



Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften

Symposium zur Transplantationsmedizin

Dokumentation des Workshops
am 20. Februar 2015, 10:00 – 18:00 Uhr in Berlin

www.leopoldina.org

Kontakt

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V.
– Nationale Akademie der Wissenschaften –
Abteilung Wissenschaft – Politik – Gesellschaft (Leitung: Elmar König)
Jägerberg 1
06108 Halle (Saale)
E-Mail: politikberatung@leopoldina.org

Redaktion

Dr. Stefanie Westermann, Leopoldina
Dr. Kathrin Happe, Leopoldina
Dr. Klaus-Michael Lücking, Universitätsklinikum Freiburg

Veröffentlichung: März 2015

Diese Workshop-Dokumentation ergänzt das Papier „Leopoldina-Diskussion“ Nr. 5: Transplantationsmedizin und Organallokation in Deutschland: Probleme und Perspektiven, Halle(Saale), 2015, ISBN: 9783-8047-3444-9.

Symposium zur Transplantationsmedizin

Dokumentation des Workshops
am 20. Februar 2015, 10:00 – 18:00 Uhr in Berlin

Inhalt

1	Einführung.....	5
2	Herausforderungen aus Sicht der Ethik.....	6
3	Herausforderungen aus Sicht der Transplantationsmedizin	9
4	Herausforderungen aus Sicht der Organisationen	12
5	Herausforderungen aus Sicht der Führungspraxis	14
6	Herausforderungen aus Sicht der Rechtswissenschaft	17
7	Programm und Teilnehmer	20

1 Einführung

In der öffentlichen Diskussion gibt es im Wesentlichen zwei Sichtweisen auf das Transplantationssystem in Deutschland. In der einen Sichtweise leidet das System unter den kriminellen Machenschaften Einzelner. Mit der Entfernung dieser Personen wäre es wieder intakt. Die andere Sichtweise fordert, das System der Transplantationsmedizin grundsätzlich zu überdenken, denn dieses habe die Möglichkeiten zur Fehlverteilung von Organen überhaupt erst eröffnet.

Ziel des Symposiums ist es, eine kritische Auseinandersetzung mit der deutschen Transplantationsmedizin und dem System der Organallokation zu leisten und Vorschläge zur ggf. umfassenden Neustrukturierung des Systems zu erarbeiten, um hiermit verlorengegangenes Vertrauen in der Fachwelt wie auch der breiten Öffentlichkeit zurückzugewinnen. Ausgehend vom *status quo* wurden dabei nach kurzen Impulsvorträgen der eingeladenen Referenten mögliche Optionen für Neu- oder Umstrukturierungen des Systems diskutiert. In einer nachfolgenden Auswertung wurden die Optionen von der Vorbereitungsgruppe in einem Papier zusammengeführt.

2 Herausforderungen aus Sicht der Ethik

Leitfragen

- Gelten im Bereich der Transplantationsmedizin die klassischen medizinischen Indikationsstellungen oder werden diese durch ethisch-normative Regeln ersetzt?
- Welchen Stellenwert haben die Interessen von Organspendern und potenziellen Empfängern neben der bilateralen Arzt-Patienten-Beziehung?
- Was sind die Kriterien einer „gerechten“ Organverteilung: welche können/sollen diese sein und wer soll/darf diese definieren?
- Wie lassen sich verschiedene Organverteilungsoptionen ethisch bewerten: z.B. „Club-Lösung“, gerichtete postmortale Spende, „reziproker Altruismus“, Transplantationstourismus und „Non-Resident“-Quoten?

