprochen hatte. In Belgien haben die Angehörigen in diesem Fall allerdings ein Einspruchsrecht gegen die Organentnahme. In Österreich wird es bei der Anwendung des Gesetzes einem Widerspruch im Widerspruchsregister gleich geachtet, wenn ein Angehöriger des Verstorbenen einen mündlich geäußerten Widerspruch des Verstorbenen bezeugt. Nach der Zustimmungsregelung ebenso wie nach der Widerspruchsregelung ist eine Organentnahme unzulässig, wenn ihr der Verstorbene widersprochen hatte.

Darüber, wie die rechtlichen Rahmenbedingungen und die einzelnen tatsächlichen Umstände sich quantitativ auf die Zahl der postmortalen Organspenden je Million Einwohner auswirken, liegen der Bundesregierung keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse vor. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Zustimmungs- oder der Widerspruchsregelung als rechtliche Rahmenbedingungen insoweit letztlich keine entscheidende Bedeutung zukommt, sondern vielmehr der Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern sowie dem Engagement der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Wahrnehmung der gegebenen Möglichkeiten zur postmortalen Organspende. Dies zeigt das Beispiel Mecklenburg-Vorpommern, wo es in den vergangenen drei Jahren je Million Einwohner mehr postmortale Organspender (2001: 26,0; 2002: 22,9; 2003: 25,9) gab als in Belgien (2001: 21,6; 2002: 21,7; 2003: 24,8).

Zu den tatsächlichen Umständen gehört z. B. auch die Inzidenz der Todesfälle nach akuter Hirnschädigung. Solche Todesfälle treten unter anderem als Folge von Unfällen im Straßenverkehr ein.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

3. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung seit 1998 ergriffen, um die Organspendebereitschaft der Bevölkerung in nennenswerter Weise und die Anzahl der Ausweisinhaber quantitativ nachweisbar zu erhöhen?

Welche Informationsveranstaltungen zur Aufklärung der Definition „Hirntod“, der Organspende und Organtransplantation sowie zur Werbung für die Organspendebereitschaft wurden seitdem im Auftrag der Bundesregierung durchgeführt?

Nach § 2 Abs. 1 TPG sind die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie die Krankenkassen, verpflichtet, auf der Grundlage des TPG die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende, die Voraussetzungen der Organentnahme und die Bedeutung der Organübertragung aufzuklären.

Nach entsprechenden Umfragen besteht eine Bereitschaft zur Organspende bei 67 Prozent der Bevölkerung. Die Anzahl der Organspendeausweisinhaber lag nach Forsa-Studien im Jahr 1999 bei 11 Prozent, im Jahr 2001 bei 14 Prozent, im Jahr 2002 bei 12 Prozent und im Jahr 2003 ebenfalls bei 12 Prozent. Der Anteil der Bevölkerung, der einen Organspendeausweis besitzt, ist trotz ansatzweise steigender Tendenz keinesfalls als befriedigend anzusehen. Damit Bürgerinnen und Bürger sich intensiv mit dem Thema Organspende befassen können, müssen umfassende, sachliche Informationen zum Thema Organspende zur Verfügung gestellt sowie der Organspendeausweis breit zugänglich gemacht werden. Die Bundesregierung, insbesondere durch die BZgA, aktualisiert daher ständig ihr Informationsangebot und sorgt für eine breite Streuung. Über die

Bereitstellung von Informationsmaterialien und Organspendeausweisen hinaus bedarf es vor allem der Förderung der Motivation der Bürgerinnen und Bürger, sich mit diesem nicht einfachen Thema auseinander zu setzen, sich überhaupt zu informieren und zu einer eigenen Entscheidung zu kommen. Die BZgA initiiert und unterstützt daher auch regionale, lokale und im alltäglichen Umfeld angesiedelte Projekte, Aktionen oder Veranstaltungen, die geeignet sind, die Menschen persönlich anzusprechen und sie zu motivieren, sich mit dem Thema Organspende intensiv zu befassen.

Bereits im Vorfeld der Verabschiedung des am 1. Dezember 1997 in Kraft getretenen Transplantationsgesetzes hat die BZgA die Informationskampagne „Organspende schenkt Leben“ begonnen.

Die Kampagne bestand von Anfang an sowohl aus massenmedialen Maßnahmen mit großer Reichweite wie Anzeigen, Plakaten, Fernseh- und Kinospots und Informationsmaterialien, als auch aus Projekten, die das persönliche Gespräch vor Ort möglich machten, um ganz persönliche Fragen und Unsicherheiten der Bürger besprechen zu können. Unter diesen so genannten personal-kommunikativen Projekten sind insbesondere folgende zu erwähnen:

- Veranstaltungsreihe (68 Einzelveranstaltungen in 55 Volkshochschulen) zur Organspende in Kooperation mit dem Verband der Volkshochschulen Nordrhein-Westfalen unter dem Titel „Wissen hilft entscheiden“, 1998.
- Streetwork für Organspende: sechs Streetworker in fünf Regionen Deutschlands leisteten Aufklärungsarbeit vor Ort (siehe Antwort auf Frage 10), Laufzeit: 1998 bis 2000.
- Infotelefon Organspende in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO): Unter der für Anrufer kostenlosen Rufnummer 0800 / 90 40 400 kann sich jeder zu speziellen Aspekten der Organspende informieren und Informationsmaterialien bestellen. Das Infotelefon besteht seit Juni 2000. Die steigende Inanspruchnahme des Infotelefons Organspende zeigt sich in der Zahl der geführten Gespräche. Im Jahr 2000 waren es 20 379 Gespräche und im Jahr 2003 27 107 Gespräche.

4. Wie viele Hirntote gibt es pro Jahr in Deutschland, und wie viele von ihnen sind als Organspender geeignet?

Wie haben sich diese Zahlen seit 1998 entwickelt?

Der Bundesregierung und auch den Ländern liegen keine verlässlichen Zahlen über die Zahl der Hirntoten pro Jahr in Deutschland vor, sodass über die Entwicklung seit 1998 und damit auch über den Anteil der als Organspender infrage kommenden Hirntoten keine gesicherten Aussagen gemacht werden können. Insbesondere hat sich gezeigt, dass aus den amtlichen Statistiken eine belastbare Extrapolation dieser Angaben nicht möglich ist.

Der DSO werden nur die aus Sicht der einzelnen Krankenhäuser als Spender in Betracht kommenden Patientinnen und Patienten gemeldet.

5. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die psychische Verarbeitung einer Organspende aufseiten sowohl der Empfänger als auch der Angehörigen des Spenders?

Die Transplantation eines Organs hat sowohl aufseiten des Empfängers als auch des Spenders bzw. des Angehörigen eine erhebliche psychische Dimension, die allerdings bisher kaum Gegenstand fundierter Untersuchungen war. Abhängig davon, welches Organ transplantiert wurde oder ob es sich etwa um

eine Lebendspende handelt, dürfte die psychische Verarbeitung auch sehr unterschiedlich ausfallen.

Generell lässt sich sagen, dass aufseiten des Empfängers eine erfolgreiche Transplantation zunächst Erleichterung und Hoffnung auf ein besseres und normaleres Leben bedeutet, da die Ungewissheit des Wartens auf einen Transplantationstermin bzw. ein Transplantationsorgan vorbei ist. Wegen der Vielzahl möglicher Komplikationen bleibt eine Angst- bzw. Stresssituation aber trotzdem in den meisten Fällen dauerhaft bestehen. Dem trägt § 10 Abs. 2 Nr. 5 TPG Rechnung, der die Transplantationszentren verpflichtet, eine erforderliche psychische Betreuung der Patientinnen und Patienten, d. h. der Organempfänger und im Fall der Lebendspende auch der Organspender, für die Dauer der Behandlung vor und nach der Organübertragung sicherzustellen.

Diskutiert werden auch immer wieder psychische Belastungen durch das Verarbeiten von Schuldgefühlen, die dadurch entstehen können, dass der Empfänger meist über längere Zeit auf ein Transplantat, also gewissermaßen auf den Tod eines anderen Menschen wartet, der seine Organe zur Verfügung stellt. Befragungen sprechen aber dafür, dass die psychischen Belastungen Transplantierte ihren Schwerpunkt weniger in der Aufarbeitung einer solchen Situation, als in der Bewältigung von Angst und körperlichen Schwierigkeiten haben. Selbsthilfeeorganisationen verweisen darauf, dass die Transplantierten in der Regel große Dankbarkeit dem Spender und dessen Angehörigen gegenüber empfinden.

Je nach Schweregrad der seelischen Belastung und abhängig von den psychomotorischen Verarbeitungsmöglichkeiten kann es zu einer akuten Belastungsstörung oder zu so genannten Anpassungsstörungen mit ängstlicher oder depressiver Färbung kommen. In seltenen Fällen wurde bei Herztransplantierten eine schwer wiegende, behandlungsbedürftige posttraumatische Belastungsstörung beschrieben.

Aufseiten der Angehörigen von Organspenderinnen bzw. -spendern hängen Art und Ausmaß der psychischen Belastung vor allem davon ab, ob der Spender bereits zu Lebzeiten eine Entscheidung über seine Bereitschaft zur Organspende getroffen hat oder nicht. Insbesondere wenn dieser seine positive Einstellung zur Organspende bereits durch Besitz eines Organspendeausweises dokumentiert hat, wird es den Angehörigen leichter fallen, die im Zusammenhang mit der Organentnahme verbundenen organisatorischen und emotionalen Belastungen zu bewältigen.

Schwieriger stellt sich die Situation dar, wenn Angehörige eines für eine Organexplantation infrage kommenden Verstorbenen ohne Spenderausweis erstmalig durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit der Frage einer Organspende konfrontiert werden. In den meisten Fällen sind die Angehörigen ohnehin traumatisiert durch einen plötzlichen Tod des Verstorbenen.

Es ist von großer Bedeutung, dass die Angehörigen in einer solchen Situation ausreichend Raum für eine freie Gewissensentscheidung haben, die begleitet sein kann durch zusätzliche Gespräche mit einer psychologisch geschulten Person an dem Krankenhaus, um einerseits eine aus einer möglichen akuten Verunsicherung herrührende vorschnelle Ablehnung und andererseits eine später nicht mit dem Gewissen zu vereinbarende Zustimmung zur Organentnahme mit ihren möglichen negativen psychischen Folgen zu vermeiden, die im Einzelfall bei dem die Entscheidung tragenden Angehörigen von der Entwicklung schwerer Schuldgefühle oder einer pathologischen Trauerreaktion bis hin zu einer depressiven Erkrankung reichen können.



6. Werden Spendewillige vor Unterzeichnung des Spenderausweises nach Erkenntnissen der Bundesregierung eingehend über die Problematik des dissoziierten Hirntodes informiert oder besteht hier Verbesserungsbedarf?

Die Spendewilligen können sich vor Unterzeichnung des Spenderausweises von den zur Aufklärung verpflichteten Stellen beraten lassen. Nach Kenntnis der Bundesregierung reichen die zur Verfügung gestellten Angebote zur Aufklärung auch im Hinblick auf die Hirntodproblematik aus. Zur Aufklärung dienen vor allem die von der BZgA entwickelten Informationsmaterialien. Insbesondere die Informationsbroschüren des BZgA enthalten ausführliche Informationen über den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (Hirntod) als sicheres Todeszeichen, über die Möglichkeit, dass der Hirntod unter intensivmedizinischen Bedingungen dem endgültigen Herzstillstand vorausgehen kann, sowie über den sicheren Nachweis des Hirntodes unter intensivmedizinischen Bedingungen. Diese Informationsbroschüren werden auch von den zuständigen Landesbehörden zur Verfügung gestellt. In Niedersachsen und Bayern gibt es darüber hinaus Broschüren, die ebenfalls Informationen über die Feststellung des Hirntodes enthalten. Ferner weist die BZgA in ihren Kontakten zu Selbsthilfeorganisationen regelmäßig darauf hin, dass die Problematik des Hirntodes Bestandteil der Informationsgespräche vor Ort sein soll.

Die Mitarbeiterinnen des Infotelefon Organspende sind zum Thema Hirntod speziell geschult, werden dazu von den Anrufern aber relativ selten befragt.

7. Welche Geldmittel hat die Bundesregierung seit 1998 jährlich für ihre Aufklärungsarbeit über Organspende und Organtransplantation sowie zur Erhöhung der Anzahl der Inhaber von Organspenderausweisen zur Verfügung gestellt?

Wie wurden und werden die nachstehend genannten Gebiete – Bereitstellung von Basismedien, Infotelefon Organspende, Aktionen mit Kooperationspartnern – seitdem gefördert?

Bei der BZgA wurden dafür seit 1998 folgende Geldmittel zur Verfügung gestellt:

<b>Im Jahr 1998<sup>2</sup> verausgabte Mittel</b>	<b>DM 4 289 899</b>
Massenkommunikative Maßnahmen (Anzeigen, TV-/Kinospots, Basismedien, Apothekenaktion, Ausstellung)	DM 4 005 917
Aktionen mit Kooperationspartnern (VHS-Aktion, Streetwork für Organspende, Arbeitskreis Organspende)	DM 283 982
<b>Im Jahr 1999 verausgabte Mittel</b>	<b>DM 2 102 909</b>
Massenkommunikative Maßnahmen (Anzeigenschaltung, Basismedien)	DM 1 572 093
Aktionen mit Kooperationspartnern	DM 329 920
Personalkommunikative Maßnahmen (Streetwork für Organspende, Internet)	DM 158 801
Konzeptionelle Weiterentwicklung	DM 1 415
Wissenschaftliche Untersuchung	DM 40 680

<sup>2</sup> Es ist darauf hinzuweisen, dass das Jahr 1998 das „Startjahr“ der Aufklärungsmaßnahmen war.

