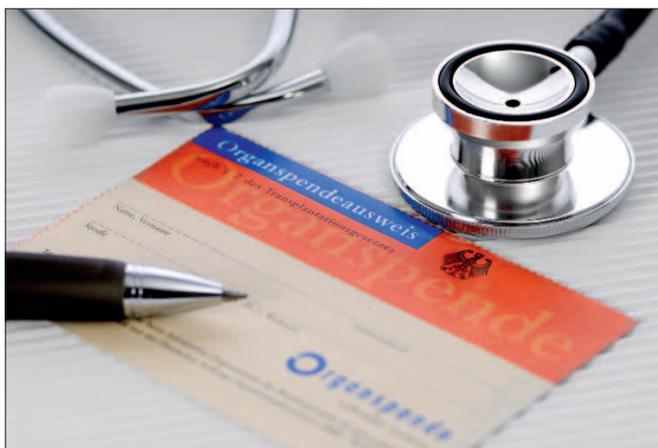


Thema: Bei den Organspendezahlen tritt Deutschland auf der Stelle. Verschiedene Vorschläge zielen darauf ab, mehr Organspenden zu verwirklichen und damit den rund 12.000 Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten zu helfen. Die Forderung nach einer Änderung des Transplantationsgesetzes findet Befürworter und Gegner.

von Jürgen Brenn

Organspende: Ärztliches Engagement für Patienten lebenswichtig



Es tut sich etwas in Sachen Organspende. Vor allem die Stagnation der Organspendezahlen hat zu einer intensiven Diskussion geführt, wie mehr Spenderorgane für die Patienten, die auf eine Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungentransplantation warten, realisiert werden können. Der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden hat im Mai einen Beschluss gefasst, der einen Paradigmenwechsel in der deutschen Organspendendiskussion einleiten könnte. In der Entscheidung heißt es: „Neben der Intensivierung der bereits eingeleiteten strukturellen, organisatorischen und finanziellen Maßnahmen muss eine zeitnahe neue gesetzliche Regelung im Sinne der Widerspruchslösung angestrebt werden.“ In Deutschland gilt seit dem 1. Dezember 1997 die sogenannte erweiterte Zustimmungslösung. Nach dem Transplantationsgesetz dürfen die Organe eines Toten nur entnommen werden, wenn entweder der Verstorbene sich zu Lebzeiten – beispielsweise in einem Organspenderausweis – für eine Organspende ausgesprochen hat oder die nächsten Angehörigen der Organentnahme zustimmen. Dagegen gilt in vielen anderen Staaten die nun vom Ärztetag geforderte Widerspruchslösung. Diese Regelung bestimmt, dass ein Verstorbener jederzeit als Spender in Frage kommt, es sei denn, er hat zu Lebzeiten ausdrücklich einer Spende widersprochen. Die Ärztetagsdelegierten hoffen, mit der Einführung der Widerspruchslösung die Organspenderzahl deutlich erhöhen zu können.

In Deutschland warten etwa 12.000 Patientinnen und Patienten auf ein Spenderorgan; allein über 8.000 auf eine Niere. Nach Angaben der Deutschen

Stiftung Organtransplantation (DSO) warten rund dreimal so viele Menschen auf eine Nierentransplantation wie Organe vermittelt werden können. Im Schnitt sterben täglich drei Menschen, weil nicht rechtzeitig ein Spenderorgan zur Verfügung steht. Dieses unbefriedigende Missverhältnis zwischen benötigten und gespendeten Organen, so hoffen die Befürworter der Widerspruchslösung, könnte durch eine Änderung des Transplantationsgesetzes verbessert werden. Sie verweisen darauf, dass in vielen Ländern, die eine höhere Spenderrate vorweisen können als Deutschland, die Widerspruchslösung praktiziert werde. Als Vorbild wird oft Spanien genannt. Dort gilt die freiwillige Widerspruchslösung, was bedeutet, dass zwar grundsätzlich eine Organentnahme möglich ist, wenn sich der Verstorbene nicht dagegen ausgesprochen hat. Gegen den Willen der Angehörigen wird allerdings auch dort kein Organ entnommen.