Frank Dietrich griff in seinem Impulsstatement drei Fragen auf:

(1) Allokationsentscheidungen:

- Das zentrale Problem sei, dass in einer Knappheitssituation die medizinische Indikation als alleinige Entscheidungsgrundlage nicht ausreiche. Eine Priorisierung der Organallokation müsse sich daher auch an normativen Aspekten orientieren.
- Gemäß § 12 Absatz 3, Satz 1 Transplantationsgesetz sind „die vermittlungspflichtigen Organe [...] nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln.“ Das Gesetz suggeriere, dass Erfolgsaussicht und Dringlichkeit rein medizinische Kriterien seien. Tatsächlich handele es sich aber um normative Kriterien. Weiterhin müssten alternative normative Kriterien wie Chancengleichheit ebenfalls in die Diskussion mit einbezogen werden.
- Wenn die Allokation von Spenderorganen jedoch eine Wertkomponente enthalte, sei die Delegation der Richtlinienkompetenz an die Bundesärztekammer unangemessen. Es reiche nicht, die Ständige Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer durch ethische Kompetenz zu ergänzen. Die Ethik könne zwar Probleme ana-

lysieren und Konsequenzen verdeutlichen, sei jedoch ebenfalls nicht entscheidungsbefugt. Grundlegende Wertentscheidungen müssten demokratisch legitimiert, also vom Deutschen Bundestag auf der Grundlage medizinischer und ethischer Informationen getroffen werden.

(2) Erhöhung der Organverfügbarkeit:

- Das Transplantationssystem in Deutschland setze aktuell vor allem auf altruistische Motive.
- Maßnahmen zur Erhöhung der Spendebereitschaft sollten jedoch stärker als bislang die Eigeninteressen der Spender adressieren und damit die individuelle Autonomie potenzieller Spender bekräftigen.
- Vor diesem Hintergrund seien Anreizsysteme einer Widerspruchslösung vorzuziehen. In vielen anderen Bereichen der Gesellschaft, in denen man keine rein altruistischen Motive erwarte, sei es unbedenklich, sich an individuellen Anreizen zu orientieren. Von daher wäre es verfehlt, dieses für die Transplantationsmedizin nicht in Betracht zu ziehen.

(3) Manipulation von Wartelisten:

- Angesichts der Skandale im Transplantationssystem sei es dringend geboten, die aktuellen Fehlentwicklungen zu analysieren und Abhilfe zu schaffen. Ein genauere Blick auf die Motivation der Ärzte, denen Manipulationen zur Last gelegt werden, sei hier hilfreich. Oft hätten die beschuldigten Ärzte mit der Sorge um das Wohl der eigenen Patienten argumentiert, also auf einen wichtigen Bestandteil des ärztlichen Berufsethos rekurriert.
- Es könne ein strategisches Verhalten geben, wenn Ärzte davon ausgingen, dass andere Ärzte Wartelisten ebenfalls für ihre Patienten manipulierten. In einer solchen Situation helfen Appelle an die Verantwortung einzelner nicht. Notwendig seien stattdessen strikte Kontroll- und Sanktionsmechanismen, die den Verdacht ausräumen, andere könnten manipulieren.

Wichtige Thesen im anschließenden **Diskussionsverlauf** waren:

- Die Entscheidungskriterien zur Organallokation sind normativer Natur und bedürfen der demokratischen Legitimation, ihre Ausgestaltung folgt dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft.

- Das Transplantationsgesetz ist demokratisch legitimiert und formuliert bereits die relevanten Verteilungskriterien.
- Es reicht nicht, ein Gesetz zu erlassen und Anderen zentrale Fragen zu delegieren.
- Ärztliche Kompetenz beinhaltet generell die Beantwortung ethisch-normativer Entscheidungsfragen. Dieses wird auch bei anderen Priorisierungsfragen von Ärzten erwartet.
- Das Kriterium der „Chancengleichheit“ ist essenziell in Knappheitssituationen – wie kann dieses ausgestaltet werden?
- Wäre eine gesetzliche Widerspruchslösung oder eine Entscheidungslösung mit obligater Erklärung sinnvoll und ethisch vertretbar?
- Die gesellschaftliche Wertschätzung der Organspende sollte erhöht werden. Hier sind gesellschaftliche Institutionen gefragt.
- Die Diskussion in Deutschland ist geprägt durch eine Trennung zwischen Organspende und –verteilung und in einer zweiten zwischen den Anreizen für Organspender und solchen für Krankenhäuser. Beide sollten jedoch zusammen gesehen werden.
- Sind individuelle Anreize hilfreich? Hierzu existieren kaum empirische Daten, höchstens Plausibilitäten.
- Es erscheint vor allem effektiv, zur Erhöhung der Organspendezahlen bei der Meldepraxis der Kliniken anzusetzen, analog zu anderen europäischen Ländern. Wie kann man Krankenhäuser besser in die Lage versetzen, die Organspende tatsächlich umzusetzen? Dieses Problem hat auch mit Betriebsabläufen in Krankenhäusern zu tun. Ursachenforschung ist hier notwendig.
- Jeder Arzt ist durch seine Berufsordnung wie durch sein Ethos nicht nur seinem individuellen Patienten, sondern auch der gesamten Gesellschaft gegenüber verpflichtet.
- Das Transplantationssystem in Deutschland ist instabil, weil es Anreize setzt, das System zu eigenen Gunsten zu manipulieren.