<b>Im Jahr 2000 verausgabte Mittel</b>	<b>DM 1 866 663</b>
Massenkommunikative Maßnahmen (Anzeigenschaltung, Basismedien, Film)	DM 1 449 548
Aktionen mit Kooperationspartnern	DM 99 055
Personalkommunikative Maßnahmen (Streetwork für Organspende, Internet)	DM 268 886
Wissenschaftliche Untersuchung	DM 49 174
<b>Im Jahr 2001 verausgabte Mittel</b>	<b>DM 1 272 833</b>
Massenkommunikative Maßnahmen (Anzeigenschaltung, Basismedien, Film)	DM 705 035
Aktionen mit Kooperationspartnern	DM 234 909
Personalkommunikative Maßnahmen (Infotelefon Organspende, Internet)	DM 261 708
Konzeptionelle Weiterentwicklung	DM 11 360
Wissenschaftliche Untersuchung	DM 59 821
<b>Im Jahr 2002 verausgabte Mittel</b>	<b>€ 936 625</b>
Massenkommunikative Maßnahmen (Basismedien, Film)	€ 704 698
Aktionen mit Kooperationspartnern	€ 92 739
Personalkommunikative Maßnahmen (Infotelefon Organspende, Internet)	€ 139 188
<b>Im Jahr 2003 verausgabte Mittel</b>	<b>€ 380 725</b>
Massenkommunikative Maßnahmen (Bereitstellung von Basismedien: Organspendeausweis, Informationsbroschüren, Infostand, Ausstellung, Plakate)	€ 156 877
Aktionen mit Kooperationspartnern	€ 61 198
– Zuwendungen an die Landeszentrale Rheinland-Pfalz zur Umsetzung des Projektes „Streetwork für Organspende“	
– Dialogangebot für Selbsthilfverbände	
– Teilnahme an Kongressen von Kooperationspartnern	
Personalkommunikative Maßnahmen (Infotelefon Organspende in Zusammenarbeit mit der DSO)	€ 138 017
Wissenschaftliche Untersuchungen	€ 24 633
<b>Für das Jahr 2004 veranschlagte Mittel</b>	<b>€ 540 000</b>
Massenkommunikative Maßnahmen (Bereitstellung von Basismedien: Organspendeausweis, Broschüre für Klinikpersonal, Unterrichtsmaterial, Informationsbroschüren, Infostand, Plakate)	€ 260 000
Aktionen mit Kooperationspartnern	€ 55 000
Personalkommunikative Maßnahmen (Infotelefon Organspende in Zusammenarbeit mit der DSO)	€ 165 000
Internetpflege und Aktion zum Tag der Organspende	€ 30 000
Wissenschaftliche Untersuchungen	€ 30 000

8. Wie erklärt die Bundesregierung die starke Kürzung der Geldmittel für die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführte Kampagne „Organspende schenkt Leben“ in den vergangenen Jahren (von 3 883 647 DM im Jahr 1998 auf 936 625 Euro im Jahr 2002)?

Zur Entwicklung der Kampagne „Organspende schenkt Leben“ wurden nur für das Jahr 1997 einmalig zusätzliche Mittel in Höhe von 1,2 Mio. DM bereitgestellt und der BZgA zur Bewirtschaftung übertragen. In den ersten Jahren der Kampagne wurden durch die einmalige Mittelzuweisung erhebliche Investitionen für die Entwicklung der Kampagne, der Medien, von Einzelprojekten und für den Aufbau von Kooperationsstrukturen in Gang gesetzt. Die Entwicklungsphase ist abgeschlossen. Ab 1998 wurde die Kampagne aus dem Kapitel 1504 Titel 531 06 „Gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung“ der BZgA finanziert.

Die Bundesregierung hält die langfristig angelegte Aufklärungsarbeit der BZgA im Rahmen der vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen für angemessen. Die Bundesregierung wird die BZgA in ihrem Bemühen unterstützen, die Aufklärungsarbeit und die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit den anderen in § 2 Abs. 1 TPG genannten Stellen weiterzuentwickeln und auf diese Weise künftig zusätzliche Synergieeffekte zu erzielen.

9. Plant die Bundesregierung für die kommenden Jahre eine gesteigerte Bereitstellung von Geldmitteln und personellen Kapazitäten bei der BZgA für diese wichtige Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit?

Im Einzelplan 15 (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) ist kein eigenständiger Haushaltstitel, aus dem nur die Aufklärungsarbeit über Organspende finanziert wird, eingestellt. Alle mit der Förderung der Organspende zusammenhängenden Maßnahmen werden innerhalb des Kapitels 1504 Titel 531 06 „Gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung“ der BZgA finanziert. Die Bundesregierung wird weiterhin sicherstellen, dass die innerhalb dieses Titels bereitgestellten Mittel für die Weiterentwicklung der Kampagne „Organspende schenkt Leben“ angemessen zur Verfügung stehen.

10. Wie erfolgreich war das Modellprojekt „Streetwork Organspende“ von 1997 bis 2000?

Ist ein weiteres ähnliches Projekt geplant, bei dem die Aufklärungsarbeit viele Bürger erreicht und ihre Bereitschaft zur Organspende fördert?

Das personalkommunikative Projekt „Streetwork für Organspende“ wurde in Kooperation von BZgA und Deutscher Stiftung Organspende (DSO) von 1997 bis 2000 realisiert. Bis zu sechs Streetworker in fünf Regionen Deutschlands informierten die Bevölkerung in persönlichen Gesprächen vor Ort zum Thema Organspende. Das Spektrum der Aktivitäten reichte dabei von Informationsständen bei Stadtfesten und Messen über Vorträge bei verschiedenen Vereinen und Veranstaltungen bis hin zu Unterrichtsstunden in verschiedenen Schultypen und Altersgruppen. Das Projekt war sehr erfolgreich, umfasste eine Vielzahl von unterschiedlichen Ansätzen und Aktivitäten und führte zu einer hohen Nachfrage und zu positiven Reaktionen in der örtlichen und regionalen Presse.

Nach drei Jahren wurde dieses Projekt beendet, da die DSO als der wichtigste Kooperationspartner der BZgA das Projekt nicht mehr führen konnte. Es wurde allen Ländern und anderen Institutionen und Einrichtungen, wie Transplantationszentren und Krankenkassen, vorgestellt und zur Implementierung angeboten. Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz hat von

2001 bis 2003 ein Folgeprojekt mithilfe von Zuwendungen durch die BZgA und das Land Rheinland-Pfalz durchgeführt.

Im Jahr 2000 wurde von der BZgA in Zusammenarbeit mit der DSO ein ebenfalls personalkommunikatives Projekt, nämlich das Infotelefon Organspende eingerichtet, um es den Bürgerinnen und Bürgern bundesweit zu ermöglichen, persönliche Fragen und Unsicherheiten zur Organspende in persönlichen Gesprächen zu klären und so zu einer eigenen Entscheidung zu finden.

11. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um sicherzustellen, dass der Organspende in Zukunft mehr gesellschaftliche Anerkennung verliehen wird?

Ist die Bundesregierung der Auffassung, die Organspendebereitschaft gegebenenfalls durch ideelle Anerkennung erhöhen zu können?

Wenn ja, wodurch?

Die gesellschaftliche Anerkennung der Organspende als Akt der Nächstenliebe ist bereits sehr hoch. Die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ist bewusst praktizierte Menschlichkeit, die anderen, schwer kranken Menschen die letzte Möglichkeit der Medizin schenkt, ihr Leben zu retten oder ihre Gesundheit weitgehend wiederherzustellen. Sie ist keine berechenbare Größe, sozusagen als planbares Ergebnis bestimmter Maßnahmen. Die persönliche Entscheidung für oder gegen eine Organspende steht jedem Menschen frei und ist in jedem Fall zu respektieren. Maßnahmen, die auch in Zukunft der Organspende mehr gesellschaftliche Anerkennung sicherstellen, erfolgen vor allem durch Öffentlichkeitsarbeit und durch die sachliche Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger über die Organspende durch alle an der Organspende Beteiligten.

Die ideelle Anerkennung einer Organspende aller an der Organspende Beteiligten kann dazu beitragen, die Organspendebereitschaft zu erhöhen. In Bayern beispielsweise führt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gemeinsam mit der DSO-Regionalorganisation Bayern jährlich eine Tagung der Transplantationsbeauftragten durch, auf der auch der Bayerische Organspendepreis an um die Organspende besonders verdiente Krankenhäuser verliehen wird. Jedes Jahr ist nach Angaben Bayerns nach dieser Veranstaltung ein deutlicher Anstieg der Beteiligung der Krankenhäuser an der Organspende zu verzeichnen. In Thüringen hat die DSO-Regionalorganisation Ost vor, Krankenhäuser, die aktiv ihre Verpflichtung gemäß § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG wahrnehmen, öffentlich anzuerkennen. Die DSO schickt den Angehörigen von Organspendern ein Dankschreiben, in dem sie die Spende als einen Akt der Nächstenliebe und Solidarität in der Gesellschaft würdigt.

Bei allen Maßnahmen zur Förderung der gesellschaftlichen Anerkennung der Organspende sind die Grenzen zur finanziellen Belohnung und zum Organhandel streng zu beachten; sie dürfen nach Auffassung der Bundesregierung nicht überschritten werden.

12. In welchem Umfang kommen die Krankenhäuser und Kliniken ihrer Meldepflicht nach dem Transplantationsgesetz, aufgeschlüsselt nach Bundesländern, nach?

Wie bewertet die Bundesregierung etwaige Unterschiede zwischen den Ländern bei der Umsetzung des Bundesgesetzes „Transplantationsgesetz“?

Nach Angaben der DSO haben sich im Jahr 2003 die Krankenhäuser mit Intensivbetten je nach Versorgungsstufe wie folgt an der Mitteilung nach § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG beteiligt:

<b>Region Südwest</b> (Baden-Württemberg)	<b>mitteilende Krankenhäuser</b>	<b>Anteil</b>
	Grundversorgung	8,3 %
	Regelversorgung	48,9 %
	Zentralversorgung	73,1 %
	Maximalversorgung	90,0 %
	<b>Gesamt</b>	<b>39,2 %</b>

<b>Region Südost</b> (Bayern)	<b>mitteilende Krankenhäuser</b>	<b>Anteil</b>
	Grundversorgung	19,2 %
	Regelversorgung	28,7 %
	Zentralversorgung	86,2 %
	Maximalversorgung	81,3 %
	<b>Gesamt</b>	<b>38,5 %</b>

<b>Region Mitte</b> (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland)	<b>mitteilende Krankenhäuser</b>	<b>Anteil</b>
	Grundversorgung	25,7 %
	Regelversorgung	50,7 %
	Zentralversorgung	70,0 %
	Maximalversorgung	92,9 %
	<b>Gesamt</b>	<b>43,1 %</b>

<b>Region Nord</b> (Bremen, Hamburg, Nieder- sachsen, Schleswig-Holstein)	<b>mitteilende Krankenhäuser</b>	<b>Anteil</b>
	Grundversorgung	16,7 %
	Regelversorgung	53,6 %
	Zentralversorgung	74,2 %
	Maximalversorgung	90,0 %
	<b>Gesamt</b>	<b>42,8 %</b>

<b>Region Nordost</b> (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern)	<b>mitteilende Krankenhäuser</b>	<b>Anteil</b>
	Grundversorgung	18,8 %
	Regelversorgung	41,3 %
	Zentralversorgung	50,0 %
	Maximalversorgung	94,7 %
	<b>Gesamt</b>	<b>45,4 %</b>

<b>Region West</b> (Nordrhein-Westfalen)	<b>mitteilende Krankenhäuser</b>	<b>Anteil</b>
	Grundversorgung	21,9 %
	Regelversorgung	34,9 %
	Zentralversorgung	56,6 %
	Maximalversorgung	87,5 %
	<b>Gesamt</b>	<b>36,7 %</b>

<b>Region Ost</b> (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)	<b>mitteilende Krankenhäuser</b>	<b>Anteil</b>
	Grundversorgung	6,5 %
	Regelversorgung	26,8 %
	Zentralversorgung	65,6 %
	Maximalversorgung	93,8 %
	<b>Gesamt</b>	<b>38,0 %</b>

Die Unterschiede zwischen den Regionen bei der Mitteilung potenzieller Organspender lässt den Schluss zu, dass nicht in allen Regionen die Wahrnehmung der Mitteilungspflicht als Bestandteil des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser mit der gleichen Intensität umgesetzt wird. Die Länder haben deshalb im Rahmen ihres auf der 77. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin einstimmig gefassten Beschlusses die Krankenhäuser aufgefordert, die Mitwirkung an der postmortalen Organspende als Bestandteil ihres Versorgungsauftrages engagiert wahrzunehmen und insbesondere die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen zu treffen, um ihre Verpflichtungen nach § 11 Abs. 4 TPG zu erfüllen und die Zusammenarbeit mit ihren Partnern, insbesondere mit der DSO als Koordinierungsstelle und den Transplantationszentren, zu verbessern.

13. Wurde die Umsetzung des Transplantationsgesetzes in den Bundesländern bereits in den Bund-Länder-Koordinierungsgremien, wie es in der Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Marion Caspers-Merk, auf die Frage 10 des Abgeordneten Jens Spahn in der Fragestunde vom 14. Januar 2004 (Plenarprotokoll 15/85, S. 7465) von der Bundesregierung angekündigt wurde, thematisiert?

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Wenn nein, warum nicht?

Auf der 77. GMK am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin wurde einstimmig ein Beschluss „Gemeinschaftsaufgabe Organspende – Verbesserung der Organspendesituation“ gefasst, an dessen Vorbereitung durch eine Arbeitsgruppe der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) die Bundesregierung durch einen Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mitgewirkt hat.

In diesem Beschluss betont die GMK die Verantwortung aller mit der Organspende befassten staatlichen und nicht staatlichen Stellen, ihre Anstrengungen im Sinne einer ständigen Verbesserung der Rahmenbedingungen der „Gemeinschaftsaufgabe Organspende“ fortzusetzen, um die Zahl der Organspenden in Deutschland weiter zu erhöhen und in allen Ländern auf ein vergleichbar hohes Niveau anzuheben. Die hierbei nötigen Schritte werden in dem Beschluss mit folgenden Punkten dargestellt:

1. Die Krankenhäuser werden aufgefordert, die Mitwirkung an der postmortalen Organspende als Bestandteil ihres Versorgungsauftrages engagiert wahrzunehmen und insbesondere die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen zu treffen, um ihre Verpflichtungen nach § 11 Abs. 4 TPG zu erfüllen. Außerdem sollen sie die Zusammenarbeit mit ihren Partnern, insbesondere mit der DSO als Koordinierungsstelle und den Transplantationszentren, verbessern.
2. Die GMK begrüßt, dass es gelungen ist [durch Vertrag nach § 11 TPG], die Aufwandserstattung der für eine postmortale Organentnahme erforderlichen Krankenhausleistungen, auch wenn diese im Einzelfall nicht zum angestrebten Erfolg geführt haben, zu verbessern. Außerdem werden die Krankenkassen aufgefordert, als Kostenträger den neuen Rechtsrahmen des Fallpauschalengesetzes auch in Zukunft aktiv zugunsten einer verbesserten und leistungsgerechten Vergütung der Organtransplantationen auszugestalten.
3. Die DSO wird aufgefordert, die Wahrnehmung der durch Vertrag nach § 11 TPG übertragenen Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern hinsichtlich einer effektiven

und effizienten Organisation aller bis zur Transplantation erforderlichen Maßnahmen fortzusetzen und weiter zu intensivieren.