Der medizinische Vorstand der DSO, Professor Dr. Günter Kirste, hat sich allerdings gegen die Einführung einer Widerspruchslösung ausgesprochen. Er warnte sogar öffentlich davor: „Die Widerspruchslösung gefährdet das Ziel der Vollversorgung mit Organen. Die Menschen wollen sich diese Entscheidung nicht wegnehmen lassen“, so Kirste in einem Interview mit *Focus*. Auch Dr. Martina Wenker, Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, steht der Widerspruchslösung skeptisch gegenüber: „Man darf die Menschen in diesem Bereich nicht zu etwas zwingen.“

Beispiel Schweden

Auch sprechen die Zahlen nicht so eindeutig für eine Widerspruchslösung, wie es auf den ersten Blick zu vermuten ist. So hat beispielsweise Schweden mehrmals zwischen Zustimmungslösung und Widerspruchslösung gewechselt, ohne dass sich die Spenderaten signifikant geändert hätten. Auf diesen Umstand hatte die verfasste Ärzteschaft in einer Entscheidung auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster hingewiesen. Ein vergleichender Blick auf die Langzeitstatistiken von Deutschland und Schweden belegt diese Aussage. Die Zahl der Organspender pro eine Million Einwohner ist im Zeitraum zwischen 1996 und 2008 nicht deutlich höher als in Deutschland und lag teilweise unterhalb des deutschen

Niveaus. So startet die Statistik auf der Homepage der Organisation für Organspende in Mittelschweden (OFO) 1996 mit 11 schwedischen Spendern pro 1 Million Einwohner und 13 in Deutschland. Auch acht Jahre später lagen die Raten der beiden Länder mit 13,7 schwedischen Spendern und 12,8 in Deutschland nah beieinander. 2007 hatte Deutschland dann 16 und Schweden lediglich 14,3 Spender pro eine Million Einwohner. Nach einem Hoch mit 16,5 im Jahr 2008 (Deutschland: 14,6) ging die Zahl in Schweden deutlich zurück auf 13,9, wohingegen diese Größe hierzulande konstant bei 14,9 blieb. Seit 1996 steht die Widerspruchslösung im schwedischen Gesetz, das die Organspende seit 1975 regelt. „Wir können nicht sagen, dass die Widerspruchslösung die Zahl der Organspenden dramatisch ansteigen ließ, bestätigte die schwedische Organspendeorganisation „Donationsradet“ auf Anfrage des *Rheinischen Ärzteblattes*.

Gesetzliche Regelung keine Garantie

Die Zahlen lassen den Schluss zu, dass die gesetzlichen Regelungen nicht ausschlaggebend sind für die Steigerung der Spenderzahlen. Diese Meinung vertritt auch der Transplantationsbeauftragte des Universitätsklinikums Essen, Privatdozent Dr. Gernot Kaiser (siehe *Interview auf S. 14 f*). Vielmehr sind die organisatorischen Strukturen rund um die Organspende von großer Bedeutung. Dazu zählt die klinikerinterne Ausgestaltung der Organspende. „Wir brauchen flächendeckend Transplantationsbeauftragte in den Kliniken“, forderte Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, im Vorfeld des Tags der Organspende 2010. Es sei lebenswichtig für die Erkrankten, dass Möglichkeiten für Organspende in Deutschland auch tatsächlich genutzt werden, so Hoppe. „Krankenhäuser sind zwar jetzt schon gesetzlich verpflichtet, potenzielle Spender zu melden. Häufig fehlt es dafür aber an Personal. Die Gefahr besteht, dass die Chance auf ein gesundes Spenderorgan vertan wird, obwohl ein Organspendeausweis vorliegt oder Angehörige bereit wären, einer Spende zuzustimmen“, warnte Hoppe.