3 Herausforderungen aus Sicht der Transplantationsmedizin

Leitfragen

- Gelten im Bereich der Transplantationsmedizin die klassischen medizinischen Indikationsstellungen oder werden diese durch ethisch-normative Regeln ersetzt?
- Welchen Stellenwert haben die Interessen von Organspendern und potenziellen Empfängern neben der bilateralen Arzt-Patienten-Beziehung?
- Welche Spielräume gibt es für die ärztliche Entscheidung vor Ort?
- Wer soll/darf transplantiert werden: Leitlinien zum Wartelisten-Management und zur Allokationsgerechtigkeit (inkl. Definition von Kriterien wie „Dringlichkeit“, „Transplantations-Erfolg“, „Lebensqualität“)?
- Wo liegen Forschungsdefizite?
- Welche Fragen beantwortet ein bundesweites Transplantationsregister?

Wolf O. Bechstein formulierte in seinem Impulsstatement fünf Thesen:

- (1) Im Bereich der Transplantationsmedizin gelten die klassisch medizinischen Indikationsstellungen. Diese würden nicht durch ethisch normative Regeln ersetzt. Die Indikationsstellung sei die grundlegende Voraussetzung für ärztliches Handeln; es bestehe kein Automatismus zwischen Indikation und Aufnahme auf die Warteliste.
- (2) Die bilateralen Arzt-Patient Beziehungen würden durch die Interessen von postmortalen Organspendern nicht berührt. Die Interessen des Organspenders würden durch die bestehenden Gesetze und Regelungen geschützt, potenzielle Empfänger sollten die berechtigte Hoffnung auf einen Erfolg der Transplantation haben.
- (3) Trotz patientenbezogener Organverteilung gäbe es Spielräume für die ärztliche Entscheidung vor Ort. Diese beträfen nicht die freie Allokation des Organangebotes unabhängig von Vermittlungsregeln und nach Gutdünken des Arztes, sehr wohl aber die Entscheidung über die zum aktuellen Zeitpunkt gegebene Transplantabilität des Patienten und die Annahme

oder Ablehnung eines konkreten Organangebotes für den individuellen Patienten.

- (4) Leitlinien zum Wartelistenmanagement und zur Allokationsgerechtigkeit existierten in Deutschland nicht, wohl aber gebe es Richtlinien zur Aufnahme auf die Warteliste und Organallokation. In Deutschland bestünden erhebliche Forschungsdefizite, hinsichtlich der Epidemiologie der Organtransplantation, vor allem aber im Hinblick auf die risikoadjustierte Ergebnisqualität.
- (5) Ein bundesweites Transplantationsregister schaffe die Voraussetzungen, Fragen zur risikoadjustierten Ergebnisqualität zu beantworten.

Wichtige Thesen im anschließenden **Diskussionsverlauf** waren:

- Im Bereich der Transplantationsmedizin beinhaltet die Indikation zur Transplantation bereits eine (implizite) Werteentscheidung.
- Die ethisch relevanten Entscheidungen werden nicht bei der Indikation zur Transplantation, sondern bei Listungsentscheidungen getroffen.
- Die Transplantation eines Organs ist eine individuelle Leistung des Arztes an einem individuellen Patienten. Seit Beginn der Transplantationsmedizin ist das Verhältnis zwischen Arzt und Patient laufend anonymer geworden.
- Das Prognosekriterium „Erfolgsaussicht“ ist nicht eindeutig kalkulierbar und sollte nicht zu hoch gewichtet werden, weil es u.U. dem individuellen Patienten nicht gerecht wird. Eine Transplantation ist kein „Allheilmittel“ und nicht für jeden Patienten die einzige oder geeignete Intervention.
- Welche Einfluss dürfen die Bewertung der „Compliance“ respektive Adhärenz eines Patienten für die Listungsentscheidung haben?
- Der Fokus der Aufmerksamkeit liegt in der Regel bei den Patienten, die transplantiert werden. Qualifiziertes Personal auch für die Begleitung von Patienten auf der Warteliste fehlt.
- Bei der Erarbeitung von Leitlinien besteht die Gefahr von Interessenkonflikten und einem fachlichen „Bias“ der beteiligten Personen. Hier wären unabhängige Gremien, welche nach Anhörung von Fachpersonen Leitlinien erstellen, der bessere Weg (analog dem Procedere in den USA und UK).
- Der Gesamtprozess von konkreten Indikationsstellungen, Listungen und Organallokationen bedarf definierter Kontrollen durch ein unabhängiges Gremium.

- Wie wird in diesem Kontext die europäische Ebene adressiert? Wie verhält sich z.B. ein nationales Transplantationsregister zur transnationalen Vergabe von Spenderorganen?

4 Herausforderungen aus Sicht der Organisationen

Leitfragen

- Wie lässt sich die aktuelle und zukünftige Rolle und Verantwortung von Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung beschreiben?
- Wie macht man das System betrugssicher?
- Wo und wie soll die institutionelle Kontrollfunktion wahrgenommen werden?
- Wo sollte ein systematisches Compliance-Management stattfinden: in Fachgesellschaften?

Bruno Meiser referierte in seinem Impulsstatement über die Aufgabenverteilung der Organisationen im Bereich der Organtransplantation und insbesondere über die Rolle und Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung sowie über die institutionelle Kontrolle des Transplantationssystems:

(1) Ärztliche Selbstverwaltung bei der Richtlinienggebung:

- Die ärztliche Selbstverwaltung sei die zentrale Organisation, die mit Fragen der Organtransplantation adäquat umgehen könne. Ein staatliches Institut würde keinen zusätzlichen fachlichen Nutzen bringen. Es bestünde jedoch Verbesserungs- und Professionalisierungsbedarf, etwa in der Verschlinkung der Gremien und deren Effizienzsteigerung.
- Im deutschen Transplantationssystem gebe es eine Vielzahl von Organisationen. Professionalisierung könnte erzielt werden, indem Gremien gebündelt und transparent besetzt würden. Dabei sollten Ämterkumulationen bzw. -überschneidungen vermieden werden.
- Darüber hinaus sei es wichtig, Richtlinien kontinuierlich dem Stand der medizinischen Wissenschaften anzupassen. Um eine solche Anpassung zu gewährleisten, gebe es international unterschiedliche Verfahren. In anderen Ländern daure die Bearbeitung von Empfehlungen derzeit 5 bis 6 Monate, in Deutschland hingegen 2 bis 6 Jahre. Dies sei ein nicht zu akzeptierender Zeitverzug.

(2) Professionalisierung der Kontrolle:

Auch die Prüfungskommission und die Überwachungskommission sollten in ihrer Arbeit dringend professionalisiert werden, etwa durch transparente Besetzung der Prüfungskommissionen, Stärkung der ärztlichen Expertise und Prüfung nach dem Stand der Erkenntnisse der Medizinischen Wissenschaften, Abstimmung einheitlicher Prüfinhalte und Prüfkriterien sowie Entflechtung von Prüfung und Bewertung, ggf. unter Hinzuziehung unabhängiger Gutachter.