4. Die GMK hält es für erforderlich, dass die Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Umsetzung des Transplantationsgesetzes weiter darauf hinwirken, dass in allen Transplantationszentren und anderen Krankenhäusern mit Intensivbetten strukturelle und organisatorische Bedingungen für eine effektive Wahrnehmung der Möglichkeiten zur postmortalen Organspende geschaffen und genutzt werden, und die DSO bei ihrer Aufgabenerfüllung unterstützen.

Sie hält es für notwendig, dass die Länder die Vorgaben für die Zulassung als Transplantationszentrum, die sich aus dem Transplantationsgesetz und der höchstrichterlichen Rechtsprechung ergeben, konkretisieren, und weist dabei auf die besondere Bedeutung der Schwerpunktbildung für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung und für die Sicherung der erforderlichen Verfahrens- und Ergebnisqualität hin.

Darüber hinaus betont die GMK, dass die Transplantationszentren auf die Beachtung der jeweils gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Führung der Wartelisten und zur Organvermittlung hinzuweisen sind, die unter anderem Verfahren festlegen, wenn ein Transplantationsprogramm an einem Zentrum ausfallen muss.

5. Lebendorganspenden werden als zunehmend wichtiger Teil der Transplantationsmedizin bezeichnet. Der Bericht „Positionen zur Lebendorganspende“ der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer vom Januar 2004 wird zur Kenntnis genommen. Die Bundesärztekammer wird gebeten, bis zur 78. GMK eine Stellungnahme zur Situation der Lebendspende in Deutschland zu erarbeiten und dabei gegebenenfalls konkrete Vorschläge zu ihrer Weiterentwicklung zu machen.
6. Die GMK bekräftigt, dass die Aufklärung über die Organspende nach dem Transplantationsgesetz eine auf Dauer angelegte Gemeinschaftsaufgabe von Bund, Ländern, gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen ist, und stellt fest, dass nur eine kontinuierliche Fortsetzung der Informationsarbeit zu einer anhaltenden Steigerung der Bereitschaft zur Organspende führen kann, die Aktivitäten der Aufklärung zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein sollen und die vielfältigen Erfahrungen von Patientenverbänden einzubeziehen sind. Dabei soll wegen des Wiedererkennungswertes der Informationsinitiativen das Logo der BZgA „Organspende schenkt Leben“ mit dem Hinweis auf das kostenlose Infotelefon Organspende der BZgA und der DSO verwendet werden.

14. Hält die Bundesregierung Sanktionen für notwendig, um die mit der Durchführungspraxis zum Transplantationsgesetz beauftragten Länder ggf. besser in die Pflicht nehmen zu können?

Wenn ja, welche?

Wenn nein, warum nicht?

Die für die Umsetzung des Transplantationsgesetzes erforderlichen Maßnahmen sind von den Ländern getroffen worden. Die Ausführung des Gesetzes erfolgt grundsätzlich in eigener Zuständigkeit und Verantwortung der Länder. Anhaltspunkte dafür, dass die Länder die ihnen nach dem Transplantationsgesetz obliegenden Pflichten nicht erfüllen, liegen nicht vor.

Generell stellten Sanktionen auch nicht immer ein geeignetes Mittel zur Durchsetzung oder Verbesserung der zu erreichenden Ziele dar. Gerade für die Organspende, die in jeder Hinsicht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruht, wäre

das Instrument der Sanktionen wenig hilfreich und könnte vielmehr sogar kontraproduktiv wirken, da die Gefahr besteht, dass durch Zwangsmaßnahmen die Organspende in ein schlechtes Licht gerät und der Sache dadurch geschadet werden könnte.

Die Bundesregierung begrüßt den Beschluss der 77. GMK am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin und sieht die darin aufgeführten Maßnahmen als geeignet an, um die Zahl der postmortalen Organspenden in Deutschland dauerhaft zu erhöhen und in allen Ländern auf ein vergleichbar hohes Niveau anzuheben. Aus der Sicht der Bundesregierung ist dabei Ziffer 1 des Beschlusses von besonderer Bedeutung, da es in erster Linie von den Krankenhäusern mit Intensivbetten abhängt, wie vollständig sie – in Erfüllung der zu ihrem Versorgungsauftrag gehörenden Pflicht nach § 11 Abs. 4 TPG zur Mitwirkung bei der Ermöglichung postmortalen Organspenden – verstorbene Patientinnen und Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen, identifizieren und mitteilen, damit die erforderlichen weiteren Maßnahmen getroffen werden können, um im Einzelfall zu klären, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen. Die Bundesregierung geht dabei davon aus, dass mit der vollständigen Erfüllung der Mitteilungspflicht die Zahl der postmortalen Organspender zunehmen wird.

15. Welche Einflussmöglichkeiten nutzt die Bundesregierung, um zum Beispiel über die Landesregierungen eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und Ärzte zu bewirken?
29. Welche Vergütungsmodelle können für den Mehraufwand bei der Organentnahme, auch erfolgloser Organentnahme, und Organtransplantation in Betracht gezogen werden, um die Motivation der mitwirkenden Krankenhäuser und Ärzte zu fördern?

Eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und Ärzte kann vor allem dann gelingen, wenn die Organisationsstrukturen in den Krankenhäusern verbessert werden. Zur Erfüllung ihrer diesbezüglichen Verpflichtung haben bereits einige Länder (Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz) in ihren Ausführungsgesetzen zum Transplantationsgesetz, andere Länder (Berlin, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Sachsen) auf andere Weise, die Krankenhäuser mit Intensivbetten verpflichtet, Transplantationsbeauftragte zu bestellen oder andere organisatorische Vorkehrungen zur Erfüllung der Mitteilungspflicht nach § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG zu treffen. Eine wichtige Rolle kommt auch den Transplantationszentren selbst zu, indem sie durch Gespräche und Informationen vor Ort die Bedeutung der Organspende erläutern.

Da den Ländern die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung und das Krankenhauswesen obliegt, hat die Bundesregierung keine unmittelbaren Einflussmöglichkeiten, um auf eine stärkere Mitwirkung der Krankenhäuser und Ärzte hinzuwirken. Im Hinblick auf die für den weiteren Ausbau der Organisation erforderlichen Mittel ist jedoch auf die zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen der Anlagen zum Vertrag über die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG<sup>3</sup> hinzuweisen. Danach werden die Leistungen der Krankenhäuser zur Ermöglichung postmortalen Organspenden – die Feststellung des Todes eines potenziellen Organspenders, die intensivmedizinischen Maßnahmen bis zur Organentnahme und die Organentnahme selbst – seit dem 1. Januar 2004 durch Aufwandserstattungen nach einem neuen zeitgemäßen Modulsystem vergütet. Eine wesentliche finanzielle Verbesserung stellt auch die Regelung dar, wonach die Aufwandserstattung auch dann für in diesem Rahmen jeweils erbrachte

<sup>3</sup> Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 16. April 2004 (Bundesanzeiger Nr. 73 vom 17. April 2004, S. 8181).



Leistungen zu bezahlen ist, wenn es nachfolgend im Einzelfall nicht zur Entnahme transplantierbarer Organe gekommen ist, etwa weil Organe mangels Einwilligung nicht entnommen werden durften oder sich erst nach einer Organentnahme herausstellte, dass das betreffende Organ nicht transplantierbar ist. Damit wird verhindert, dass das immer bestehende Risiko erfolgloser Maßnahmen zur Organspende finanziell einseitig zulasten der Krankenhäuser geht. Gleichzeitig wurden die seit über 20 Jahren unveränderten Aufwandsersstattungen für entnommene und transplantierte Organe erheblich angehoben. Zudem wurde eine Evaluierung der Aufwandsersstattung vereinbart, um künftig erforderliche Anpassungen sachgerecht vornehmen zu können. Damit sind die finanziellen Rahmenbedingungen insbesondere für die Wahrnehmung der Möglichkeiten zur postmortalen Organspende in den Krankenhäusern erheblich verbessert worden, sodass davon auszugehen ist, dass dies auch nach entsprechender Anlaufzeit positive Wirkungen im Hinblick auf die Beteiligung an der Mitteilung von potenziellen postmortalen Organspendern durch Krankenhäuser und Ärzte haben wird.

16. Wie kann erreicht werden, dass die nach dem Transplantationsgesetz für die Aufklärung der Bevölkerung verantwortlichen Institutionen – Bundesländer, Krankenkassen, BZgA – die Aufklärung der Bevölkerung über die Organspende und die Organtransplantation intensivieren?

Die durch § 2 Abs. 1 TPG sowohl den Ländern als auch den Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit – insbesondere der BZgA – und den Krankenkassen gesetzlich zugewiesene Aufgabe der Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende, die Voraussetzungen der Organentnahme und die Bedeutung der Organübertragung sowie die Bereithaltung von Organspendeausweisen wird bereits derzeit umfassend wahrgenommen. Einzelne Länder engagierten und engagieren sich mit verschiedenen Maßnahmen und Aktivitäten für die Organspende und kooperieren dabei mit der BZgA. So zum Beispiel im Rahmen der Kampagne „Organspende – Wissen hilft entscheiden“ in Schleswig-Holstein von 2001 bis 2003, durch ein Streetworkprojekt in Rheinland-Pfalz von 2001 bis 2004, durch eine Gemeinschaftsaktion zur Förderung der Organspende und Organtransplantation in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2002 sowie durch die „Initiative Organspende“ der HAGE in Hessen von 2002 bis 2004. Bei den Aktivitäten der Länder handelt es sich meist um zeitlich und in ihrer Reichweite begrenzte Projekte. Infolge einer Initiative der Projektgruppe zur Förderung der Organspende und Organtransplantation der AOLG im Jahr 2003 kommen die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach § 2 TPG zur Aufklärung über Organspende mittlerweile vermehrt nach, so z. B. mit der Streuung von Organspendeausweisen, zum Teil auch im Rahmen der Verteilung von Gesundheitspässen, im Rahmen von Ausstellungen, Fachmessen sowie Pressegesprächen, oder Artikeln zur Organspende in den Mitgliederzeitschriften. Die von der BZgA durchgeführte langfristig angelegte Aufklärungskampagne „Organspende schenkt Leben“ wird mit einer Vielzahl von Medien und Maßnahmen in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern seit mehreren Jahren intensiv und vielgestaltig durchgeführt. Die Maßnahmen umfassen neben Anzeigen, Kino- und Fernsehspots, Ausstellungen, Internetangeboten, persönnlich-kommunikativen Projekten und Informationsbroschüren insbesondere auch das in großem Maße angenommene kostenlose Infotelefon Organspende.

17. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, um die auf dem Gebiet der Organspende arbeitenden Selbsthilfegruppen in ihrer Tätigkeit bei der Aufklärung der Bevölkerung zu unterstützen?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung seit 1998 dafür ergriffen?

Der Bundesverband der Organtransplantierten e. V. (BDO), der Bundesverband Herzranke Kinder e. V. (BVHK) und andere Selbsthilfegruppen unterstützen die Öffentlichkeitsarbeit, indem sie in ihren Broschüren und bei Veranstaltungen Informationen zur Organspende und entsprechende Ausweise vorstellen. So beteiligen sich ca. 175 lokale/regionale Mitgliedsorganisationen der Dialysepatienten Deutschlands e. V. regelmäßig an Aktionen zur Aufklärung und Information der Bevölkerung, beispielsweise zum Tag der Organspende und zur Nierenwoche. Um alle Bürgerinnen und Bürger regelmäßig mit der Organspende zu konfrontieren, könnten, wie dies teilweise bereits geschieht, durch die Gemeinden auf freiwilliger Basis in vermehrtem Umfang mit jedem neu ausgestellten Pass und/oder Führerschein Organspendeinformationen und -ausweise ausgegeben werden. Eine direkte Einflussmöglichkeit seitens der Bundesregierung besteht insoweit jedoch nicht. Teilweise stellen die Länder den Selbsthilfegruppen Geldmittel zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit zur Organspende zur Verfügung und beziehen sie in Veranstaltungen zur Organspende einschließlich Öffentlichkeitsarbeit mit ein. Die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in die Aktivitäten der Länder im Bereich Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende ist auch unter dem Gesichtspunkt des Erzielens von Synergieeffekten wünschenswert. Soweit immer wieder die besondere Bedeutung der Aufklärungsarbeit in den Schulen – unter Umständen auch unter Einbeziehung der Selbsthilfegruppen – hervorgehoben wird, ist die Aufnahme des Themas Organspende in die Lehrpläne der Schulen, wie dies bereits z. B. in Bayern geschehen ist, zu begrüßen.

Die Selbsthilfverbände werden in ihrer Arbeit kontinuierlich von der BZgA unterstützt. Sie erhalten alle Informationsmaterialien der BZgA kostenlos, ebenso die von der BZgA speziell für die Arbeit der Selbsthilfegruppen vor Ort entwickelten Informationseinheiten, wie Theke, Schirme, Pläne usw. Darüber hinaus veranstaltet die BZgA in größeren Abständen Informationstage für die Betroffenenverbände, um Impulse für die Aufklärungsarbeit vor Ort zu geben.

18. Hält es die Bundesregierung für sinnvoll, Aufklärungsarbeit in Bezug auf Organspende und Organtransplantation in Zukunft auch verstärkt im Schulunterricht, zum Beispiel im Rahmen von Fächern wie Ethik, Religion, Philosophie und Biologie zu integrieren?

Wenn ja, welche Maßnahmen wird sie gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den Bundesländern beziehungsweise mit der Kultusministerkonferenz ergreifen?