Die DSO ging mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Bundesministerium für Gesundheit im vergangenen Jahr noch einen Schritt weiter. Die drei Organisationen verabschiedeten eine Leitlinie für eine effizientere Zusammenarbeit zur Förderung der Organspende in Deutschland. Die Leitlinie setzt auf eine verstärkte Integration der Krankenhäuser in den Organspendeprozess. Es sei „von entscheidender Bedeutung, dass die Leitungsebene (...) einbezogen wird.“ Die Leitungsebene soll „die notwendigen Maßnahmen ergreifen bzw. veranlassen, um mögliche Organspender einer Hirntoddiagnostik zuzuführen, eine zeitnahe Meldung von postmortalen Organspendern (nach Hirntodfeststellung) zu ermöglichen sowie anschließend eine Stabilisierung der

Spender und eine Organentnahme sicherzustellen.“ Die Leitlinie sieht ebenfalls vor, für alle Krankenhäuser mit Intensivstationen Transplantationsbeauftragte zu bestellen.

Pilotprojekt Inhouse-Koordinatoren

Auf eine noch engere Bindung zwischen Intensivkliniken und der DSO zielt ein auf zwei Jahre befristetes Pilotprojekt zur Inhouse-Koordination an Universitätskliniken und Krankenhäusern mit neurochirurgischen Intensivstationen. Die Koordinatoren berichten regelmäßig an die DSO über ihre Tätigkeit. Im Gegenzug erhalten diese Kliniken verstärkt Fortbildungsangebote und Unterstützung durch die DSO. Ziel des von der DSO finanzierten Projektes ist, eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der großen Kliniken mit der DSO zu erreichen und die Kooperation möglichst reibungslos zu gestalten. „Die Zusammenarbeit mit den Kliniken gestaltet sich außerordentlich gut“, stellte Dr. Ulrike Wirges, Geschäftsführende Ärztin für die Region NRW der DSO, auf Anfrage fest. Derzeit beteiligen sich in NRW 19 von 25 in Frage kommenden Krankenhäusern an dem Pilotprojekt. In ganz Deutschland sind dies nach Angaben der DSO-Sprecherin Birgit Blome III von 150 Kliniken.

Aktionsplan der EU

Auch von europäischer Ebene verstärkt sich, angesichts von 56.000 Patienten auf den europäischen Wartelisten, der Druck auf die Mitgliedsstaaten. Das EU-Parlament und der Ministerrat haben kürzlich einem Richtlinienentwurf zu Qualitäts- und Sicherheitsstandards zugestimmt. Daran geknüpft ist ein Aktionsplan zur Stärkung der Kooperation zwischen den Mitgliedsstaaten bei Organspende und -transplantation. Der Aktionsplan zählt zehn Schwerpunktmaßnahmen auf, um das Organangebot zu erhöhen, die Leistungsfähigkeit und Zugänglichkeit der

Fortsetzung Seite 15

Curriculäre Fortbildung „Organspende“

Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet im September 2010 die Fortbildung „Organspende“ an. Der curriculäre Fortbildungskurs, der in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) veranstaltet wird, umfasst eine 16-stündige theoretische Fortbildung Organspende, die Teilnahme an einem 8-stündigen Kriseninterventionsseminar sowie eine 16-stündige Teilnahme an zwei Organentnahmen oder Simulationen. Die Fortbildung „Organspende“ beginnt am Freitag, 10. September 2010. Weitere Informationen unter Tel.: 02 11/43 02-13 02, E-Mail: marta.schmitz@aekno.de.

bre

Hinweis

Bei der BZgA können sowohl Organspendeausweise als auch Informationen für die Auslage im Wartezimmer und für Ärztinnen und Ärzte kostenlos bestellt werden unter www.bzga.de/infomaterialien/organspende, Tel.: 02 21/8 99 20.

Interview

Klare Strukturen und Ansprechpartner helfen

Eine Widerspruchslösung könnte die Arbeit der Transplantationsbeauftragten etwas erleichtern, allerdings sind konsequente Fortbildung und ein Bewusstseinswandel in der Bevölkerung ebenso wichtig. Das *Rheinische Ärzteblatt* sprach mit dem Transplantationsbeauftragten Privatdozent Dr. Gernot Kaiser.