Wichtige Thesen im anschließenden **Diskussionsverlauf** waren:

- Die Ständige Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer hat seit dem 1.1.2015 neue Statuten. Das Verhältnis der ärztlichen und nichtärztlichen Mitglieder ist nun ausgewogen. In der Kommission zur Richtlinienerstellung ist die ärztliche Kompetenz gestärkt worden. Richtlinienentwürfe werden vier Wochen lang im Internet veröffentlicht und zur Diskussion gestellt. Jeder Richtlinie ist nun wie bei Gesetzen ein Begründungsteil beigefügt.
- Die Konkretisierungen von Indikations- und Leistungskriterien sind nicht nur Entscheidungen „nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft“, sondern Werteentscheidungen – ist dies allein durch gestärkte ärztliche Kompetenz in den o.g. Gremien ausreichend abgebildet?
- Die Prüfungen der Prüfungskommission sind standardisiert, die personelle Zusammensetzung variiert von Fall zu Fall, u.a. weil die Kommissionsmitglieder ehrenamtlich arbeiten und nicht befangen sein dürfen. Die Prüfung durch die Prüfungskommission muss inhaltlich wie formal von der strafrechtlichen Prüfung durch eine Staatsanwaltschaft unterschieden werden.
- Die Mitglieder der StäKO, der Prüfungskommission und der Überwachungskommission arbeiten ehrenamtlich. Es stellt sich die Frage, wie die geforderte Professionalisierung mit ehrenamtlich Arbeitenden umzusetzen ist.

5 Herausforderungen aus Sicht der Führungspraxis

Leitfragen

- Transplantationswesen in Deutschland: Ohne Steuerung?
- Finanzierung: nach Leistung oder Vorhaltung? Darf Organtransplantation sich finanziell lohnen?
- Selbstinitiative oder Planung: Wie viele Transplantationszentren brauchen wir?
- Struktur- und Prozessqualität als geeignete Zulassungskriterien für Transplantationszentren? Wer definiert und evaluiert?
- Welche institutionellen Lösungsoptionen sind sinnvoll?

Rüdiger Strehl behandelte in seinem Impulsstatement insbesondere folgende Punkte:

(1) Konzept und Anzahl von Zentren :

- Die mit dem Ziel, eine angemessene Versorgungsqualität zu gewährleisten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführten Mindestmengen würden in den Transplantationszentren häufig nicht erreicht. Die Krankenkassen zahlten aber trotz der Unterschreitung.
- Transplantationen würden in der Krankenhausplanung der Länder größtenteils nicht berücksichtigt. Eine angemessene Planung würde in ökonomischer und qualitativer Hinsicht bessere Ergebnisse erbringen als das derzeitige System.
- An keiner Stelle sei definiert, was ein Transplantationszentrum ist.
- Der Transplantationsverlauf müsse umfangreicher betrachtet werden, und mehr umfassen als die eigentliche Episode der Organverpflanzung.

(2) Ökonomische Aspekte:

- Eine Transplantation ist eine hochspezialisierte, teure Leistung mit wissenschaftlichem Entwicklungsbedarf. Es fehlen Daten, ob für die Kliniken der „Ertrag“ einer Transplantation die entstehenden Kosten derzeit deckt oder unter bzw. über diesen liegt.

- Die Kosten einer Transplantation werden über Fallpauschalen beglichen, an die keine Zulassungsvoraussetzungen gestellt werden. Eine Programmfinanzierung mit Jahresbudget für eine kleine Zahl von Transplantationszentren, denen auch die prä- und postoperative Nachsorge obliegt, sei sinnvoller als Einzelfinanzierungen.

(3) Organisationsfragen:

- Generell könne die Ambiguität im Entscheidungsprozess reduziert, jedoch nicht aufgelöst werden, auch nicht durch Hinzuziehen von Ethikern. Je unbestimmter die Entscheidungssituation, desto anfälliger sei das System für Missbrauch.
- Hinsichtlich der Organisation des Transplantationssystems gebe es zu viele Einheiten mit sich überlappenden Zuständigkeiten und vielfältigen Einfluss- und Handlungsspielräumen. Kontrollen seien nur rudimentär vorhanden bzw. entwickelten sich gerade erst. Eine zentrale Steuerung sei nicht zu erkennen.
- Die Bundesärztekammer komme weder rechtlich noch tatsächlich als Schaltzentrale des Transplantationswesens in Betracht. Sie habe an vielen Stellen Kompetenzdefizite, garantiere keine Unabhängigkeit und basiere grundsätzlich auf Nebenbeschäftigungen.
- Alternativ wäre eine staatliche Organisation in der Form einer Bundesoberbehörde zu erwägen mit folgenden Anforderungen:
 - Fachkunde: Mediziner, Juristen, Organisatoren,
 - Unabhängigkeit: keine Selbstverwaltung,
 - Professionalisierung durch Dauerstellen, um Erfahrungswissen aufzubauen; keine Ehrenamt-Modelle,
 - Politische Legitimierung: Parlamentsvorbehalt bei bedeutenden ethischen Entscheidungen.