Die Bundesregierung hält die Aufnahme des Themas Organspende in den Schulunterricht für sinnvoll. Es ist wichtig, sich möglichst frühzeitig mit diesem Thema auseinander zu setzen. Jugendliche sind darüber hinaus an der Auseinandersetzung mit Fragen zur Organspende besonders interessiert und der Thematik gegenüber aufgeschlossen. In einzelnen Ländern bestehen verstärkte Bemühungen, das Thema im Schulunterricht zu platzieren. In Baden-Württemberg wurden im Rahmen der Bildungsreform 2004 für die allgemeinbildenden Schulen Bildungsstandards entwickelt, die zum Schuljahr 2004/05 in Kraft treten werden. In den einzelnen Schularten und Fächern wird das Thema „Organspende“ im Rahmen von größeren Themenbereichen ausgewiesen. In Niedersachsen sind die Themen Organspende und Transplantation fest in den Lehrplänen und Rahmenrichtlinien für die allgemeinbildenden Schulen enthalten. In Bayern wurde das Thema Organspende und Transplantation bereits in die Lehr-

pläne für Gymnasien und Realschulen z. B. im Fach Biologie aufgenommen. Darüber hinaus führt das Bayerische Sozialministerium in Zusammenarbeit mit der DSO sowie dem Transplantationszentrum Großhadern die Veranstaltung „Schulen in die Transplantationszentren“ durch. Bei dieser Veranstaltung werden monatlich Schulklassen in das Transplantationszentrum eingeladen und erhalten dort umfassende Informationen zum Thema Organspende. In Zusammenarbeit mit dem Kultusministerium werden ergänzend Lehrerfortbildungen an einem Transplantationszentrum angeboten. In Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt gehört das Thema Organspende und Organtransplantation zu den möglichen Unterrichtsinhalten z. B. in Philosophie und Biologie; das Thema ist jedoch nicht verbindlich festgeschrieben. In Sachsen ist die Organspende ebenfalls im Lehrplan enthalten. Brandenburg, Bremen und Thüringen beabsichtigen die Verankerung des Themas Organspende im Unterricht.

Die Bundesregierung begrüßt die verstärkte Integration von Aufklärungsarbeit in Bezug auf Organspende und Organtransplantation in den Schulunterricht. Die Inhalte des Schulunterrichts liegen jedoch in der Kulturhoheit der Länder. Die Länder stimmen ihr Vorgehen zu wichtigen Vorhaben im Rahmen der Gremien der Kultusministerkonferenz untereinander ab und binden bei Bedarf auch externe Sachverständige ein.

Die BZgA unterstützt die Schulen im Rahmen ihrer Aufklärungsarbeit, indem sie Informationsmaterialien, die im Unterricht eingesetzt werden können, zur Verfügung stellt. Die BZgA erarbeitet darüber hinaus derzeit einen Unterrichtsfilm mit Begleitmaterial für Lehrkräfte, um eine Hilfestellung für die Erarbeitung des Themas Organspende im Schulunterricht anbieten zu können. Es ist beabsichtigt, mit diesen Materialien auf die Kultusministerkonferenz zuzugehen.

19. Wie beurteilt die Bundesregierung die Forderung des Transplantationschirurgen Christoph Broelsch, „DER SPIEGEL“ 50/2002, Seite 178 ff., nach Einführung von „Anreiz- und Bonusmodellen“ für die postmortale Organspende, wie zum Beispiel Steuergutschrift und Gewährung von Sterbegeld?

Die Tatsache, dass der Bedarf an geeigneten postmortal gespendeten Organen wesentlich größer ist als die Zahl geeigneter Spenderorgane und dass weiterhin Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten für eine Organtransplantation stehen und nicht rechtzeitig ein Organ erhalten, verpflichtet grundsätzlich alle staatlichen und nicht staatlichen Stellen, ihre Anstrengungen im Sinne einer ständigen Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Organspende fortzusetzen und zu intensivieren. Wenngleich zu diesen Rahmenbedingungen auch die Spendebereitschaft der Bürgerinnen und Bürger gehört, so kommen finanzielle Anreiz- oder Bonusmodelle zur Erhöhung einer postmortalen Organspendebereitschaft aus der Sicht der Bundesregierung nicht als Lösung in Betracht. § 17 TPG stellt eindeutig klar, dass es verboten ist, mit Organen Handel zu treiben. Dieses Verbot fußt auf einem sehr breiten gesellschaftlichen Konsens. Die von Herrn Prof. Broelsch vorgeschlagenen Modelle sind vor diesem Hintergrund kritisch zu sehen. Schließlich muss gewährleistet sein, dass die Erklärung zur Organspendebereitschaft auf einer bewussten und freiwilligen Entscheidung beruht. Die für eine Organspendebereitschaft notwendige Akzeptanz wäre gefährdet, wenn durch solche Anreizmodelle eine bewusste und freiwillige Entscheidung für eine Organspende beeinträchtigt wird oder gar infrage gestellt ist. Die notwendige breite gesellschaftliche Akzeptanz würde durch eine solche Verknüpfung untergraben. Die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ist bewusst praktizierte Menschlichkeit, die anderen, schwer kranken Menschen die letzte Möglichkeit der Medizin schenkt, ihr Leben zu retten oder ihre Ge-

sundheit weitgehend wiederherzustellen. Sie beruht auf der freien persönlichen Entscheidung des Einzelnen. Auch die Ablehnung einer postmortalen Organspende ist als freie persönliche Entscheidung zu respektieren. Die Entscheidung über eine postmortale Organspende sollte nicht mit Anreizen verbunden werden, die eine freie persönliche Entscheidung beeinträchtigen könnten, indem sie die altruistische Entscheidung zugunsten schwer Kranker mit Eigennutzen verknüpfen. In dem Sinne hat sich auch die Ständige Kommission Organtransplantation der BÄK im Hinblick auf die Lebendspende in ihren Positionen zur Lebendorganspende gegen jede Lockerung oder gar Aufhebung des Entgeltlichkeitsverbots ausgesprochen; auch wirtschaftliche Anreize zur Organspende sollen danach weiterhin nicht erlaubt sein.

20. Wie beurteilt die Bundesregierung die technische und rechtliche Möglichkeit, die Zustimmung oder Ablehnung zur potenziellen Organspende in Zukunft auf der Krankenversicherungskarte zu registrieren?

Die Möglichkeit, auf der Gesundheitskarte die Bereitschaft des bzw. der Versicherten zur Organspende aufzunehmen, wird in der Konzeption zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte berücksichtigt.

Für die Aufnahme eines rechtswirksamen Organspendeausweises auf der Gesundheitskarte wäre es erforderlich, dass die Patientinnen und Patienten die Organspendeerklärung elektronisch signieren. Ebenso wie der Organspendeausweis in Papierform die gültige Unterschrift des Erklärenden vorsieht, müsste bei einer elektronischen Speicherung der Erklärung diese elektronisch unterschrieben werden können. Sobald Patientinnen und Patienten über elektronische Signaturen verfügen, könnten Organspendeerklärungen auf der Gesundheitskarte aufgenommen werden.

Zwischenzeitlich wird geprüft, inwieweit auf der Gesundheitskarte Hinweise darauf aufgenommen werden können, dass an einem bestimmten Ort ein Organspendeausweis eines bzw. einer Versicherten in Papierform vorhanden ist.

Insgesamt ist die Prüfung der rechtlichen und technischen Umsetzungsmöglichkeiten noch nicht abgeschlossen.

21. Wie hoch ist seit 1998 die jährliche Ablehnungsrate der Familien im Falle des Todes eines Angehörigen, der über einen Organspenderausweis verfügte?

Welche Handlungsmöglichkeiten sieht die Bundesregierung, um den Familienangehörigen etc. Ängste und Bedenken zu nehmen?

Die Zulässigkeit der Organentnahme hängt nach § 3 Abs. 1 TPG von der Einwilligung des Organspenders ab. Eine solche erklärte Einwilligung in die Organentnahme liegt insbesondere immer dann vor, wenn der Verstorbene einen Organspendeausweis besitzt. Für eine Entscheidung der Angehörigen bei erklärtem Willen des Verstorbenen besteht damit kein Raum. Erst wenn der tatsächliche Wille des Organspenders – also weder eine Einwilligung noch eine Ablehnung, als Organspender zur Verfügung stehen – auch im Hinblick auf den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen, sind die Angehörigen berechtigt, subsidiär eine eigene Entscheidung zu treffen.

Nach Angaben der DSO liegen die registrierten Ablehnungsraten zur Organspende in Deutschland im Jahr 1998 bei 32,5, im Jahr 1999 bei 37,1, im Jahr 2000 bei 37,7, im Jahr 2001 bei 39,2, im Jahr 2002 bei 34,9 und im Jahr 2003 bei 34,8 Prozent. Die Ablehnung gründet sich über die Jahre bei ca. 65 bis 75 Prozent der Fälle auf den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen. Ein

schriftlich oder mündlich formulierter Wille ist in etwa 18 Prozent ausschlaggebend. In der restlichen Zahl der Fälle gehen eigene Wertvorstellungen der Angehörigen in die Entscheidung im Sinne des Verstorbenen ein.

Für die Angehörigen ist es in ihrer Trauersituation nicht leicht, eine Entscheidung im Sinne des bzw. der Verstorbenen zu treffen, wenn dieser sich zu Lebzeiten über eine mögliche Organspende im Todesfall nicht geäußert hatte oder eine solche Äußerung nicht bekannt ist. Die Gründe für die Ablehnung einer Organspende durch die Angehörigen eines Verstorbenen sind vielfältig und komplex. Große Bedeutung kommt dem Gespräch des behandelnden Arztes und/oder des Transplantationskoordinators mit den Angehörigen zu. Hier spielt z. B. die Art der Gesprächsführung, das räumliche Umfeld des Gesprächs, die Fähigkeit zum einfühlsamen Umgang mit den trauernden Angehörigen, der Zeitpunkt der Überbringung der Todesnachricht und der Frage nach einer möglichen Organspende, eine sachliche und differenzierte, an den im Organspendeausweis aufgezeigten Möglichkeiten orientierte Aufklärung über Art und Umfang einer möglichen Organspende, das Eingehen auf die Sorge der Angehörigen über den Umgang mit dem Verstorbenen, die sorgfältige äußere Wiederherstellung des Leichnams nach der Organentnahme, damit der Verstorbene in würdigem Zustand zur Bestattung übergeben wird, und die Gelegenheit für die Angehörigen zur Abschiednahme von dem Verstorbenen eine große Rolle.

Die DSO bietet seit 1994 spezielle Seminare an, um das Personal von Intensivstationen bei der Betreuung von Trauernden sowie bei der Gesprächssituation um die Bitte um eine Entscheidung zur Organspende zu unterstützen. Auch das Hinzuziehen des DSO-Koordinators in das Gespräch mit den Angehörigen trägt wesentlich dazu bei, dass Angehörige eine stabile Entscheidung – ohne Ängste und Bedenken – treffen können. Auf Wunsch informiert die DSO die Angehörigen über die Ergebnisse der Transplantation unter Wahrung der Anonymität des Empfängers und übermittelt anonym ein Dankschreiben des Empfängers an die Familienangehörigen des Organspenders. Die BZgA hat eine Broschüre 2004 für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Ärztinnen und Ärzte „Organspende – eine persönliche und berufliche Herausforderung“ veröffentlicht, in dem insbesondere auf das Gespräch mit den Angehörigen eingegangen wird. Im Übrigen ist auch die allgemeine Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger durch alle an der Organspende Beteiligten eine wichtige Voraussetzung zur Schaffung einer sachlichen Entscheidungsgrundlage für die Familienangehörigen.

22. Was sind die Ursachen für nicht erfolgte Meldungen potenzieller Organspender in Krankenhäusern mit Intensivstationen (vgl. Meldungen in der „Süddeutschen Zeitung“ vom 20. Februar 2004)?

Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Verlust potenzieller Organspenden durch organisatorische Fehler oder aufgrund des Mangels an Kapazitäten (z. B. Chirurgen und Krankenhausbetten) ein?

Nach § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG sind die Krankenhäuser verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patientinnen und Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, mitzuteilen.

Die Zahl derjenigen Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus auf der Intensivstation unter Bedingungen versterben, die nach dem Tod eine Entnahme transplantierfähiger Organe medizinisch ermöglichen, wird höher eingeschätzt als die Zahl der bisher gemeldeten potenziellen Organspender. Der DSO werden nur die aus Sicht der einzelnen Krankenhäuser als Spender in Betracht kommenden Patientinnen und Patienten gemeldet. Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine verlässlichen Angaben vor. Die Zahl potenzieller Organ-

spender, die durch organisatorische Fehler oder aufgrund des Mangels an Kapazitäten nicht gemeldet werden, ist nicht schätzbar. Auf die Antwort zu Frage 4 wird verwiesen.

Als Hauptgrund für die bislang nur unzureichende Wahrnehmung der Möglichkeiten zur postmortalen Organspende in den Krankenhäusern wird die erhebliche zusätzliche Arbeitsbelastung des Personals auf den Intensivstationen angegeben, die die Mitteilung eines verstorbenen Patienten als potenzieller Organspender nach sich zieht. Die nach der Hirntodfeststellung erforderlichen intensivmedizinischen Maßnahmen (Aufrechterhaltung der Homöostase bis zur Organentnahme), um die Entnahme transplantierfähiger Organe medizinisch zu ermöglichen, sind so aufwendig wie die intensivmedizinische Behandlung eines Schwerstkranken unter Einsatz maschineller Beatmung.

Dem steht nach Auskunft der DSO die Erfahrung aus der Region Nordost (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin) gegenüber, dass dort, wo die DSO nach der Mitteilung eines auf der Intensivstation verstorbenen Patienten, der als möglicher Organspender in Betracht kommt, in dem betreffenden Krankenhaus bei den weiteren intensivmedizinischen Maßnahmen und ihrer Überwachung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte hilft und damit das Krankenhauspersonal von diesen Aufgaben entlastet, die Krankenhäuser auch zur Mitteilung sämtlicher potenzieller postmortaler Organspender bereit sind und damit zur vollständigen Wahrnehmung der vorhandenen Möglichkeiten zur postmortalen Organspende beitragen. In dem Teil der Region Nordost, wo diese personelle Hilfe für alle Krankenhäuser mit Intensivstationen bereits gewährt wird, in Mecklenburg-Vorpommern, wird die höchste Zahl postmortaler Organspender je Million Einwohner in Deutschland erreicht. 2003 waren dies 25,9 Organspender je Million Einwohner, also fast doppelt so viel wie im Bundesdurchschnitt (13,8).

Zum Teil liegt die mangelnde Bereitschaft der Krankenhäuser zur Mitteilung potenzieller postmortaler Organspender nach Angaben der DSO auch daran, dass die DSO noch nicht in allen Krankenhäusern mit Intensivbetten als Koordinierungsstelle und damit Ansprechpartner für die Mitteilung und die bei Hirntoten zu treffenden medizinischen Maßnahmen wahrgenommen wird.