RhÄ: Herr Privatdozent Dr. Kaiser, Sie sind Transplantationsbeauftragter des Universitätsklinikums Essen. Welche Voraussetzungen muss man für die Ausübung dieser Funktion mitbringen?

Dr. Kaiser: Zwingend vorgeschrieben sind wenige Voraussetzungen. Allerdings gibt es viele Wünsche, die damit verbunden sind.

RhÄ: Welche wären das?

Dr. Kaiser: Wünschenswert ist, dass Transplantationsbeauftragte eine Fortbildung im Bereich Organspende absolviert haben, wie zum Beispiel die zweitägige curriculare Fortbildung, wie sie von der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung angeboten wird und an der ich als Referent mitwirke. Dort geht es um allgemeine Themen der Transplantationsmedizin, damit man an eine Vorstellung davon bekommt, was eine Nieren-, Leber-, Lungen-, Herztransplantation bedeutet. Ein anderer Aspekt ist die Erkennung möglicher Organspender: Was sind mögliche Kriterien für eine Organspende? Welche medizinischen und gesetzlichen Voraussetzungen gibt es?

RhÄ: Was sind die konkreten Aufgaben eines Transplantationsbeauftragten?

Dr. Kaiser: Eine Aufgabe ist, Organisationsstrukturen im Haus zu schaffen, die es ermöglichen, alle potentiellen Organspender zu erkennen und die Organspenden zu realisieren. Da eine Organspende relativ gesehen ein seltenes Ereignis im Klinikalltag ist, muss der Prozess strukturiert und transparent sein. Es gibt eine große Zahl von Patienten mit Hirnschädigungen, bei denen man sich fragt, ob sie potentielle Organspender sind. Diese Fälle gilt es zu er-



Privatdozent Dr. Gernot Kaiser ist Facharzt für Viszeralchirurgie und Oberarzt am Universitätsklinikum Essen. Seit 2006 ist er Transplantationsbeauftragter des Klinikums und

betreut in dieser Funktion über 100 Intensivbetten.

Foto: Universitätsklinikum Essen

kennen und daraus die tatsächlichen Organspender herauszufiltern.

RhÄ: Wie sehen die Strukturen in Essen aus?

Dr. Kaiser: Wir machen das so, dass sich die Kollegen der Intensivstation bei Vorliegen eines entsprechenden Falles frühzeitig mit mir in Verbindung setzen, um eventuelle Fragen zu klären. Retrospektiv werden dann über einen Erhebungsbogen alle Fälle erfasst. Es wird analysiert und transparent gemacht, welche Kriterien vorlagen, warum es bei einem an einer Hirnschädigung verstorbenen Patienten zu einer Organentnahme kam oder warum nicht.

RhÄ: Was ist der Unterschied zwischen einem Transplantationsbeauftragten und einem Inhouse-Koordinator, wie er in einer 2009 verabschiedeten Leitlinie zur stärkeren Förderung der Organspende nun erprobt wird und von der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) mit Blick auf das „Spanische Modell“ seit Jahren gefordert wurde?

Dr. Kaiser: Der Inhouse-Koordinator existiert dann, wenn die DSO mit dem Krankenhaus einen Vertrag geschlossen hat. Damit gibt es eine vertragliche Vereinbarung, bestimmte Informationen wie zum Beispiel die oben erwähnte Organspendeanalyse mitzuteilen. Dazu gehört auch die Verpflichtung, die Strukturen im Krankenhaus zu schaffen. All dies sind auch Aufgaben des Transplantationsbeauftragten, der allerdings keine vertragliche Bindung zur DSO hat. Letztlich geht es um eine bessere strukturelle Regelung des Informationsflusses. Für das Essener Uni-

versitätsklinikum nehme ich in Personalunion auch die Aufgaben des Inhouse-Koordinators wahr. Dies ist in vielen Häusern der Fall, um die Aufgaben zu bündeln.

RhÄ: Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Wie wichtig ist für Ihre Arbeit als Transplantationsbeauftragter die Unterstützung von klinikinternen Stellen?