Wichtige Thesen im anschließenden **Diskussionsverlauf** waren:

- Eine klar definiert Struktur- und Prozessqualität über den gesamten Prozess der Transplantation (prä- und postoperative Phase sowie Nachsorge) ist notwendig. Zentren sollten hieran gemessen werden. Mindestmengen sind als Kriterium für Qualitätssicherung nicht geeignet. Das Langzeitüberleben nach Transplantation als ein Kriterium der Ergebnisqualität könnte sich auch in der Vergütung widerspiegeln.

- Aufgrund der Komplexität der Transplantationsmedizin sollte diese (nahezu) ausschließlich an Universitätsklinika stattfinden, welche die notwendige Infrastruktur und Expertise vorhalten können.
- Ein Bundesinstitut, ein „Mehr an Staat“, bedeutet nicht unmittelbar mehr Transparenz und damit Vertrauen, es birgt auch die Gefahr der Verstaatlichung der Medizin.
- Ein betrugssicheres System ist nicht machbar. Unter wessen Aufsicht stünde ein Bundesinstitut?
- Sollte ein Institut nur die Transplantation und Organallokation steuern oder auch Themen der Organspende adressieren?
- Zur Ambiguität von Entscheidungssituationen: Selbst wenn der Gesetzgeber mehr Genauigkeit nachbessert, bliebe die Notwendigkeit, zwischen gegensätzlichen Zielen abzuwägen. Diese Abwägung ist niemals komplett steuerbar; deshalb müssen sinnvollerweise punktuell Entscheidungen auf der Mikro-Ebene getroffen werden. Bei dieser Art von Entscheidungsproblem müssen „Unsauberkeiten“ vermieden werden. Hierfür gibt es vorbildhafte Beispiele in anderen Wirtschaftszweigen (z.B. Telekommunikation), die ihrerseits aus Eigeninteresse mit Compliance-Organisationen reagiert haben, um Vertrauen in die Entscheidungen zu schaffen.

6 Herausforderungen aus Sicht der Rechtswissenschaft

Leitfragen

- Sollte der gesetzliche Status quo so akzeptiert werden oder ist eine gesetzgeberische Neuorientierung anzustreben?
- Wer soll die Richtlinienkompetenz haben: der Gesetzgeber via Rechtsverordnung, ein System der ärztlichen Selbstverantwortung, ein (halb-)staatliches Institut?
- Wo soll die institutionelle Kontrollfunktion wahrgenommen werden?
- Kann/soll es einen Rechtsschutz für die potenziellen Empfänger geben?
- Welche Entwicklungen auf europäischer Ebene sollten in der Diskussion in Deutschland besonders beachtet werden?

Thomas Gutmann beschreibt in seinem Impulsstatement den Status quo aus seiner Sicht wie folgt:

(1) Verfassungsrechtliche und rechtsstaatliche Probleme: Das Transplantationssystem als solches sei verfassungswidrig. Die Bundesärztekammer sei weitestgehend an die Stelle des Gesetzgebers getreten. Sie überschreite damit ihre Kompetenzen. Zudem verstoße eine Reihe einzelner Richtlinien gegen das Gesetz. Eurotransplant übe rechtliche Gewalt über Bürger in Deutschland aus, ohne dazu legitimiert zu sein. Entsprechende völkerrechtliche Regeln seien nicht vorhanden, weshalb darin ein Verstoß gegen das Grundgesetz zu sehen sei. Das Transplantationsgesetz nehme Betroffenen faktisch die Möglichkeit, Rechtsschutz zu suchen. Staatliche Kontrolle existiere nicht.