Zum Teil ist diesen Krankenhäusern auch noch nicht richtig bewusst geworden, dass ihre Mitwirkung zur Ermöglichung postmortaler Organentnahmen Bestandteil ihres Versorgungsauftrags ist. In den vergangenen Jahren hat es sich als hilfreich und wirksam erwiesen, wenn die betreffenden Krankenhäuser gelegentlich der Entscheidung über die Zuweisung öffentlicher Fördermittel zur Krankenhausfinanzierung durch die zuständigen Landesministerien an die Erfüllung auch dieses Teils ihres Versorgungsauftrags erinnert wurden. Ferner kann in den jährlichen Budgetverhandlungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen die Erfüllung des Versorgungsauftrags auch in diesem Bereich thematisiert werden, damit die vorhandenen Möglichkeiten zur postmortalen Organspende im Interesse der Organtransplantationen von den Krankenhäusern vollständig wahrgenommen werden.

23. Wie bewertet die Bundesregierung die Aussage des Vorsitzenden der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer in der „Süddeutschen Zeitung“ vom 20. Februar 2004, nach der in bestimmten Fällen der Ablehnung von Spenderorganen durch ein Krankenhaus der Verdacht nahe liege, dass hinter der Ablehnung krankenhauserne Auseinandersetzungen um Personal und Betten stünden, in denen die Transplantationsabteilungen den Verzicht auf Transplantationen als Druckmittel gegenüber der Klinikleitung einsetzten?

Hat die Bundesregierung Erkenntnisse, dass diese Vermutung zutrifft?

Wenn ja, welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um diese Situation zu ändern?

Die Bundesregierung beteiligt sich nicht an derartigen Spekulationen. Es gibt wohl Ablehnungen von Kliniken aufgrund fehlender Kapazitäten. Die Bundesregierung hat jedoch keine Erkenntnisse, dass die in dem Interview mit der „Süddeutschen Zeitung“, erschienen in der Ausgabe vom 20. Februar 2004, geäußerte Vermutung zutrifft, dass die Transplantationsabteilungen versuchen, Druck auf die Klinikleitung auszuüben, indem sie nicht mehr transplantieren.

Die Bundesregierung hat keine Möglichkeit, in dem Zusammenhang direkte Maßnahmen zu ergreifen. Die aktualisierten Richtlinien der BÄK zur Organvermittlung sehen jedoch insoweit adäquate Maßnahmen vor. Die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten auf die Warteliste trifft das Transplantationszentrum unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patientinnen und Patienten (Patientenprofil) und im Rahmen des angebotenen Behandlungsspektrums des Transplantationszentrums (Zentrumsprofil). Gegebenenfalls sind die Patientin und der Patient über die Möglichkeiten der Aufnahme auf die Warteliste in einem anderen Transplantationszentrum aufzuklären. Rechtsgrundlage dieser Richtlinien ist das TPG. Gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 TPG werden die Regeln für die Organvermittlung von der BÄK nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festgestellt und entsprechend dem jeweiligen Erkenntnisfortschritt fortgeschrieben. Diese Richtlinien sind für die Vermittlungsstelle verbindlich. Bestehen bei registrierten Patientinnen und Patienten vorübergehend Kontraindikationen gegen eine Transplantation, werden die Patientinnen und Patienten als „NT“, vorübergehend „nicht transplantabel“, klassifiziert und bei der Empfängerenauswahl nicht berücksichtigt. Der Patient ist jeweils über seinen Meldestatus auf der Warteliste von einem Arzt des Transplantationszentrums zu informieren. Die Aufnahme der Patientinnen und Patienten in die Warteliste für eine Organtransplantation verpflichtet die Transplantationszentren sicherzustellen, dass jedem Patienten das allozierte Organ transplantiert werden kann, soweit keine medizinischen oder persönlichen Hinderungsgründe aufseiten des Empfängers vorliegen (Wahrung der Chancengleichheit aller Patientinnen und Patienten auf der für jedes Organ bundeseinheitlichen Warteliste). Deshalb muss jedes Transplantationszentrum dafür sorgen, dass über ein Organangebot jederzeit entschieden werden kann und ein akzeptiertes Organ unverzüglich transplantiert wird, um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten. Jeder Patient auf der Warteliste muss darüber informiert sein, dass ausnahmsweise Organe aus zentrumsinternen organisatorischen oder personellen Gründen nicht rechtzeitig transplantiert werden können, und für diese Situation vorsorglich entscheiden, ob er die Transplantation in einem anderen Zentrum wünscht oder auf das angebotene Organ verzichten will. Diese Entscheidung des Patienten ist zu dokumentieren. Gegebenenfalls empfiehlt sich eine vorherige Vorstellung des Patienten mit seinen Unterlagen im vertretenden Zentrum. Wenn ein Transplantationsprogramm ausfällt, muss das verantwortliche Zentrum unverzüglich die Vermittlungsstelle unter Angabe der Gründe, des vertretenden Zentrums sowie aller Patientinnen und Patienten der betroffenen Warteliste, die sich nicht für eine bedarfsweise Transplantation in einem anderen Zentrum entschieden haben, und das vertretende Zentrum informieren. Ist der Ausfall nicht nur kurzfristig, hat das verantwortliche Zentrum alle Patientinnen und Patienten der betroffenen Warteliste, die sich nicht für eine bedarfsweise Transplantation in einem anderen Zentrum entschieden haben, zu informieren.

24. Ist die Bundesregierung der Meinung, dass die Kliniken in diesem Zusammenhang besser überwacht werden müssen?

Wenn ja, welche Maßnahmen kann die Bundesregierung diesbezüglich ergreifen?

Eine Überwachung der Kliniken obliegt den Ländern im Rahmen der Krankenhausaufsicht. Daneben ist auf die im § 11 TPG getroffene Regelung hinzuweisen. Gemäß § 11 Abs. 1 TPG ist die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen, einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Im Rahmen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der BÄK und der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Auftraggeber einerseits und der DSO als Auftragnehmer andererseits hinsichtlich der Errichtung der Koordinierungsstelle nach § 11 Abs. 2 TPG geschlossenen Vertrages haben die Auftraggeber entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des § 11 Abs. 3 Satz 3 TPG zum Zweck der Erfüllung ihrer gesetzlichen Überwachungspflicht eine Überwachungskommission gebildet. Nach § 10 Abs. 2 des zwischen den Vertragsparteien geschlossenen Vertrages ist die Koordinierungsstelle verpflichtet, der Kommission die zur Überwachung der Einhaltung der Vertragsbestimmungen erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen sowie die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Kommission berichtet den Auftraggebern in regelmäßigen Abständen über die Einhaltung der Vertragsbestimmungen. Die Auftraggeber informieren die Auftragnehmerin über das Ergebnis. So ist für die nötige Transparenz gesorgt, indem die Kommission etwaige festgestellte Verstöße beispielsweise gegen die Verpflichtung zur Aufnahme in die Warteliste nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG und damit auch einen Verstoß gegen die Richtlinien der BÄK gemäß § 16 Abs. 1 Nr. 2, aufdecken kann.

25. Wie hoch ist pro Jahr die durchschnittliche Zahl der in den Transplantationszentren durchgeführten Transplantationen?

Die Zahl der in Deutschland nach Angaben der DSO im Jahr 2003 erfolgten Transplantationen (ohne Transplantationen aufgrund von Lebendspenden) ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Transplantationszentrum	Transplantationen						Gesamt
	Herz/ Herz- Lungen	Lunge	Leber	Niere	Pankreas/ Pankreas- Niere	Dünndarm	
Hannover	38	85	119	146	13		<b>401</b>
Berlin/Charité			89	156	19	2	<b>266</b>
München-Großhadern	50	31	26	99	23		<b>229</b>
Essen	7	18	98	88	5		<b>216</b>
Heidelberg	14		72	69	4		<b>159</b>
Hamburg	7	1	83	64	4		<b>159</b>
Köln	6		8	99	2	1	<b>116</b>
Freiburg i. Br.	13	3		84	11		<b>111</b>
Erlangen-Nürnberg	10		15	76	8		<b>109</b>
Leipzig	14	6	36	38	14		<b>108</b>
Bochum				76	28		<b>104</b>
Frankfurt a. M.	4	10	29	58	2		<b>103</b>
Mainz	1	6	51	30	10		<b>98</b>



Transplantationszentrum	Transplantationen						Gesamt
	Herz/ Herz- Lungen	Lunge	Leber	Niere	Pankreas/ Pankreas- Niere	Dünndarm	
Münster	21			70	1		92
Berlin DHZ	56	28					84
Jena	9	6	3	60			78
Bad Oeynhausen	72						72
Hannoversch-Münden				69			69
München rechts d. Isar			6	55	6		67
Düsseldorf				67			67
Lübeck				61	5		66
Regensburg	3		11	43	5		62
Rostock			7	42	13		62
Ulm				55	6		61
Kiel	23	4	29				56
Bonn			23	27	2		52
Tübingen			13	33	4		50
Stuttgart				48			48
Gießen	13	2		32			47
Halle	1			45			46
Berlin Benj.-Franklin				45			45
Dresden	16	1		26			43
Würzburg			7	33	3		43
Kiel				34	1	5	40
Homburg/Saar	1	9	7	21			38
Kaiserslautern				34			34
Göttingen	3		14	14			31
Bremen				29			29
Marburg				26	2		28
Mannheim				20			20
Augsburg				19			19
Aachen	3		3	10			16
Münster		2	14				16
Fulda	2			10			12
Magdeburg			10				10
München DHZ	6						6
<b>Transplantationszentren insgesamt</b>	<b>393</b>	<b>212</b>	<b>773</b>	<b>2 111</b>	<b>191</b>	<b>8</b>	<b>3 688</b>
<b>Durchschnittliche Zahl der Transplantationen je Transpl.-Zentrum</b>	<b>15,7</b>	<b>14,1</b>	<b>32,2</b>	<b>52,8</b>	<b>8,0</b>	<b>2,7</b>	<b>80,2</b>

Die Gesamtzahl von 3 688 Transplantationen wurde in 46 Transplantationszentren durchgeführt. Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass die durchschnittliche Zahl der in allen Transplantationszentren durchgeführten Transplantationen 2003 rechnerisch bei 80,2 Transplantationen je Transplantationszentrum liegt.

26. Wie beurteilt die Bundesregierung die Forderung der Deutschen Stiftung Organtransplantation, die Zahl der Transplantationszentren in Deutschland zu verringern und Transplantationen auf Krankenhäuser zu konzentrieren, die jährlich eine Mindestzahl an Transplantationen vornehmen?

Es ist die Aufgabe der Länder, im Rahmen ihrer Gesetzgebungskompetenz zur Krankenhausplanung die strukturellen Grundlagen für die Organtransplantation zu sichern. Dabei ist es auch Länderaufgabe, die Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung in den Transplantationszentren zu schaffen. § 10 Abs. 1 Satz 2 TPG legt als allgemeine Anforderung an die Krankenhausplanung der Länder fest, dass bei der Zulassung von Transplantationszentren nach § 108 SGB V Schwerpunkte für die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe zu bilden sind, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern. Dem trägt der auf der 77. GMK am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin einstimmig gefasste Beschluss „Gemeinschaftsaufgabe Organspende – Verbesserung der Organspende“ unter Ziffer 4 Rechnung. Insoweit wird auf die Antwort zu Frage 13 verwiesen. Die Bundesregierung begrüßt diesen Beschluss.

27. Hält die Bundesregierung Sanktionen für sinnvoll, wenn Kliniken trotz Spendemöglichkeiten keine Explantationen vorgenommen haben?

Die Mitteilungspflicht der Krankenhäuser nach § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG knüpft an die ärztliche Beurteilung eines geeigneten Spenders vermittlungspflichtiger Organe an. Dieser Beurteilungsspielraum des Arztes kann nicht straf- oder bußgeldrechtlich sanktioniert werden. Eine solche Sanktionierung wäre nach Auffassung der Bundesregierung auch nicht geeignet, ein besseres Mitteilungsverhalten der Krankenhäuser zu bewirken. Vielmehr gehört die Ermöglichung einer Organspende durch Wahrnehmung der gegebenen Möglichkeiten zur postmortalen Organspende zum Versorgungsauftrag der Krankenhäuser mit Intensivbetten. Es ist Aufgabe der Länder sicherzustellen, dass die Krankenhäuser auch diesen Teil ihres Versorgungsauftrags aktiv wahrnehmen und der Mitteilungspflicht nachkommen können.

28. Wie kann die so genannte Professionalisierung der Organspende in Deutschland erreicht werden?

Können gezielte Krankenhauskampagnen und Schulungen des Krankenhauspersonals dazu beitragen, und wenn ja, wie wird die Bundesregierung diese Maßnahmen fördern?

Bei der Beantwortung dieser Frage wird davon ausgegangen, dass mit der „so genannten Professionalisierung“ der Organspende die organisatorischen Voraussetzungen gemeint sind, die optimiert werden sollen.

Insoweit muss zunächst zwischen der Verantwortung für die Absicherung des Organspendeprozesses einerseits und der Verantwortung für die Mitteilung möglicher Organspender andererseits unterschieden werden.

Die Verantwortung für die Absicherung des Organspendeprozesses liegt bei der DSO, die durch den am 16. Juli 2000 in Kraft getretenen Vertrag nach § 11 TPG<sup>4</sup> mit den Aufgaben der bundesweiten Koordinierungsstelle beauftragt worden ist. Mit dem Vertrag wurden die Voraussetzungen für die dem Transplantationsgesetz entsprechende Organisation der regionalen Zusammenarbeit

<sup>4</sup> Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. Juni 2000 (Bundesanzeiger Nr. 131 a vom 15. Juli 2000) in der Fassung der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 16. April 2004 (Bundesanzeiger Nr. 73 vom 17. April 2004, S. 8181).

zwischen den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern geschaffen.

Die DSO hat zur Erfüllung ihres Auftrags in sieben vertraglich festgelegten Regionen die personellen und organisatorischen Strukturen geschaffen, um die kooperierenden Krankenhäuser und Transplantationszentren während des gesamten Organspendeprozesses kontinuierlich zu beraten und zu entlasten. Dies erfolgt durch speziell ausgebildete Koordinatoren der DSO.

Im Vordergrund der konsiliarischen Betreuung einer Organspende durch die DSO stehen die medizinischen Aspekte zur Spendereignung, organisatorische Hilfestellung bei der Feststellung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer, Beratung bei bzw. Übernahme der organerhaltenden Intensivtherapie, Untersuchungen zum Schutz der Organempfänger vor Übertragung von lebensbedrohlichen Infektions- oder Tumorerkrankungen sowie die Unterstützung bei krankenhausesübergreifenden Maßnahmen wie die Weitergabe der relevanten Daten an die Vermittlungsstelle, die Organisation der Organentnahme und die Transporte der vermittelten Organe in die Transplantationszentren.