Dr. Kaiser: Es ist essentiell, die Unterstützung des Klinikvorstandes und der verantwortlichen Ärzte der Intensivstationen hinter sich zu wissen. Wenn der Vorstand hinter dem Thema steht, wird meine Aufgabe auf den Stationen einfacher, entsprechende Strukturen zu schaffen, Ansprechpartner zu haben und Organspende als ein Anliegen des Universitätsklinikums zu kommunizieren.

RhÄ: Gibt es interne Richtlinien, wie im Falle des Identifizierens eines potentiellen Organspenders verfahren werden soll?

Dr. Kaiser: Ja. Wir haben das Flowchart der DSO genommen und auf die Situation bei uns im Hause angepasst. Dies ist ein klares Ablaufschema, das auf jeder Intensivstation hängt und für jeden Schritt der Ablaufkaskade mit hausinternen Ansprechpartnern und Telefonnummern versehen ist. Dazu haben wir in Essen eine hausinterne Leitlinie zur Organspende erarbeitet, worin auf zwei DIN-A-4-Seiten zusammengefasst wird, wer als Ansprechpartner fungiert und auf welche medizinischen Besonderheiten zu achten ist.

RhÄ: Der 113. Deutsche Ärztetag hat sich in Dresden für die Einführung einer Widerspruchslösung, wie sie beispielsweise auch in Spanien oder Österreich Anwendung findet, ausgesprochen. Halten Sie diesen Weg für geeignet, um die Zahl der Organspenden in Deutschland signifikant zu erhöhen?

Dr. Kaiser: Die Widerspruchslösung ist sicher ein guter Weg. Aus meiner persönlichen Sicht als Transplantationsmediziner wäre diese Regelung auch für Deutschland wünschenswert. Ich bin davon überzeugt, dass dies in Bezug auf die Gesprächsführung mit den Angehörigen ein Aspekt wäre, der allen Beteiligten die

Situation leichter machen könnte. Wobei ich glaube, dass das nicht das alleinige Entscheidende ist.

RhÄ: Welche Maßnahmen sind in Ihren Augen ebenfalls wichtig?

Dr. Kaiser: Entscheidend ist ein Umdenken in der Gesellschaft über eine vermehrte Aufklärung der Bevölkerung und auch die Aus- und Fortbildung der Ärzte auf den Intensivstationen, damit jeder mögliche Organspender erkannt wird. Dafür ist es wichtig, einen Ansprechpartner auf der Intensivstation zu haben. Auch müssen alle Mitarbeiter einbezogen und ständig für die Mehrarbeit der Organspende motiviert werden. Dazu gehört ebenfalls die regelmäßige Präsenz des Themas in den Medien, was ich als eine weitere Aufgabe der Transplantationsbeauftragten sehe. Über die Medien kann in der Bevölkerung verstärkt ein Bewusstsein für Organspende und damit „fürs Leben“ geschaffen werden. Auch könnte ich mir vorstellen, das Thema in Schulen zu tragen und beispielsweise eine Unterrichtseinheit „Organspende“ für die neunten Klassen einzuführen. Ein weiterer Vorschlag ist, die Organspende in Patientenverfügungen zu thematisieren.

Ich glaube, bei einem intensiven Weges kann man auch in Deutsch-

In den Jahren 2006 bis 2008 verstarben an der Universitätsklinik Essen 424 Patienten mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung. Wegen medizinischer Kontraindikationen in den meisten Fällen konnte nur für 68 Verstorbene die Hirntoddiagnostik abgeschlossen werden. Die Hälfte von ihnen wurden zu Organspendern.

land mit der Zustimmungslösung mehr erreichen als wir bis jetzt erreicht haben.

RhÄ: Wie erklären Sie sich die Diskrepanz zwischen großer Organspendebefürwortung und der geringen Zahl von Menschen, die letztlich als Organspender zur Verfügung stehen?

Dr. Kaiser: Wir haben eine Ablehnungsrate durch die Angehörigen von rund 50 Prozent. Die Menschen setzen sich ungenut mit der Frage des eigenen Todes auseinander und damit, ob man Organspender werden möchte. So entsteht oft die problematische Situation, dass die Angehörigen die Frage nach einer Organspende in der falschen Situation am falschen Ort zur falschen Zeit gestellt bekommen. Es ist für sie schwierig zu entscheiden: Was hätte der Ver-

storbene gewollt? Deswegen ist es so wichtig, sich mit dem Thema so frühzeitig wie möglich auseinanderzusetzen und seine Angehörigen über diese Entscheidung zu informieren.

RhÄ: Sind Ärztinnen und Ärzte auf Gespräche mit den Angehörigen adäquat vorbereitet?

Dr. Kaiser: Wir Ärzte haben diesen Aspekt unserer Arbeit nicht gut in unserer Ausbildung abgebildet, sodass professionelle Gesprächsführung über Fortbildungen trainiert werden muss. Leider machen dies nicht alle, sodass viele Kollegen unzureichend vorbereitet in diese Gespräche gehen. In unserem Haus führen diese Gespräche Ober- oder Stationsärzte. Nach Möglichkeit ziehen wir auch die DSO hinzu, die unsere Krankenhäuser in allen Phasen des Organspendeprozesses unterstützt. Wünschenswert wäre, dass mehr Fortbildungen in diesem Bereich angeboten und von den Ärztinnen und Ärzten auch wahrgenommen werden. Auch das würde helfen, die derzeit stagnierenden Organspendezahlen weiter nach oben zu treiben.

RhÄ: Herr Dr. Kaiser, wir danken für das Gespräch.

Interview: Jürgen Brenn

Fortsetzung von Seite 13

Transplantationssysteme zu fördern und die Qualität und Sicherheit auch mit Blick auf den Organhandel und die unterschiedlichen Standards in der EU zu verbessern. Die Kommission empfiehlt: „Der Austausch von Informationen und bewährten Verfahren kann dazu beitragen, dass sich die Spenderaten in Ländern mit niedriger Spenderbereitschaft erhöhen. Indem Italien z. B. Elemente des spanischen Modells übernommen hat, konnte es seine Organspenderaten erfolgreich erhöhen, was belegt, dass durch organisatorische Änderungen bei der Organspende und -beschaffung merklich höhere Organspenderaten erreicht und aufrechterhalten werden können.“ Italien hatte 1996 lediglich 11 Organspender pro eine Million Einwohner und konnte die Zahl bis auf 21,2 im Jahr 2008 steigern.

Die Kommission empfiehlt beispielsweise, Transplantationsbeauftragte „nach und nach in allen Krankenhäusern mit Organspendepotenzial“ zu benennen. Auch sollte das Thema verstärkt in die Öffentlichkeit getragen werden im Sinne einer Sensibilisierungskampagne. Dazu gehöre auch, „Wissensstand und Kommunikationskompetenz der Angehörigen der Gesundheitsberufe und Selbsthilfegruppen zum Thema Organtransplantation zu verbessern“, so die

EU-Kommission. Die Menschen sollen über das Thema sprechen. „Nachweislich besteht eine starke positive Korrelation zwischen der Erörterung des Themas Organspende im Familienkreis und der Bereitschaft zur Organspende“, stellt die Kommission im Aktionsplan fest und verweist wiederum auf das Beispiel Spanien.

Ein Blick auf die Iberische Halbinsel bestätigt, dass ein optimierter Ablauf vom Erkennen eines potenziellen Organspenders über das Angehörigengespräch bis zum Transport und der Vermittlung der Organe neben einer breiten und langfristig angelegten Informationskampagne, die das Thema aus der Tabuzone der Gesellschaft herausholt, wesentlich dazu beitragen, die Spenderzahl deutlich zu erhöhen.

EU-Aktionsplan

Alle zehn Schwerpunktmaßnahmen des EU-Aktionsplans sowie die Links zur DSO-Richtlinie, einem Ablaufplanschema der DSO und zur EU-Richtlinie finden sich in der Online-Ausgabe unter www.aekno.de/Rheinisches_Arztblatt im Anschluss an diesen Artikel.