(2) Systemische Folgekosten: Der Preis für die Fehlkonstruktion des Systems liege nicht nur in rechtlichen Kollateralschäden, sondern in systematischer Entscheidungsirrationalität. Mangelnde Lernfähigkeit kennzeichne das aktuelle Transplantationssystem: Die Feststellung des „Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften“ gleiche einem „Interessenbasar“. Eine Vielzahl von Richtlinien gebe den Stand des medizinischen Wissens

nicht adäquat wieder. Ferner gebe es in Deutschland keine Stelle im System, die langfristige Verantwortung für die Entwicklung des Transplantationswesens übernehmen könne. Für Vertrauen in das System gebe es keinen Grund.

(3) Ziele und Kriterien für eine Neuregelung:

- Entscheidung der grundrechtsrelevanten normativen Grundkonflikte im Wesentlichen durch den Gesetzgeber,
- Klares institutionelles Design für die Umsetzung,
- Rechtsstaatliche Handlungsformen, klare Verantwortungsstrukturen, staatliche Aufsicht und gerichtliche Kontrolle,
- Transparenz- und Publizitätspflichten, Informationszugangsrechte zugunsten potenzieller Organempfänger,
- Sicherstellung eines nicht verzerrten, dynamischen Inputs an Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft,
- Institutionalisierung von Lernfähigkeit (systemisch, normativ, medizinisch) und Steuerungsfähigkeit,
- Neutralisierung von Partikularinteressen und Machtansprüchen,
- Aufbau begründeten Vertrauens.

(4) Neuordnung: Eine Option für eine Neuordnung bestehe in der Einrichtung einer Behörde auf Bundesebene ohne Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung. Das Ausland liefere gute Beispiele. Die Verteilung der Organe sollte nationalstaatlich mit internationaler Kooperation geregelt werden. Ein Austritt aus Eurotransplant sollte erwogen werden.

Wichtige Thesen im anschließenden **Diskussionsverlauf** waren:

- Dass das Transplantationsgesetz verfassungswidrig ist, entspricht nicht der einhelligen Meinung in den Rechtswissenschaften. Allerdings mehren sich die Stimmen, die eine solche Verfassungswidrigkeit diagnostizieren.
- Es besteht kein Rechtsanspruch auf den Zugang zu einer Warteliste. Dennoch muss es einen Rechtsschutz geben, Listungsentscheidungen überprüfen zu lassen.
- Offensichtlich ist die Listungsentscheidung eine hoheitliche, also dem Staat zuzuordnende Aufgabe. Jeder kann dagegen vor dem zuständigen Verwaltungsgericht klagen. Es ist schwer nachvollziehbar, warum in den letzten 20 Jahren noch nie eine Klage mit einer anschließenden Verfassungsklage erfolgt ist.

- Die Frage des Rechtsschutzes im Bereich der Transplantationsmedizin ist problematisch: Der klassische Rechtsschutz ist auf die spezifische Transplantationssituation (hohe Dringlichkeit, geschwächte Patienten mit zu meist kurzer Lebenserwartung) nicht eingestellt. Vielen Patientinnen und Patienten ist es nicht klar, vor welchem Gericht sie klagen können. Um den Rechtsschutz effektiv umzusetzen, braucht es spezialisierte, besonders schnell arbeitende Kammern.
- Die Bundesärztekammer ist ein Berufsverband. Sie hat die primäre Aufgabe, Standesinteressen zu vertreten und standesgerechtes Verhalten zu kontrollieren, ggf. zu sanktionieren. Die Bundesärztekammer unterliegt im Gegensatz zu den Landesärztekammern keiner Rechtsaufsicht. Es lässt sich intensiv diskutieren, ob die Bundesärztekammer für die Aufgabe, über Angelegenheiten Dritter zu entscheiden die angemessene Entscheidungsstruktur hat.
- Auch im Ausland gibt es Diskrepanzen zwischen gesetzlichen Regelungen und der Praxis. Struktur und Regulation der Transplantationsmedizin in anderen Ländern müssten differenziert betrachtet werden, bevor sie Vorbild für eine Neuordnung der deutschen Transplantationsmedizin sein können.