Die Koordinatoren beraten die Kliniken auch bei den erforderlichen hausinternen Festlegungen und stellen das Unterstützungsprogramm der DSO vor, damit es in der Akutsituation einer möglichen Organspende zu einer am Bedarf adaptierten Zusammenarbeit kommen kann.

Zu den medizinischen, organisatorischen, juristischen und ethischen Fragen der Organspende führt die DSO außerdem regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen durch, um die Professionalität der Krankenhäuser im Rahmen der Organspende zu fördern. Dieses Angebot wird bislang allerdings nicht von allen Kliniken in Anspruch genommen.

Darüber hinaus stellt die DSO allen Krankenhäusern umfangreiche Fachinformationen zur Verfügung, in denen der Organspendeprozess in unterschiedlicher Tiefe beleuchtet wird. Diese Unterlagen können daher sowohl für die schnelle Orientierung als auch für die vertiefende Kenntnis von den Mitarbeitern des Krankenhauses genutzt werden.

Durch die Beauftragung der DSO als bundesweite Koordinierungsstelle für die Absicherung des Organspendeprozesses ist es gelungen, ein hohes Maß an Professionalisierung in dem Ablaufprozess der Organspende zu erreichen, das durchaus mit Ländern wie den USA, Spanien, Italien und Frankreich vergleichbar ist.

Die Verantwortung für die Mitteilung möglicher Organspender liegt bei den rund 1 400 Krankenhäusern, die über eine Intensivstation verfügen und Patientinnen und Patienten mit akuten primären oder sekundären Hirnschädigungen versorgen. Um dieser Verantwortung entsprechend nachkommen zu können, müssen in den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern die organisatorischen Voraussetzungen vorliegen, damit diese ihre gesetzliche Verpflichtung zur Mitteilung verstorbener Patientinnen und Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen, erfüllen können. Diese Mitteilungspflicht dient dem Ziel, dass bei den Patientinnen und Patienten ihr Wille hinsichtlich einer Organspende im Todesfall festgestellt und beachtet wird, und zwar unter Bedingungen, die es medizinisch ermöglichen, diesem Willen im Falle der Bereitschaft zur Organspende auch zu entsprechen.

Das erreichbare Niveau der Organspende hängt daher entscheidend von der Umsetzung der gesetzlich geforderten Gemeinschaftsaufgabe Organspende in jedem Krankenhaus mit Intensivbetten ab. Es ist Aufgabe der Krankenhausträger und -leitungen, die insoweit erforderlichen Strukturen zu etablieren, um das Engagement für die Organspende zu fördern. Dazu gehört die Erarbeitung von

Leitlinien für das ärztliche und pflegerische Personal und die Benennung von Personen, die im Auftrag der Klinikleitung die notwendigen Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen etablieren und dafür sorgen, dass die DSO frühzeitig in alle Entscheidungsprozesse einbezogen wird (Transplantationsbeauftragte). Dementsprechend haben bereits einige Länder in ihren Ausführungsgesetzen zum Transplantationsgesetz die Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Einrichtungen verpflichtet, Transplantationsbeauftragte zu bestellen.

Eine Intensivierung der Aufklärungsmaßnahmen wäre als flankierende Maßnahme zu den dargestellten strukturellen Voraussetzungen in den Transplantationszentren und anderen Krankenhäusern sowie bei den Fortbildungsveranstaltungen der DSO sinnvoll. Dazu hat die BZgA insbesondere durch die neueste, im Jahr 2004 erschienenen Broschüre „Organspende – eine persönliche und berufliche Herausforderung“, die sich an Krankenschwestern, Krankenpfleger, Ärztinnen und Ärzte richtet, einen maßgeblichen Beitrag geleistet. Die Bundesregierung wird die BZgA im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel weiterhin in ihrem Bemühen unterstützen, die kontinuierlich erforderliche Aufklärungsarbeit und die zur noch weiteren Verbesserung der organisatorischen Strukturen der Organspende nötigen Informationen und Motivationen zu leisten.

30. Wie wird in der Praxis mit den Beschwerden und dem Widerspruch gegen die Entscheidung von Transplantationszentren über die Aufnahme eines potenziellen Organempfängers auf die Warteliste beziehungsweise die Herausnahme davon umgegangen?

Besteht diesbezüglich Verbesserungsbedarf?

Über die Aufnahme eines potenziellen Organempfängers in die Warteliste bzw. die Herausnahme aus der Warteliste haben die Transplantationszentren gemäß § 11 Abs. 2 Nr. 2 TPG nach Regeln zu entscheiden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Organübertragung, d. h. nach medizinischen Kriterien (z. B. Operabilität, Operationsrisiko, Begleiterkrankungen etc.). Die Entscheidung erfolgt im Rahmen von Transplantationskonferenzen der beteiligten Expertinnen und Experten (z. B. aus den Bereichen Nephrologie, Hepatologie, Transplantationschirurgie, Urologie).

Zu diesen Regeln hat die BÄK gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TPG Richtlinien verabschiedet. Die Richtlinien enthalten ein Regelwerk von insgesamt acht jeweils organspezifischen Richtlinien für Wartelisten und Organvermittlung. Diese werden durch die gemäß § 16 Abs. 2 TPG gebildete „Ständige Kommission Organtransplantation“ der BÄK vorbereitet. Die Richtlinien berücksichtigen die bei ihrer Erstellung belegten aktuellen medizinischen Tatbestände und streben an, auch die größtmögliche Chancengleichheit für alle betroffenen Patientinnen und Patienten zu erreichen. Die Richtlinien werden von der BÄK dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft angepasst. Da die zuständige Kommission der BÄK eine generelle jährliche Überprüfung der Richtlinien festgelegt hat, ist sichergestellt, dass eventuell notwendige Klarstellungen und Verdeutlichungen sowie gegebenenfalls Aktualisierungen entsprechend dem neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand vorgenommen werden.

Sollte es in seltenen Fällen zu Beschwerden oder zu Widersprüchen gegen die Entscheidung über die Aufnahme eines potenziellen Organempfängers in die Warteliste beziehungsweise die Herausnahme aus der Warteliste kommen, wird das Transplantationszentrum in der Regel seine Entscheidung reevaluiert und dies mit dem behandelnden Arzt oder dem Patienten besprechen und seine Gründe darlegen. Soweit dies seitens des Patienten oder der Patientin ge-

wünscht wird, kann darüber hinaus jederzeit eine weitere Meinung in einem anderen Transplantationszentrum eingeholt werden. Ein Verbesserungsbedarf wird daher nicht gesehen.

31. Welche Organe kommen nach Kenntnis der Bundesregierung überhaupt für eine Lebendspende in Betracht, und wie schätzt die Bundesregierung die gesundheitlichen Risiken und Belastungen der Spender dabei ein?

Für eine Lebendspende kommen neben einer Niere vor allem Teile der Leber in Betracht. Darüber hinaus ist eine Lebendspende auch möglich bei Teilen der Lunge, des Pankreas und des Darms. Zu einer Lebendspende des Herzens kann es in den seltenen Fällen der so genannten Domino-Transplantation kommen, in denen aus operationstechnischen Gründen bei gleichzeitiger Herz-Lungen-Transplantation das gegebenenfalls funktionsfähige Herz des Transplantatempfängers explantiert wird.

Vorauszuschicken ist, dass die Risiken und Belastungen der Organspender abhängig sind von dem zu entnehmenden Organ, der Entnahmetechnik und dem gesundheitlichen Zustand des Spenders bzw. der Spenderin.

Grundsätzlich bestehen bei allen Lebendorganspenden Risiken im Rahmen der notwendigen Voruntersuchungen wie z. B. Leberbiopsie, Angiographie oder Spiegelungen sowie die allgemeinen operativen Risiken wie Blutungen, Infektionen, Verletzung von Nachbarorganen etc. sowie das Narkoserisiko.

Daneben bestehen langfristige Risiken wie beispielsweise Verwachsungen und deren Komplikationen (z. B. Darmverschluss nach Bauchoperation), Entwicklung von Narbenbrüchen oder fehlende Reservekapazität bei der Entnahme etwa von Niere, Leberlappen oder Pankreas.

Zu den einzelnen Organen ist entsprechend den Aussagen von Experten bzw. Kliniken Folgendes anzuführen:

#### Niere

Aus den bisherigen Erfahrungen ist von einem Mortalitätsrisiko in der Größenordnung von 1:1 000 bis 1:10 000 auszugehen, wobei die Häufigkeit nicht tödlicher Komplikationen naturgemäß weitaus höher liegt. In einer Auswertung von nahezu 1 000 Spendern in verschiedenen Zentren berichteten Mc Cune et al. kürzlich über eine allgemeine Komplikationsrate von knapp 20 Prozent. Die Rate ernsthafter Komplikationen mit der Notwendigkeit von Folgeoperationen oder von zusätzlichen Krankenhausaufenthalten lag bei 3,1 Prozent. Wundheilungsstörungen waren etwas häufiger bei offener als bei laparoskopischer Entnahme zu beobachten, während Harnwegskomplikationen sowie gastrointestinale Störungen bei der laparoskopischen Vorgehensweise häufiger waren. In beiden Gruppen dauerte es 40 bis 50 Tage, bis die Spender wieder ihrer gewohnten Arbeit nachgehen konnten.

Das Risiko des Spenders, selbst ein chronisches Nierenversagen zu erleiden, ist gering und liegt bei genetisch nicht mit dem Empfänger verwandten Spendern im statistischen Rahmen. In Deutschland wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen Transplantationsgesellschaft ein Nierenlebendspenderegister eingerichtet, in das auch die Daten der gesetzlich vorgeschriebenen Langzeitüberwachung der Spenderinnen und Spender eingehen sollen.

#### Leber

Für die Leberteile-Lebendspende muss von einer deutlich höheren Rate an tödlichen Komplikationen ausgegangen werden als bei der Nierenspende. Die von verschiedenen Zentren publizierten Daten sind uneinheitlich. In den aus Deutschland stammenden Daten liegt das Risiko für tödliche Komplikationen

bei 1 bis 2 Prozent. Genaue Daten zur Zahl tödlicher Komplikationen sind auch aus den USA nicht vorhanden, aber Todesfälle nach Leberteile-Lebendspenden sind wiederholt berichtet worden und haben nach einer umfassenden Berichterstattung in den Medien zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Leberteile-Lebendspenden im Jahr 2003 geführt. Aufgrund des größeren chirurgischen Eingriffs ist auch die Wahrscheinlichkeit allgemeiner chirurgischer Komplikationen höher als bei einer Nierenlebenspende. Das Risiko eines transfusionspflichtigen Blutverlustes für den Spender muss mit zumindest 10 bis 20 Prozent beziffert werden. Über längerfristige Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Spenders lassen sich allerdings heute noch keine belastbaren Aussagen machen.

#### Darm und Pankreas

Für die Lebenspende von Darmteilen sowie Teilen der Bauchspeicheldrüse liegen insbesondere aus den USA Berichte kleiner Serien mit jeweils weniger als 20 Fällen vor. Todesfälle wurden nicht angegeben, die allgemeine Komplikationsrate lag bei 20 Prozent.

#### Lunge

Die Lungenteil-Lebenspende ist selten und in der Regel nur für kindliche, jugendliche oder kleine erwachsene Empfänger möglich, da bei dem Spender nur ein Lungenlappen, d. h. also ein Drittel bis die Hälfte einer Lungenhälfte entfernt wird. Ein Lungenlappen eines Erwachsenen ersetzt dann einen kompletten Lungenflügel des kindlichen Empfängers. Die typischen Erkrankungen, bei denen eine Lebenspende bisher durchgeführt wurde, wie insbesondere die Mukoviszidose, erfordern in der Regel eine beidseitige Lungentransplantation, so dass zwei Spender benötigt werden, was, wie Kritiker betonen, natürlich die Komplikationsrate in der Summe deutlich erhöht. In der Literatur ist allerdings kein Todesfall im Rahmen der Lungensegmententnahme (Lobektomie) bei über 250 Spendern beschrieben worden. Aus der Erfahrung mit Lobektomien z. B. bei Krebspatienten weiß man aber, dass mit einer Mortalität von etwa 1 Prozent zu rechnen ist.

Die Häufigkeit bedeutsamer Komplikationen bei der Lungenteil-Lebenspende liegt, legt man die Berichte von zwei Zentren in den USA zugrunde, bei 15 bis 20 Prozent. Darüber hinaus muss der Spender mit einer dauerhaften Reduktion seiner Lungenfunktion um etwa 15 Prozent rechnen.

32. Wie kann erreicht werden, dass der Entscheidungsprozess der einzelnen Lebendspendekommissionen im Hinblick auf die zunehmende Anzahl der Lebendorganspender transparent und kontrollierbar bleibt?

Ist es erstrebenswert, dass ablehnende Voten einer Kommission künftig verbindlich sein sollten?

Nach § 8 Abs. 3 Satz 4 TPG wird das Nähere zu den Lebendspendekommissionen, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, durch Landesrecht bestimmt. Die Länder haben von dieser Befugnis in verfahrensmäßiger Hinsicht in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht; inhaltlich weichen die Bestimmungen nicht wesentlich voneinander ab. Durch die in diesem Zusammenhang getroffenen Regelungen, insbesondere über die Fertigung eines Protokolls der Anhörung sowie der Pflicht zur gutachtlichen Stellungnahme und deren Bekanntgabe, ist die Entscheidung der Lebendspendekommissionen transparent und kontrollierbar. Eine weiter gehende Kontrolle im Sinne einer Rechtskontrolle durch Behörden und Gerichte ist weder wünschenswert noch sachgerecht. Die Verantwortung sollte auch für Transplantationen aufgrund einer Lebenspende bei den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten der jeweiligen Transplantationszentren bleiben. Erstrebenswert

wäre allerdings eine länderübergreifende Transparenz der Entscheidungen der Lebendspendekommissionen untereinander insoweit, als negative Voten den anderen Lebendspendekommissionen bekannt gemacht werden sollten, um ein „Kommissions-Hopping“ zu vermeiden. Da sich die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages derzeit unter anderem auch mit dem Thema Lebendorganspende befasst, wird die Bundesregierung zunächst den diesbezüglichen Bericht dieser Kommission und ihre Empfehlungen abwarten.

33. Sollte der Kreis der Lebendorganspender aufgrund des akuten Mangels an postmortalen Organspenden über bisherige verwandschaftliche und andere persönliche Bindungen zwischen Spender und Empfänger hinaus gesetzlich erweitert werden?

Wie beurteilt die Bundesregierung die Zulassung uneingeschränkter Crossover-Spenden und die Einführung der unentgeltlichen anonymen Lebendspende (pooling)?

Die gesetzliche Einschränkung des Spenderkreises hinsichtlich nicht regenerierbarer Organe durch § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen, dient dem erklärten Ziel des Gesetzgebers, die Freiwilligkeit der Organspende zu gewährleisten und den Spender vor einer vorschnellen und gegebenenfalls unter Druck zustande gekommenen Entscheidung zu bewahren sowie Organhandel zu verhindern. Eine Ausweitung des Spenderkreises kann de lege ferenda vor dem Hintergrund nur insoweit in Betracht kommen, als diese Ziele dadurch nicht gefährdet oder beeinträchtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Frage einer erweiterten Zulassung von Überkreuz-Lebendspenden und die Frage einer Zulassung der unentgeltlichen anonymen Lebendspende. Auch insoweit wird die Bundesregierung jedoch zunächst den Bericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages zur Lebendorganspende abwarten.

34. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher ergriffen, um die Lebendorganspender und Organempfänger auf die Organspende beziehungsweise Organtransplantation vorzubereiten und längerfristig psychisch und medizinisch zu betreuen?

Besteht diesbezüglich Verbesserungsbedarf, und wenn ja, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung?

Ihre Aufgabe, die Organspender und Organempfänger auf die Organspende beziehungsweise die Organtransplantation vorzubereiten und längerfristig psychisch und medizinisch zu betreuen, obliegt den jeweils für die Organentnahme und die Transplantation verantwortlichen Personen und Einrichtungen. Die insoweit erforderlichen Rahmenbedingungen hat der Gesetzgeber mit dem Transplantationsgesetz geschaffen. Im Rahmen der gemäß § 8 Abs. 2 TPG durchzuführenden Aufklärung des Organspenders müssen diesem alle wesentlichen Informationen vermittelt werden. Der Arzt kann gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 TPG auch andere sachverständige Personen, also z. B. auch Psychologen, hinzuziehen. Es obliegt also den behandelnden Ärzten, in Umsetzung der Bestimmungen des Transplantationsgesetzes die insoweit erforderlichen Maßnahmen zur Vorbereitung auf die Transplantation zu treffen. Nach § 8 Abs. 3 Satz 1 darf die Entnahme von Organen bei einem Lebenden erst durchgeführt werden, nachdem sich der Organempfänger und der Organspender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt haben. Die Verpflichtung

zur ärztlich empfohlenen Nachbetreuung soll ausweislich der Gesetzesbegründung eine optimale ärztliche und psychische Betreuung von Organspender und Organempfänger gewährleisten, um den Erfolg der Transplantation auf Dauer zu sichern (vgl. Bundestagsdrucksache 13/4355, Begründung, S. 21). Sie ist in Zusammenhang mit der in § 10 Abs. 2 Nr. 5 TPG normierten Verpflichtung des Transplantationszentrums zu sehen, sowohl vor als auch nach einer Transplantation Maßnahmen für eine erforderliche psychische Betreuung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus sicherzustellen. Problematischer ist die Situation, wenn der Organspender aus dem Ausland stammt. Da nicht vorgeschrieben ist, wo die Nachbehandlung zu erfolgen hat, ist die Organentnahme auch zulässig, wenn sich der Organspender zur Teilnahme an einer im Ausland durchzuführenden Nachbetreuung bereit erklärt hat. Die Verpflichtung des Transplantationszentrums erstreckt sich in diesem Fall nur auf die stationäre Nachbehandlung.

35. Auf welche Summe belaufen sich die Kosten diverser Organtransplantationen und deren Nachbetreuung im Jahr 2003?

Wie haben sich diese Kosten gegenüber den Vorjahren (seit 1998) entwickelt und warum?

Der Bundesregierung liegen hierüber keine Erkenntnisse vor.

36. Ist nach Meinung der Bundesregierung die Betreuung und Koordinierung der Lebendorganspende in Deutschland zu verbessern?

Wenn ja, durch welche Maßnahmen?

Hält die Bundesregierung Maßnahmen, wie zum Beispiel die Errichtung eines Lebendorganspender-Registers, die gesetzliche Klarstellung einer der Lebendorganspende vorausgehenden Erfassung des Empfängers auf der bundeseinheitlichen Warteliste für die postmortale Organspende sowie die Einrichtung einer bundeszentralen Koordinierungsstelle, für erstrebenswert?

Nein. Die Bundesregierung sieht hierfür derzeit keine Notwendigkeit.

Die Einrichtung eines nationalen wie auch eines internationalen Registers bezogen auf Lebendorganspenden erscheint aus Gründen der Verbesserung der medizinischen Nachbetreuung und als eine Grundlage für Maßnahmen zur Qualitätssicherung sinnvoll.

Eine gesetzliche Regelung dergestalt, dass der vorgesehene Empfänger eines lebend gespendeten Organs vor der Transplantation auf der bundeseinheitlichen Warteliste erfasst worden sein muss, ist nach Auffassung der Bundesregierung nicht zwingend. Diese Notwendigkeit ergibt sich bereits aus dem Grundsatz der Subsidiarität der Lebendorganspende gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG, soweit nicht im Einzelfall der vorgesehene Empfänger die Transplantation eines postmortal gespendeten Organs von vornherein auch für den Fall ablehnt, dass die Transplantation des lebend gespendeten Organs keinen Erfolg hat. Entsprechend hat auch die Ständige Kommission Organtransplantation der BÄK die Auffassung, dass sich diese Verpflichtung aus dem gesetzlich verankerten Subsidiaritätsprinzip herleitet, insbesondere den Transplantationszentren gegenüber wiederholt dargelegt.

Die Einrichtung einer bundeszentralen Koordinierungsstelle ist, bezogen auf die derzeitige Gesetzeslage, im Hinblick auf den zulässigen, im Gesetz umschriebenen Spenderkreis nach Auffassung der Bundesregierung nicht sinnvoll.



37. Hält die Bundesregierung die geltenden versicherungsrechtlichen Regelungen zur Risikoabsicherung der Lebendspender für ausreichend oder besteht hier gesetzlicher Änderungsbedarf, zum Beispiel in Hinsicht auf die Kranken-, Lebens- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder durch einen Ausgleich von Einkommensausfällen?

Die Kosten der Durchführung der Organspende und der Behandlung des Spenders einschließlich der notwendigen ambulanten und stationären Maßnahmen zur Vorbereitung der Explantation sowie der gesetzlich geregelten wie auch einer aufgrund privater Vereinbarung mit dem Spender vereinbarten physischen oder psychischen Nachsorge einschließlich eventueller Zuzahlungen, werden nach geltendem Recht von der Krankenkasse des Organempfängers getragen; dies gilt entsprechend für privat versicherte Organempfänger. Aufwendungen durch Spätfolgen und mittelbare Folgen der Organentnahme werden hingegen nicht mehr von der Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung des Organempfängers übernommen. Der Verdienstausfall infolge der operationsbedingten Arbeitsunfähigkeit gehört – jedenfalls dem Grunde nach – ebenso wie die Fahrtkosten des Organspenders zu den von der Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung des Organempfängers zu zahlenden Kosten.

Ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers entfällt dann, wenn die gesetzliche Unfallversicherung eintritt. Der kraft Gesetzes in der Unfallversicherung versicherte Organspender hat dann Ansprüche auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn im Zusammenhang mit der Organentnahme (einschließlich der Vorbereitung und der erforderlichen Nachbehandlungen) Komplikationen auftreten, die über die durch die Entnahme notwendig bedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinausgehen, also nicht lediglich eine Verwirklichung des durch die Entnahme erhöhten allgemeinen Krankheitsrisikos des Spenders darstellen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, liegt ein Arbeitsunfall des Organspenders vor, der die Ansprüche aus der Unfallversicherung begründet. Erfasst werden auch solche Komplikationen, die sich erst bei späteren Erkrankungen als Aus- oder Nachwirkungen der Organspende ergeben.

Der Bericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages zur Lebendorganspende wird auch versicherungsrechtliche Aspekte darstellen. Die Bundesregierung wird den Bericht abwarten.

38. Ist die Kostenerstattung für Patienten, die in Deutschland krankenversichert sind und im Ausland eine Organtransplantation durchführen lassen, rechtlich ausreichend geregelt oder besteht hier Änderungsbedarf?
39. Wie hoch ist nach Erkenntnissen der Bundesregierung die Zahl deutscher Staatsbürger, die sich im Ausland einer Lebendorganspende unterziehen?  
Welcher gesetzliche Regelungsbedarf beziehungsweise Veränderungsbedarf besteht diesbezüglich?

Bei gesetzlich Krankenversicherten, die eine Organtransplantation in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum durchführen lassen, besteht nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V ein Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung der Sachleistung im Inland zu tragen gehabt hätte, sofern die Krankenkasse der Behandlung zuvor zugestimmt hat. Eine Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland hätte erlangt werden können. § 13 Abs. 6 SGB V in

Verbindung mit § 18 Abs. 2 SGB V sieht zudem vor, dass die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen kann. Für Behandlungen im übrigen Ausland gilt nach § 18 Abs. 1 SGB V, dass die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen kann, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich ist. Auch in diesem Fall gilt, dass die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen kann (vgl. § 18 Abs. 2 SGB V). Diese gesetzlichen Regelungen für gesetzlich Krankenversicherte werden als ausreichend gesehen. Ein Änderungsbedarf besteht nach Auffassung der Bundesregierung nicht.

Für den Bereich der privaten Krankenversicherungen sind die Leistungsansprüche des Versicherten im Versicherungsvertrag geregelt. Privater Krankenversicherungsschutz gilt grundsätzlich europaweit und für die ersten vier Wochen eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland (gegebenenfalls auch für einen längeren Zeitraum). Die private Krankenversicherung übernimmt die entsprechenden Kosten nicht, wenn das Organ im Ausland auf eine Art und Weise beschafft worden ist, die deutschem Recht widerspricht.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Zahl deutscher Staatsbürger vor, die sich im Ausland einer Lebendorganspende unterziehen. Ein gesetzlicher Regelungs- bzw. Veränderungsbedarf wird nicht gesehen.

40. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl ausländischer Staatsbürger, die sich als Spender bzw. Empfänger in Deutschland einer Lebendorganspende unterziehen?

Der Bundesregierung liegen keine vollständigen Angaben über die Zahl ausländischer Staatsbürger vor, die sich als Spender bzw. Empfänger in Deutschland einer Lebendorganspende unterziehen. Die Lebendorganspende liegt nach dem TPG in der Verantwortung der Transplantationszentren. Der Bericht der DSO nach § 11 Abs. 5 TPG über die Tätigkeit der einzelnen Transplantationszentren enthält zwar Daten über Lebendorganspenden, jedoch nicht zur Staatsangehörigkeit der Spender und Empfänger.

Nach § 8 Abs. 3 TPG darf die Entnahme von Organen bei einem Lebenden erst durchgeführt werden, nachdem sich der Organspender und der Organempfänger zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt haben und die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgte oder das Organ Gegenstand verbotenen Organhandels nach § 17 TPG ist.

Die Abfrage bei den Ländern hat ergeben, dass die Lebendspende von ausländischen Staatsbürgern insgesamt eine untergeordnete Rolle spielt. In Nordrhein-Westfalen betrug der Anteil organspendewilliger Ausländer, der in der Regel mit dem der organempfangenden ausländischen Personen übereinstimmt, in den Jahren 2000 bis 2003 zwischen 21 und 26 Prozent aller von der Kommission beratenden Personen. Diese Prozentangaben beziehen sich sowohl auf ausländische Personen, die zum Zwecke einer Organtransplantation in die Bundesrepublik einreisen als auch auf Personen, die ihren Daueraufenthalt in der Bundesrepublik haben. In Baden-Württemberg beschäftigten diese Fälle die Lebendspendekommissionen nur zu einem geringen Prozentsatz. In Hessen haben seit Aufnahme der Tätigkeit der Lebendspendekommission zwölf Anträge von ausländischen, in Deutschland lebenden Staatsbürgern vorgelegen. In Schles-

wig-Holstein spielt die Lebendspende von ausländischen Personen nur eine untergeordnete Rolle. Wenn sie durchgeführt wird, handelt es sich meist um hier lebende Ausländer, bei denen ein im Ausland wohnender Familienangehöriger spendet. Sie unterziehen sich dem in § 8 TPG vorgeschriebenen Verfahren, d. h. sie werden der Kommission vorgestellt, ein Dolmetscher übersetzt. Äußerst selten kommt ein im Ausland lebender Ausländer mit seinem ebenfalls im Ausland lebenden Spender (weniger als einmal pro Jahr). In Sachsen hat es seit Inkrafttreten des TPG insgesamt drei Anhörungen ausländischer Staatsbürger vor der Lebendspendekommission gegeben. Davon lebten in zwei Fällen die Empfänger aus unterschiedlichen Gründen dauerhaft in Deutschland, in einem Fall waren Empfänger und Spender (ein Ehepaar) nur zur Lebendspende nach Deutschland gekommen.

41. Wie ist in den vergangenen Jahren mit den Lebendorganspendern umgegangen worden, die im Ausland leben und ein Organ beziehungsweise Organteil einem Verwandten in Deutschland zur Verfügung gestellt haben?

Die Voruntersuchungen, die Feststellung der Zulässigkeit der Organentnahme und die Nachbetreuung von Lebendorganspendern sind im Transplantationsgesetz sowie den entsprechenden Richtlinien der Bundesärztekammer geregelt. Organspender, die im Ausland leben und ihrem in Deutschland lebenden Verwandten ein Organ spenden möchten, sind deutschen Lebendorganspendern gleichgestellt. Die unmittelbare postoperative Nachbetreuung von Lebendorganspendern, die im Ausland leben, und ein Organ gespendet haben, ist gewährleistet. Problematisch können im Einzelfall die Voruntersuchungen und die ambulanten Nachuntersuchungen eines Spenders im Ausland sein, wenn die für einen Lebendspender vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen (insbesondere gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 6 sowie § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 Buchstabe a und Nr. 6 TPG) im konkreten Fall im Ausland weder rechtlich noch faktisch sichergestellt sind oder überwacht werden können.

42. Welche Maßnahmen wurden für diesen Spenderkreis in Bezug auf die Nachbetreuung ergriffen?  
Besteht hier Verbesserungsbedarf?

Nach § 8 Abs. 3 TPG darf die Organentnahme bei einem Lebendspender nur erfolgen, nachdem sich dieser zur Teilnahme an einer ärztlichen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Wenn die ärztliche Nachbetreuung nicht sichergestellt ist, dürfen die Organe nicht entnommen werden. Bezüglich der längerfristigen Nachbetreuung solcher Lebendorganspender wurden bisher individuelle und unterschiedliche Konzepte verfolgt, wie z. B. die Nachbetreuung im Transplantationszentrum im Rahmen von Verwandtenbesuchen in Deutschland oder auch die Übermittlung von Befunden, die eine Einschätzung des Gesundheitszustandes des Spenders erlauben, aus dem Ausland. Insoweit besteht allerdings durchaus Verbesserungsbedarf.

43. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über das Ausmaß des illegalen Organhandels in Deutschland?

Hält es die Bundesregierung für zielführend, strafrechtlich gegen Ärzte vorzugehen, die Transplantationen von verkauften beziehungsweise gekauften Organteilen vorgenommen haben?

Seit 2001 sind dem Bundeskriminalamt insgesamt 56 Sachverhalte übermittelt worden, die im weiteren Sinne dem Deliktsfeld „Illegaler Organhandel“ zuzurechnen sein könnten. Diese Sachverhalte sind zum überwiegenden Teil durch Presseberichterstattung, Hinweise aus der Bevölkerung und seitens der DSO bekannt geworden. In 22 der gemeldeten 56 Sachverhalte bestand ein zumindest wahrscheinlicher Bezug zu Deutschland; allerdings führten die jeweils eingeleiteten Ermittlungen in nur einem Fall zu einer Verurteilung nach dem Transplantationsgesetz. Das Landgericht München I hat mit rechtskräftigem Urteil vom 23. Mai 2002 eine Person wegen versuchten Handeltreibens mit Organen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten verurteilt, wobei die Vollstreckung der Freiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt worden ist (LG München I, NJW 2002, S. 2655 f.).

§ 18 TPG sieht die umfassende Strafbarkeit aller Personen vor, die mit Organen Handel treiben oder Organe entnehmen, übertragen oder sich übertragen lassen, denn die Rechtsordnung toleriert einen kommerziellen, an Gewinnerzielung orientierten Handel mit Organen nicht. Das wird, wie in unserer Rechtsordnung üblich, mit einem strafrechtlichen Verbot zum Ausdruck gebracht, das nicht nur auf Strafverfolgung bei konkreten Verstößen abzielt, sondern bereits durch seine Existenz präventive Wirkung entfalten soll. Gerade im Sinne einer präventiven Wirkung wäre es kontraproduktiv, Ärzte von der Strafandrohung auszunehmen, denn ihre Mitwirkung an Organentnahme und -transplantation dürfte regelmäßig unabdingbar sein, die präventive Wirkung der Vorschrift also auch darauf angewiesen sein, dass potenzielle Spender und Empfänger eines illegalen Organhandels nicht mit legaler medizinischer Hilfe rechnen können.

44. Wie bewertet die Bundesregierung die Entwicklung der Xenotransplantation und künstlicher Organe?

Sieht sie hierin eine zeitnah realisierbare Alternative zur Transplantation von Humanorganen?

Zwar gibt es unverkennbar deutliche Fortschritte sowohl bei der Entwicklung der Xenotransplantation als auch bei der von künstlichen Organen, doch dürften beide Alternativen zur Organtransplantation bestenfalls erst langfristig zur Verfügung stehen. Als weitere sehr langfristige Alternative ist das Tissue-Engineering zu nennen.

45. Welche Geldmittel hat die Bundesregierung seit 1998 jährlich zur Förderung der Forschung im Bereich der Transplantationsmedizin zur Verfügung gestellt?

Wie werden die nachstehend genannten Gebiete – Indikation und Epidemiologie, Aufnahmekriterien für Transplantationswartelisten, Alternativverfahren zur postmortalen Organspende (z. B. Xenotransplantation), Langzeitvorsorge und Immunabwehr – gefördert?

Die Forschung auf dem Gebiet der Transplantationsmedizin bzw. in dessen Umfeld wurde von der Bundesregierung innerhalb von verschiedenen Programmen gefördert, wobei allerdings nicht alle oben genannten Gebiete eine Förderung erfahren haben.

Im Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesregierung wurden Untersuchungen zur Transplantationsmedizin in zwei Vorhaben gefördert. Ein Vorhaben der Klinischen Pharmakologie der Universität Rostock befasste sich mit der Optimierung der Anwendung von Immunsuppressiva, die im Zusammenhang mit Organtransplantationen benötigt werden. Es wurde zwischen 1998 und 2002 mit 952 000 Euro gefördert.

Ein Verbundvorhaben zur Entwicklung transgener Schweine als Organspender für Xenotransplantate wurde zwischen 1998 und 2002 mit 1 001 000 Euro gefördert. Ziel war die Bereitstellung von Xenotransplantaten von Schweinen ohne die primäre immunologische Barriere, die normalerweise zur sofortigen Abstoßung des artfremden Organs durch das menschliche Immunsystem führen würde. Es gelang, transgene Schweine zu erzeugen und weiter zu vermehren, die in verschiedenen Organen humane Komplement-Inhibitoren (z. B. CD59, DAF) an der Zelloberfläche exprimieren und damit die sofortige Immunreaktion unterbinden. In geeigneten Testsystemen konnte im Vergleich zu genetisch nicht veränderten Kontrollen eine deutliche Unterdrückung von Abstoßungsreaktionen nachgewiesen werden. Allerdings dürften die bislang eingeführten genetischen Veränderungen allein noch nicht ausreichen, um ein langfristiges Überleben des Xenotransplantates im menschlichen Organismus zu garantieren. Zudem müssen vor einem klinischen Einsatz beim Menschen weitere Fragen zur langfristigen Funktionsfähigkeit und Verträglichkeit des Xenotransplantates sowie zur biologischen Sicherheit geklärt werden.

Im Rahmen des Biotechnologieprogramms des Bundesministeriums für Bildung und Forschung wurde im Jahre 2000 ein eigener Förderschwerpunkt zum Tissue-Engineering bekannt gemacht, in dessen Rahmen bisher insgesamt 23 Mio. Euro für 22 Gemeinschaftsvorhaben bewilligt wurden.

In interdisziplinären, gemeinsamen Vorhaben von Unternehmen der Wirtschaft mit Hochschulen und Forschungseinrichtungen werden Methoden und Verfahren entwickelt, die als Quelle humanen Gewebes dienen können und als Basistechnologie vielfältige Felder von Forschung und Entwicklung durchdringen. Insbesondere werden Arbeiten gefördert, die biologische Materialien zur Geweberekonstruktion und hybriden Gewebeersatz auf den Ebenen Moleküle, Zellen und Gewebe bzw. Organe entwickeln und nutzen.

Die Förderung bezieht sich inhaltlich auf die Schwerpunkte

- Organregeneration (Leber, Niere, Haut, Gefäßsystem, 13 Gemeinschaftsvorhaben, 12 Mio. Euro Fördermittel),
- Regeneration von Nerven/neuronalen Geweben (drei Gemeinschaftsvorhaben, 4 Mio. Euro Fördermittel) und
- Regeneration von Knorpel und Knochen sowie entsprechenden Matrices (sechs Gemeinschaftsvorhaben, 7 Mio. Euro Fördermittel).

Neben der öffentlichen Förderung konnten zusätzlich 16 Mio. Euro an privaten Mitteln mobilisiert werden. Derzeit sind 20 weitere Gemeinschaftsvorhaben in Höhe von 15 Mio. Euro für die Förderung vorgesehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat von 1997 bis 2003 im Rahmen der Ressortforschung ein Forschungsprojekt zur Xenotransplantation am Paul-Ehrlich-Institut und am Robert Koch-Institut in Höhe von 682 900 Euro gefördert. Hierbei ging es insbesondere um die Frage, wie hoch das Infektionsrisiko durch endogene Retroviren des Schweins ist, falls Zellen, Gewebe und Organe von Schweinen, die auch genetisch verändert sein können, auf menschliche Patientinnen und Patienten transplantiert würden. Forschergruppen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts sind Teilnehmer an dem seit April 2004 geförderten Transregio-Forschungsverbund „Xenotransplantation“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft, in dem die biologi-

sche Kompatibilität von Organen und Geweben aus genetisch veränderten Schweinen in präklinischen Versuchen mit Altweltaffen untersucht werden. Die durch bestimmte Transgene bzw. den genetischen Knock-out veränderte Expression und Infektiosität von endogenen Retroviren in Miniaturschweinen und Schweinen der Deutschen Landrasse wird am Paul-Ehrlich-Institut und am Robert Koch-Institut analysiert werden.

Darüber hinaus wurde im Jahre 1999 ein Projekt zur Erhebung der Einstellung der Ärzteschaft zum Thema Organspende mit einem Betrag von unter 10 000 Euro gefördert. Parallel dazu wurde die Organspendebereitschaft in Deutschland wiederholt (1999, 2000 und 2001) mittels einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung durch die BZgA erhoben, die auch 2003 in Befragungen die Einstellung Jugendlicher zu diesem Thema untersucht hat.

46. Wie beurteilt die Bundesregierung die Zusammenarbeit zwischen den deutschen Transplantationszentren und der Stiftung Eurotransplant?

Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um die Zusammenarbeit zu verbessern?

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben durch den am 16. Juli 2000 in Kraft getretenen Vertrag nach § 12 TPG<sup>5</sup> die private gemeinnützige Stiftung Eurotransplant International Foundation in Leiden/Niederlande (Eurotransplant) mit der Vermittlung der nach dem Transplantationsgesetz vermittlungspflichtigen postmortal gespendeten Organe Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Darm beauftragt. Der Vertrag regelt die Aufgaben der Vermittlungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren. Die tägliche Zusammenarbeit zwischen den deutschen Transplantationszentren und Eurotransplant wird nach Auskunft der Deutschen Transplantationsgesellschaft sowie von einer Vielzahl von Ländern als zufriedenstellend bis gut bewertet.

Nach § 12 Abs. 5 Satz 3 TPG überwachen die Vertragspartner die Einhaltung der Vertragsbestimmungen. Der gesetzliche Auftrag dient der Gewährleistung einer den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden Organvermittlung auf der Grundlage der dazu ergangenen Richtlinien der BÄK. Eurotransplant nimmt auf dieser Grundlage im Rahmen einer internationalen Organallokation, die Belgien, Deutschland, Luxemburg, die Niederlande, Österreich und Slowenien umfasst, die Organvermittlung für Patientinnen und Patienten auf den Transplantationswartelisten in Deutschland vor. In der Ständigen Kommission Organtransplantation sowie in der Prüfungskommission nach § 12 Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 TPG und in der Überwachungskommission nach § 12 Abs. 5 Satz 3 TPG werden die jeweils anstehenden Fragen der Umsetzung des Vertrages nach § 12 TPG über die Organvermittlung und der Anwendung der Richtlinien der Bundesärztekammer nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 TPG zur Organvermittlung geprüft und mit Eurotransplant geklärt.

Darüber hinaus verabschiedeten die DSO und Eurotransplant zum 15. Mai 2003 auf der Grundlage des Vertrages nach § 12 TPG eine Kooperationsvereinbarung zur Regelung einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten der deutschen Transplantationszentren<sup>6</sup>. Diese Vereinbarung enthält unter anderem Regelungen zu Prozessabläufen im Rahmen des Vermittlungsverfahrens innerhalb

<sup>5</sup> Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. Juni 2000 (Bundesanzeiger Nr. 131 a vom 15. Juli 2000) in der Fassung der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 16. April 2004 (Bundesanzeiger Nr. 73 vom 17. April 2004, S. 8181).

<sup>6</sup> Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 11. September 2002 (Bundesanzeiger Nr. 178 vom 21. September 2002, S. 22373).

Deutschlands, grenzüberschreitende Rahmenvereinbarungen zur elektronischen Datenübermittlung bezogen auf ein von den Krankenkassen finanziertes EDV-Projekt (ETIS) einerseits sowie bezogen auf die Prozess- und Ergebnisqualität entnommener und vermittelter sowie transplantierte Organe andererseits und Regelungen über den Austausch von Daten zur Erfüllung der vertraglich vereinbarten Berichtspflichten nach dem Transplantationsgesetz. Im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen Eurotransplant und der DSO wurde die Bildung einer gemeinsamen Kommission vereinbart zur Regelung medizinischer und organisatorischer Fragen. Neben dieser gemeinsamen Kommission wurden zwischenzeitlich auf der Arbeitsebene weitere Arbeitsgruppen zu verschiedenen Schwerpunkt-Themen etabliert.

47. Beabsichtigt die Bundesregierung, Schritte zur Harmonisierung der Transplantationsmedizin auf EU-Ebene zu unternehmen, und wenn ja, welche?

Eine Harmonisierung des Rechtsrahmens für die Transplantationsmedizin auf EU-Ebene ist nur im Rahmen der Kompetenznorm des Artikels 152 Abs. 4 Buchstabe a des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV) möglich. Danach kann der europäische Rat Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs verabschieden; diese Maßnahmen hindern die Mitgliedstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder einzuführen. Artikel 152 Abs. 5 Satz 2 EGV macht darüber hinaus deutlich, dass die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt bleiben. Insoweit beschränkt sich die EU-Kompetenz auf die Festlegung von hohen Qualitäts- und Sicherheitsstandards, wie dies für den Bereich von Gewebe und Zellen in der Richtlinie 2004/23/EG zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen vom 31. März 2004 geschehen ist. Für eine darüber hinausgehende Harmonisierung von den derzeit unterschiedlichen nationalen Rechtsvorschriften zur Organtransplantation besteht auf EU-Ebene keine Kompetenz.

Eine Harmonisierung bei Fragen der Spendersicherheit – mögliche Übertragung von Infektionskrankheiten und Ausschluss der Übertragung von Tumorerkrankungen – erfolgt bereits im Rahmen des Europarates. In der Praxis bedeutet dies, dass ein in einem europäischen Land, das Mitglied des Europarates ist, entnommenes Organ in Anwendung des betreffenden Leitfadens unter den gleichen medizinischen Kriterien beurteilt wird, wie dies z. B. in Deutschland der Fall ist. Damit wird ein hohes Maß an Sicherheit erzielt.

Unter diesen Umständen beabsichtigt die Bundesregierung nicht, Schritte zur Harmonisierung der Transplantationsmedizin auf EU-Ebene zu unternehmen.