7 Programm und Teilnehmer

Programm

Zeit: Freitag 20. Februar 2015

Ort: Reinhardtstraßen-Höfe, Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin

11.00 – 11.15 Uhr: Begrüßung und Einführung in die Veranstaltung

Rüdiger Siewert

11.15 – 12.15 Uhr: ...die Sicht der Ethik

Frank Dietrich, Impulsreferat (15 Minuten) mit anschließender Diskussion

12.15 – 13.15 Uhr: ...die Sicht der Transplantationsmedizin

Wolf O. Bechstein, Impulsreferat (15 Minuten) mit anschließender Diskussion

13.15 – 14.00 Uhr: Pause mit Imbiss

14.00 – 15.00 Uhr: ...die Sicht der Organisationen

Bruno Meiser, Impulsreferat (15 Minuten) mit anschließender Diskussion

15.00 – 15.30 Uhr: Pause

15.30 – 16.30 Uhr: ...die Sicht der Führungspraxis

Rüdiger Strehl, Impulsreferat (15 Minuten) mit anschließender Diskussion

16.30 – 17.30 Uhr: ...die Sicht der Rechtswissenschaften

Thomas Gutmann, Impulsreferat (15 Minuten) mit anschließender Diskussion

17.30 – 18.00 Uhr: Schlussdiskussion

Teilnehmer

Vorbereitungsgruppe

- Dieter Birnbacher ML¹, Philosophische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Monika Bobbert, Theologische Ethik und Sozialethik, Theologische Fakultät, Universität Luzern
- Wolfgang U. Eckart ML, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- Detlev Ganten ML, Sprecher der Wissenschaftlichen Kommission „Gesundheit“, Stiftung Charité, Berlin
- Stefan Huster, Juristische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum
- Jan C. Joerden, Juristische Fakultät, Europa-Universität Viadrina, Frankfurt/Oder
- Matthias Rothmund ML, Universitätsklinikum Marburg
- Bettina Schöne-Seifert ML, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Westfälische-Wilhelms-Universität Münster
- Rüdiger Siewert ML (Leitung), Universitätsklinikum Freiburg
- Urban Wiesing ML, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- Hans-Peter Zenner ML, Sprecher der Wissenschaftlichen Kommission „Wissenschaftsethik“, Universitäts-HNO-Klinik Tübingen

Referenten

- Wolf O. Bechstein, Zentrum für Chirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt/Main
- Frank Dietrich, Institut für Philosophie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Thomas Gutmann, Rechtswissenschaftliche Fakultät, Westfälische-Wilhelms-Universität Münster
- Bruno Meiser, Transplantationszentrum Ludwig-Maximilians-Universität München, Präsident des Board of Management der Stiftung Eurotransplant
- Rüdiger Strehl, Vorsitzender des Stiftungsausschusses der Universitätsmedizin Göttingen

¹ ML = Mitglied der Leopoldina

Diskutanten

- Steffen Augsberg, Professur für Öffentliches Recht, Justus-Liebig-Universität Gießen
- Christina Berndt, Süddeutsche Zeitung
- Friedrich Breyer, Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik, Universität Konstanz
- Ingwer Ebsen, Fachbereich Rechtswissenschaften, Goethe-Universität Frankfurt/Main
- Wolfgang E. Fleig, Universitätsklinikum Leipzig
- Gertrud Greif-Higer, Geschäftsführerin des klinischen Ethikkomitees, Universitätsklinikum Mainz
- Heike Haarhoff, taz – Die Tageszeitung
- Ulrich Kunzendorf, Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel
- Hans Lilie, Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer
- Peter Neuhaus ML, Charité Universitätsmedizin, Berlin
- Ruth Rissing-van Saan, Vertrauensstelle Transplantationsmedizin bei der Bundesärztekammer
- Martin Siess, Vorstand Universitätsmedizin Göttingen

Wissenschaftliche Referenten

- Stefanie Westermann, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina
- Klaus-Michael Lücking, Universitätsklinikum Freiburg
- Kathrin Happe, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina