

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

17. Wahlperiode

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie

22. Sitzung am 16.08.2018
– Öffentliche Sitzung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 9:30 Uhr
Unterbrechung der Sitzung: 11:36 Uhr bis 11:48 Uhr
Ende der Sitzung: 12.40 Uhr

Tagesordnung:

1. Landesgesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AGTPG)
Gesetzentwurf
Landesregierung
– [Drucksache 17/5925](#) –
2. Chancen für mehr Organspenden durch Stärkung der Transplantationsbeauftragten
Antrag
Fraktion der CDU
– [Drucksache 17/5711](#) –
3. ...tes Landesgesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes
Gesetzentwurf
Landesregierung
– [Drucksache 17/5490](#) –

Ergebnis:

Anhörverfahren durchgeführt; vertagt (S. 7 – 34) durchgeführt

Anhörverfahren durchgeführt; vertagt (S. 7 – 34) durchgeführt

Annahme empfohlen (S. 35)

Tagesordnung (Fortsetzung):

- | | |
|--|--------------------------------|
| 4. Mehr Studienplätze für Humanmedizin in Rheinland-Pfalz schaffen, um dem Landarztmangel entgegenzuwirken
Antrag
Fraktion der CDU
– Drucksache 17/5147 – | Keine Beratung
(S. 4) |
| 5. Stipendienprogramm für Medizinstudierende kombiniert mit einer Landarztquote
Antrag
Fraktion der CDU
– Drucksache 17/6246 – | Keine Beratung
(S. 4) |
| 6. Regionalisierte Mediziner Ausbildung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/2545 – | Abgesetzt
(S. 5) |
| 7. SAPV
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3120 – | Erledigt
(S. 36 – 39) |
| 8. Konstituierung der Pflegeberufekammer Schleswig-Holsteins
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/3229 – | Schriftlich erledigt
(S. 6) |
| 9. Einrichtung einer staatlichen Fachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe in Ludwigshafen
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3322 – | Schriftlich erledigt
(S. 6) |
| 10. Ergebnisse der Abschlussveranstaltung des Projekts „Lokale Zukunftswerkstätten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung“
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3323 – | Erledigt
(S. 40 – 41) |
| 11. Ermittlungen der Mainzer Staatsanwaltschaft über mögliche Missstände in Seniorenheimen
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3324 – | Schriftlich erledigt
(S. 6) |
| 12. Angemessenheit der Regeln des Maßregelvollzugsgesetzes zur Gewährleistung der Sicherheit unserer Bevölkerung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3363 – | Vertagt
(S. 42) |
| 13. Stand der Krankenhausplanung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3385 – | Abgesetzt
(S. 5) |

Tagesordnung (Fortsetzung):

- | | |
|--|--------------------------------|
| 14. Resolutionen von kommunalen Gebietskörperschaften im Eifelkreis Bitburg-Prüm zur Zulassung der medicus Eifler Ärzte eG
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/3395 – | Schriftlich erledigt
(S. 6) |
| 15. Reform des Altenpflegegesetzes in Hessen
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3445 – | Erledigt
(S. 43 – 44) |
| 16. Qualitätssicherung in Wohngemeinschaften
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– Vorlage 17/3427 – | Schriftlich erledigt
(S. 6) |
| 17. Notfallstrukturen in Krankenhäusern
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– Vorlage 17/3428 – | Erledigt
(S. 45) |
| 18. 91. Gesundheitsministerkonferenz am 20./21. Juni 2018 in Düsseldorf
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– Vorlage 17/3429 – | Schriftlich erledigt
(S. 6) |
| 19. Seniorenresidenz Pro Seniore in Lauterecken
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– Vorlage 17/3430 – | Schriftlich erledigt
(S. 6) |
| 20. Verkauf mutmaßlicher gestohlener Krebsmedikamente durch einen Brandenburger Großhandel
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– Vorlage 17/3470 – | Schriftlich erledigt
(S. 6) |
| 21. Kinder und Jugendliche mit psychischer Erkrankung in Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/3499 – | Abgesetzt
(S. 5) |
| 22. 10 Jahre Pflegestützpunkte
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3527 – | Abgesetzt
(S. 5) |
| 23. Verschiedenes | (S. 46) |

Vors. Abg. Dr. Peter Enders eröffnet die Sitzung und begrüßt die Anwesenden.

Punkte 4 und 5 der Tagesordnung:

4. Mehr Studienplätze für Humanmedizin in Rheinland-Pfalz schaffen, um dem Landarztmangel entgegenzuwirken

Antrag

Fraktion der CDU

– [Drucksache 17/5147](#) –

5. Stipendienprogramm für Medizinstudierende kombiniert mit einer Landarztquote

Antrag

Fraktion der CDU

– [Drucksache 17/6246](#) –

Vors. Abg. Dr. Peter Enders erklärt, beide Tagesordnungspunkte seien vom federführenden Wissenschaftsausschuss nicht beraten worden. Zu TOP 5 sei eine gemeinsame Anhörung geplant gewesen, die gemäß dem vorliegenden Beschlussprotokoll aber noch nicht beschlossen worden sei. Offenbar sei die Federführung diskutiert worden, die aus fachlichen Gründen beim Gesundheitsausschuss liegen sollte, aus formellen Gründen aber beim Wissenschaftsausschuss liege.

Deshalb müsse abgewartet werden, ob der Wissenschaftsausschuss in seiner nächsten Sitzung am 13. September die vorgesehene Anhörung beschließen werde. Eine Anhörung unter Federführung des Wissenschaftsausschusses mit Anwesenheit der Mitglieder des Gesundheitsausschusses sei am 18. Oktober möglich, wenn die für diesen Tag angesetzte Sitzung des Gesundheitsausschusses für die Anhörung zeitlich früher angesetzt werde. Die Zahl der Tagesordnungspunkte für diesen Tag sei dementsprechend kritisch zu prüfen. Dies solle mit dem Wissenschaftsausschuss abgesprochen werden.

Es findet keine Beratung statt, da der federführende Ausschuss nicht abschließend beraten hat.

Punkte 6, 13, 21 und 22 der Tagesordnung:

6. Regionalisierte Mediziner Ausbildung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– [Vorlage 17/2545](#) –

13. Stand der Krankenhausplanung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– [Vorlage 17/3385](#) –

21. Kinder und Jugendliche mit psychischer Erkrankung in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– [Vorlage 17/3499](#) –

22. 10 Jahre Pflegestützpunkte

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– [Vorlage 17/3527](#) –

Abg. Hedi Thelen erläutert zur Absetzung von TOP 13, die CDU-Fraktion habe sich dazu entschieden, zum Stand der Krankenhausplanung eine Große Anfrage an die Landesregierung einzubringen. Sie bitte daher, den TOP 13 abzusetzen, damit nach den Antworten der Landesregierung die Möglichkeit bestehe, eventuell weitere Fragen zu stellen.

Die Anträge werden abgesetzt.

Punkte 8, 9, 11, 14, 16, 18, 19 und 20 der Tagesordnung:

- 8. Konstituierung der Pflegeberufekammer Schleswig-Holsteins**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– [Vorlage 17/3229](#) –
- 9. Einrichtung einer staatlichen Fachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe in Ludwigshafen**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– [Vorlage 17/3322](#) –
- 11. Ermittlungen der Mainzer Staatsanwaltschaft über mögliche Missstände in Seniorenheimen**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– [Vorlage 17/3324](#) –
- 14. Resolutionen von kommunalen Gebietskörperschaften im Eifelkreis Bitburg-Prüm zur Zulassung der medicus Eifler Ärzte eG**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– [Vorlage 17/3395](#) –
- 16. Qualitätssicherung in Wohngemeinschaften**
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– [Vorlage 17/3427](#) –
- 18. 91. Gesundheitsministerkonferenz am 20./21. Juni 2018 in Düsseldorf**
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– [Vorlage 17/3429](#) –
- 19. Seniorenresidenz Pro Seniore in Lauterecken**
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– [Vorlage 17/3430](#) –
- 20. Verkauf mutmaßlicher gestohlener Krebsmedikamente durch einen Brandenburger Großhandel**
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– [Vorlage 17/3470](#) –

Die Anträge sind erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung gemäß § 76 Abs. 2 Satz 3 GOLT.

Punkte 1 und 2 der Tagesordnung:

1. **Landesgesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AGTPG)**
Gesetzentwurf
Landesregierung
– [Drucksache 17/5925](#) –

2. **Chancen für mehr Organspenden durch Stärkung der Transplantationsbeauftragten**
Antrag
Fraktion der CDU
– [Drucksache 17/5711](#) –

Die Tagesordnungspunkte werden gemeinsam behandelt.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Sehr geehrten Damen und Herren! Kommen wir zur Anhörung. Ich darf, bevor wir beginnen, die Anzuhörenden persönlich ansprechen und begrüßen. Dies sei verbunden mit Hinweis und Dank, dass Sie fast alle zeitgerecht Vorlagen eingereicht haben, welche die Abgeordneten auch gelesen haben. Wir bitten Sie – das ist Ihnen im Vorfeld mitgeteilt worden – im Sinne der Gleichheit und des Verfahrens die maximal zehn Minuten Vortrag einzuhalten. Ich werde mir erlauben, Sie nach zehneinhalb Minuten freundlich auf das Ende Ihrer Redezeit hinzuweisen. Schließlich wollen wir am Ende noch Gelegenheit zur Aussprache haben.

Ich beginne von rechts mit Herrn Privatdozent Dr. Egbert Hüttemann, Chefarzt am Klinikum Worms. Danach folgt der medizinische Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), Herr Dr. Axel Rahmel, wiederum gefolgt von Christian Blessing, dem Leiter der anästhesiologischen Intensivstation der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. In der Mitte sitzt Herr Dr. Michael Braun, der Transplantationsbeauftragte des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz, deswegen auch in Uniform. Neben ihm sitzt Herr Dr. Andreas Molitor, ebenso aus Koblenz, der Transplantationsbeauftragte des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein.

Herr Bernd Decker hat sich bei mir telefonisch entschuldigt, er ist zurzeit in Reha und wird durch die Justiziarin der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, Frau Franziska Herrmann, vertreten. Dann kommt Frau Sandra Gantert. Sie ist Transplantationsbeauftragte am Städtischen Krankenhaus Pirmasens. Auch Sie sind herzlich willkommen. Sie wurden relativ spät nachgemeldet, deswegen hatten Sie noch keine Gelegenheit, eine Vorlage zu liefern. Das können Sie gerne noch nachreichen.

Wenn es keine weiteren Fragen zum Verfahren gibt, dann beginnen wir mit dem Vortrag. Ich darf als erstes Herrn Dr. Hüttemann um seinen Vortrag bitten.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Egbert Hüttemann
Chefarzt im Klinikum Worms
– [Vorlage 17/3508](#) –

Dr. Egbert Hüttemann: Guten Morgen! Danke für die Begrüßung und die einführenden Worte. Ich möchte von meiner Seite aus vorrangig auf medizinische Gesichtspunkte eingehen, speziell hinsichtlich der Qualifikation und der Verfügbarkeit des Transplantationsbeauftragten.

Krankheitsverläufe, die auf einen Hirntod hinauslaufen, sind oft komplex. Einen sich anbahnenden Hirntod zu erkennen und auf die typischerweise mit dem Hirntod einhergehenden Störungen der Homöostase, des Kreislaufs sowie des Wasser-Elektrolythaushaltes adäquat zu reagieren, erfordert eine hohe Expertise. Ist diese nicht vorhanden, gehen diese Patienten für eine Organspende verloren. Deswegen ist es in meinen Augen ein ganz entscheidender Punkt, die fachliche Kompetenz in dieser Situation zu gewährleisten.

Dafür muss man im Hinterkopf behalten, dass gerade außerhalb der Regelarbeitszeiten oft junge und weniger erfahrene Kollegen auf den Intensivstationen im Dienst sind. Diese haben vielleicht nur wenige Monate intensivmedizinische Erfahrungen und sind dann mit dieser Situation überfordert. Deswegen ist für mich, auch eingedenk der Mitte dieses Jahres publizierten Arbeit im Deutschen Ärzteblatt zu den Hintergründen des geringen Organspendeaufkommens, ein ganz wesentlicher Ansatz der, eben diese Kompetenz sicherzustellen.

Wir haben im Bereich der medizinischen Weiterbildung die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Sie ist für Kliniken, die Komplexbehandlungsziffern abrechnen, gefordert und setzt eine 24-stündige Verfügbarkeit eines Facharztes mit dieser Kompetenz voraus. In Analogie dazu ist meine Anregung, auch auf dem heute thematisierten Feld sicherzustellen, dass die Kompetenzen in diesen Situationen abrufbar sind.

Danke schön.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Das war prägnant und kurz. Wir werden es so halten, dass wir die Fragen aufgrund der überschaubaren Zahl und Länge der Vorträge gesammelt an die Anzuhörenden stellen. Herr Dr. Rahmel, Sie haben das Wort.

Dr. med. Axel Rahmel

Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Frankfurt

– [Vorlage 17/3525](#) –

Dr. Axel Rahmel: Ganz herzlichen Dank für die Gelegenheit, aus Sicht der Deutschen Stiftung Organtransplantation etwas zu Ihrem Gesetzentwurf beizutragen. Viele Aspekte haben wir in unserer schriftlichen Stellungnahme bereits wiedergegeben. Deswegen werde ich mich nur noch auf einige Schlagpunkte konzentrieren.

Ein wesentlicher Aspekt ist die Stärkung der Transplantationsbeauftragten. Das ist leider – wir haben damals schon dagegen gekämpft – ein unglückliches Wort, das im Bundesgesetz gewählt worden ist. Eigentlich sind es Organspendebeauftragte, denn mit der Transplantation haben sie natürlich gar nichts zu tun. Sie sind diejenigen, die sich um die Organspende kümmern. Die Transplantation findet in Transplantationszentren statt. Das ist sozusagen die Endstufe.

Dennoch übernehmen die Organspendebeauftragten oder Transplantationsbeauftragten aus unserer Sicht eine absolut zentrale Rolle im Erkennen und Melden von potenziellen Organspendern. Auf diesen Aspekt wurde eben ausführlich hingewiesen. Insofern ist es natürlich zu begrüßen, dass in Ihrem Gesetz vorgesehen ist, entsprechende Qualifikationen vorauszusetzen.

Es geht natürlich auch ein bisschen um das Rollenverständnis des Transplantationsbeauftragten. Kompetenz sollte in einer Klinik rund um die Uhr vorhanden sein, das ist richtig. Sie werden in kleineren Krankenhäusern, da werden wir uns einig sein, diese Kompetenz allerdings nicht tatsächlich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche vor Ort haben. Deshalb hat der Transplantationsbeauftragte die Aufgabe, hausintern mit Schulungen aktiv zu sein. In Ihrem Gesetz ist enthalten, dass der Beauftragte einmal jährlich die Mitarbeiter der Klinik schulen soll. Das wird von uns durchaus begrüßt. Genauso begrüßen wir, dass er sich selbst weiterbilden muss. Das ist so nicht in allen Gesetzen enthalten. Es ist vorbildlich, dass Ihr Entwurf Fortbildungen alle zwei Jahre vorsieht.

Ebenso gut ist aus unserer Sicht, dass auch die Pflegekräfte in dieses Geschehen eingebunden werden können. Es steht außer Frage, dass Organspenden vom Engagement der Mitarbeiter in den Kliniken und von der engen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften leben. Es findet unsere volle Zustimmung, dass die Pflegekräfte im Gesetz explizit erwähnt werden. Organspenden funktionieren dann gut, wenn es eine gute Zusammenarbeit zwischen den Partnern gibt.

Für einen besseren Überblick über das Potenzial der Organspenden ist die von Ihnen in den Paragraphen vorgesehene Dokumentation von Todesfällen sehr hilfreich. Auf den Artikel im Ärzteblatt, der das Problem nur an der Oberfläche betrachtet, aber dennoch große Aufmerksamkeit erregt hat, ist bereits hingewiesen worden. Die von Ihnen vorgesehene vertiefte Dokumentation kann sicherlich zu weiteren Erkenntnisgewinnen führen. Für die Kliniken bietet sich so die Möglichkeit, sich zumindest retrospektiv Rechenschaft ablegen zu können.

Mir ist wichtig zu betonen, dass wir zwar eine ganze Reihe von Pflichten für den Transplantationsbeauftragten definiert haben, denen aber auch Rechte gegenüberstehen müssen. Man kann nicht nur Pflichten auf die Schultern der Mitarbeiter legen, sondern muss ihnen klare Rahmenbedingungen geben. Da sind einige sehr positive Aspekte sicherlich den Erfahrungen aus der Region Mitte geschuldet. PD Dr. med. Ana Paula Barreiros, die geschäftsführende Ärztin der DSO-Region Mitte, hat mich hierher begleitet. Wir haben in der Vergangenheit gemeinsam an Veranstaltungen teilgenommen, an denen Transplantationsbeauftragte in ihrer Freizeit auf eigene Kosten teilgenommen haben. Dies wird durch das neue Gesetz jetzt geregelt; das ist ein sehr positiver Aspekt.

In anderen Bundesländern – führend zunächst in Bayern – wurde eine klare Regelung zur Freistellung getroffen. Man kann sich nun trefflich darüber streiten, ob das notwendig ist, und wie die starre Festsetzung – Sie kennen sie vielleicht, für zehn Intensivbetten jeweils eine Zehntelstelle – dann gelebt wird. In Bayern hat es dazu gerade eine Umfrage gegeben. In den Krankenhäusern wird das ganz unterschiedlich realisiert. Mir geht es jetzt gar nicht so sehr um Details, sondern um einen ganz wichtigen Aspekt, nämlich den Aspekt der Wertschätzung und dass sich ein Transplantationsbeauftragter auf ein festes Zeitkontingent berufen kann. Vielleicht ist das auch für die Kliniken nicht ganz unbedeutend. Wir

**22. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.08.2018
– Öffentliche Sitzung –**

werden aber sicher aus den Kliniken noch weitere Stellungnahmen erhalten, ob eine definierte Freistellung wichtig ist.

Insgesamt erscheint uns als Deutsche Stiftung Organtransplantation das hier in Rheinland-Pfalz geplante Gesetz in vielen Punkten sehr konkret, was wir sehr positiv finden. Es stärkt durchaus die Rolle der Organspende- und Transplantationsbeauftragten und sorgt für Transparenz durch die vorgesehene Datenerfassung. Es hat sehr positive Aspekte, die wir ausdrücklich unterstützen. Zur Frage der Freistellung haben Sie selbst angedeutet, möglicherweise noch nähere Regelungen durch Rechtsverordnungen zu finden. Darüber kann man sicherlich noch diskutieren und das abwarten.

Erfreulich ist, dass wir zum Thema Organspende in Deutschland im Moment sehr viel Bewegung beobachten, die sich in diesem Jahr bereits positiv bemerkbar macht. Insofern kann dieses Gesetz sicherlich ein Baustein sein, um in der öffentlichen Wahrnehmung und in den Kliniken das Thema Organspende zu unterstützen.

Herzlichen Dank.

Christian Blessing

Leiter der anästhesiologischen Intensivstation der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

– [Vorlage 17/3533](#) –

Christian Blessing: Vielen Dank für die Möglichkeit, hier Stellung nehmen zu dürfen. Ich spreche aus Sicht der Intensivpflege in der Universitätsmedizin. Da ich direkt aus dem praktischen Bereich komme, sind mir sowohl die Organtransplantation als auch die Organentnahme nicht fremd. Ich habe an beidem schon meinen Anteil gehabt und dementsprechend Patienten kennengelernt.

Für mich ist es sehr positiv, dass die Transplantationsbeauftragten an den Kliniken gestärkt werden sollen und die Möglichkeit dargestellt wird, eine Freistellung zu erzielen, da es relativ aufwendig sein kann, als Transplantationsbeauftragter einer Klinik tätig zu sein.

Für die Pflege wäre es wichtig, noch genau zu spezifizieren, was der Auftrag der Pflege innerhalb dieses Gesetzes sein soll. Auf mich wirkt es bislang so, als werde die Pflege im Gesetz nachgeordnet dargestellt.

Das Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer scheint mir sehr angemessen zu sein. Mit Tutorien und Onlineangeboten sowie der Planung als Mehrtagesveranstaltung ist das Programm sehr umfangreich. Wenn allerdings auch die Pflege als Transplantationsbeauftragte tätig werden soll, sollte die Pflegekammer federführend ein Curriculum für die Pflege entwickeln. Das halte ich für extrem wichtig. Wir haben in Rheinland-Pfalz eine Pflegekammer, und die sollte dementsprechend gestärkt werden.

Es ist schwierig nachvollziehbar, ob wir durch die Stärkung der Transplantationsbeauftragten mehr Organe gewinnen. Wir können die Mitarbeiter sensibilisieren, den Weg mitzugehen. Es ist nicht immer einfach, wenn man am Bett von transplantierten Patienten steht oder Organentnahmen zu erwarten sind, den Weg weiterzudenken. Hier gibt es sicherlich noch Nachholbedarf.

Für mich ist – allerdings ist das eine Bundesaufgabe – die Widerspruchsregelung eigentlich der Weg, der uns mehr Organe bringen würde. Das steht im Moment aber nicht zur Debatte.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Es ist erfreulich zu sehen, wie präzise Ihre Vorträge sind. Das ist leider bei Anhörungen nicht immer so. – Herr Oberfeldarzt Dr. Braun, Sie haben das Wort.

Dr. Michael Braun

Transplantationsbeauftragter des Bundeswehrzentrankenhauses Koblenz

– [Vorlage 17/3554](#) –

Dr. Michael Braun: Danke. – Ich möchte mich kurz fassen und drei Aspekte aus der Sicht des Transplantationsbeauftragten darstellen. In meiner Haupttätigkeit bin ich Leiter einer großen operativen Intensivstation. Ich betrachte das also sowohl aus dem rein klinischen Blickwinkel als auch aus dem des Beauftragten.

Ich würde Sie bezüglich der Themen Organtransplantation und Hirntod gerne zu einem Perspektivenwechsel einladen, und zwar weg von der fachlich-medizinisch-ethischen Perspektive, die sicher immer – wie auch heute in der Anhörung – im Zentrum steht, zu einer eher prozessorientierten Sichtweise.

Wenn wir uns ansehen, wie Krankenhäuser organisiert sind, dann sind die betrieblichen Strukturen immer noch von sehr funktionalen Ansichten geprägt. Der Transplantationsbeauftragte in der bisherigen Prägung war in diese Hierarchien und Organisationsstrukturen eingebunden und operierte häufig nur im Bypass zu seiner täglichen Tätigkeit im luftleeren Raum zwischen den einzelnen Funktionssilos.

Daher gab es in vielen Häusern, insbesondere in kleinen Kliniken, in denen Organentnahmen nicht die Regel sind, vermutlich keine schnittstellenübergreifenden Prozesse oder Prozessdefinitionen. Waren sie formal vorhanden, wurden sie oft nicht beherrscht. Meine Erfahrung ist, dass es dadurch häufig zu erheblichen zeit- und ressourcenverbrauchenden Verzögerungen gekommen ist, die dann von allen beteiligten Partnern, den Operateuren, vom OP-Management oder der Pflege, als deutliche Störungen im Betriebsablauf wahrgenommen wurden.

Stellen Sie sich einfach einmal folgende Situation vor: Wenn es nach der Identifikation eines Organspenders zu einer Verzögerung kommt, muss der Operateur einen kompletten Operationssaal quasi spenden, den er eigentlich an diesem Tag für einen Tumorpatienten vorgesehen hatte. Für ihn ist das sicher eine enorme medizinische und ethische Herausforderung, weil er eine Garantenstellung gegenüber den Patienten hat. Für mich, als Leiter einer großen Intensivstation, ginge es dann um die Frage, ob es sich um das letzte freie Bett handelt und ob es andere Patienten gibt, die das Bett dringend bräuchten, es aber nicht bekommen, weil es eben zu solchen prozessbedingten Verzögerungen kommt. Das sind Probleme, die sich bisher so bei uns dargestellt haben.

Ich gehe davon aus, dass der Transplantationsbeauftragte durch die Stärkung seiner Rolle, insbesondere die Neudefinition der Rolle innerhalb der Hierarchie – die direkte Unterstellung unter die Geschäftsleitung –, wesentlich besser und ressourcenschonender arbeiten können wird. Die Prozesskontrolle und Prozessgestaltung einer Organspende wird gestärkt. Bei der rein fachlich-medizinischen Qualifikation sehe ich meiner Erfahrung nach keine entscheidenden Probleme. Wir haben bei uns überall sehr gute Intensivmediziner.

Damit steigt sicherlich auch die Bereitschaft, wenngleich sicher niemand im Krankenhaus eine Organspende ablehnt. Eher herrscht der latente Gedanke vor: Wenn es nicht klappt, auch gut, dann bekomme ich wenigstens mein Programm durch. Ich glaube, dass wir durch die Stärkung der Rolle dieses Problem eher in den Griff bekommen.

Wir hatten zum Beispiel vor Kurzem eine Organspende, bei der wir gemeinsam mit der DSO und durch unser internes Management eine Organentnahme, die eigentlich im Tagesprogramm laufen sollte, außerhalb des Tagesprogramms eingeplant hatten, sodass die Operateure und die OP-Gruppe wesentlich motivierter waren, daran mitzuarbeiten.

Ich möchte kurz Bezug nehmen auf das, was Herr Blessing sagte. Ich finde ebenfalls die Rolle der Pflege im Gesetz ein bisschen zu schwach definiert. Meine Erfahrung ist, dass das in diesem Prozess der Organspende eine zentrale Rolle ist. Die Pflegekräfte haben ganz engen Kontakt zu den Angehörigen und zu den Patienten. Ich denke, die Pflege muss unbedingt gestärkt werden; da stimme ich Ihnen 100-prozentig zu.

Danke schön.

Dr. med. Andreas Molitor

Transplantationsbeauftragter des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein gGmbH

Ev. Stift St. Martin, Koblenz

– [Vorlage 17/3532](#) –

Dr. Andreas Molitor: Auch ich bin Leiter einer Intensivstation. Wir haben relativ viele Organspenden, und das schon über viele Jahre hinweg, sodass wir sowohl pflegerisch als auch ärztlich über eine ganz gute Expertise zu diesem Thema verfügen. Das nur vorweg.

In § 1 der Vorlage wird erwähnt, die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen. Das ist zweifelsohne richtig. Wir erleben allerdings im täglichen Arbeitsalltag, dass viele Menschen glauben, sie seien gut über Organspende informiert. Jeder weiß etwas dazu, Informationen in die Breite sind vorhanden. Wirklich profunde ist aber kaum jemand darüber informiert, was Hirntod und Organspende letztendlich wirklich bedeuten. Ich kann mich in den letzten Jahren, die ich überblicke, an weniger als eine Handvoll Patienten erinnern, die wirklich sagen konnten, was das bedeutet. Alle sagten, sie wüssten über das Thema Bescheid, aber letztendlich gibt es in der Bevölkerung ein erhebliches Wissensdefizit. Ich sehe es daher auch als Aufgabe der Transplantationsbeauftragten an, da weiterzuhelfen.

§ 4 beschäftigt sich mit der Stellung des Transplantationsbeauftragten. Vieles ist redundant, was ich jetzt sage, weil es die Kollegen bereits erwähnt haben. Das Curriculum der Bundesärztekammer ist absolut sinnvoll. Es ist eine gute Veranstaltung, gerade für Kollegen, die sich neu mit dem Thema beschäftigen. Das Angebot ist vielfältig, und es sind teilweise erfahrene Kollegen da, die Vorträge halten und in konkreten Fragen weiterhelfen. Das sollte sicherlich durchlaufen werden.

Gefordert wird eine intensivmedizinische Zeit von sechs Monaten. Das ist eindeutig zu kurz. Nach sechs Monaten Intensivmedizin können Sie gerade einmal die „Schwimmflügelchen“ ablegen und vielleicht zwei Züge selbst schwimmen. Es ist unrealistisch zu glauben, dass jemand, der sechs Monate in der Intensivmedizin tätig war, profunde Aussagen treffen kann. Das bildet das nicht ab, und ich denke, das werden die ärztlichen Kollegen bestätigen können. Hier würde ich mindestens zwölf Monate vorschlagen, und selbst das halte ich für vergleichsweise knapp. Das ist sicherlich noch einmal im Herzen zu bewegen.

Es wird gleichzeitig die Einführung oder die zusätzliche Ausbildung von pflegerischen Transplantationsbeauftragten befürwortet. Dem kann ich ebenfalls nur zustimmen. Keine Frage, die Pflege ist am nächsten dran.

Genauso wichtig wie die Ausbildung pflegerischer Transplantationsbeauftragter ist die Ausbildung der Pflegenden und der ärztlichen Kollegen zu diesem Thema auf der Intensivstation. Da sollen wir als Transplantationsbeauftragte mindestens einmal jährlich eine Fortbildung durchführen. Das machen wir natürlich auch. Aber auch das halte ich nicht für ausreichend. Wir haben gerade auf der Intensivstation, im High-Care-Bereich, immer wieder Mittel- oder Oberkursschüler, die nur wenige Wochen im Einsatz sind. Natürlich findet die Fortbildung nicht jeweils in genau dieser Zeit statt. Das sind aber die Kolleginnen und Kollegen, die demnächst pflegerisch auf den Stationen – möglicherweise auch auf der Intensivstation – tätig sind. Die nehmen von der Intensivstation ganz viel mit.

Das heißt, die Schülerinnen und Schüler tragen das Wissen ins Haus und formen Meinungen zu bestimmten Themen, unter anderem zur Organspende. Sie sollte man dringend in die Ausbildung mit einbeziehen. Es gibt im schulischen Kontext der Pflegenden Ansätze dazu. Unabhängig davon ist es erforderlich, die Schülerinnen und Schüler an einer Organspende selbst – zumindest an der Hirntodfeststellung – teilnehmen zu lassen und erklärende Worte zu finden. Was bedeutet das? Was machen wir hier am Bett? Warum machen wir das? Was glauben wir, warum das so funktioniert? Das halte ich für ganz wichtig. Insofern ist es wichtig, die Pflege mit einzubinden.

Zum Thema Freistellung ist bereits vieles gesagt worden. Freistellung ist zweifelsohne wichtig und hat bisher nur auf der Ebene des guten Willens funktioniert. In meiner Klinik habe ich bisher zum Glück kein Problem, aber das muss natürlich geregelt sein. Wir haben gesehen, dass es in Bayern funktioniert. 0,1 Stellen pro zehn Intensivbetten mögen als orientierendes Maß dienen, solange es nichts Besseres gibt. Im Moment gibt es, glaube ich, nichts Besseres. Trotzdem muss man natürlich beachten, wie bei 20 Intensivbetten diese 0,2 Stunden mit Leben gefüllt werden. Das kann kein Selbstzweck sein, damit

man sagt: Prima, wir haben zehn Intensivbetten, und jede zweite Woche kann ich einen Tag frei machen. Die Freistellung muss zum Thema verwendet werden.

Das greift ein wenig in das Thema Berichtspflicht an das Ministerium. Ich denke, dass diese Berichtspflicht natürlich für die Transplantationsbeauftragten gelten muss. Allerdings ist im Gesetz nicht genau definiert, wer berichten soll. Dort steht das Entnahmekrankenhaus. Das Krankenhaus kann nicht sprechen. Einer muss es dann tun, aber wer soll es tun? Soll der Transplantationsbeauftragte berichten? Die Verwaltung? Das bedarf nach meiner Einschätzung einer Klärung.

Das Thema Angehörigengespräch wurde ebenfalls erwähnt. Vorgesehen ist, dass nach Möglichkeit Vertreter der DSO anwesend sein sollen. Wenn Sie meine Ausführungen gelesen haben, wissen Sie, dass ich komplett anderer Meinung bin. Das Angehörigengespräch zum Thema Organexplantation ist eine klare ärztliche Aufgabe in Kombination mit der Pflege. So halten wir es in unserer Klinik. Wenn solche Gespräche anstehen, nehmen wir immer die Pflegenden mit, die den Patienten betreuen, und die zuständigen ärztlichen Kollegen. Ich würde dafür plädieren, das so zu lassen. Selbstverständlich kann man sich, wenn man unsicher ist oder keine Erfahrung hat, Hilfe holen. Der primäre Ansprechpartner sollte aber der Arzt der Intensivstation in Kombination mit den Pflegenden sein.

Transplantcheck wurde in der Gesetzesvorlage angesprochen, um die Fälle von primären und sekundären Hirnschädigungen zu erfassen, nämlich wie viele Menschen an solchen Erkrankungen in einer Klinik versterben. Es scheint sinnvoll, die Datensätze einmal im Quartal, Halbjahr oder Jahr usw. durchzugehen und in einer Einzelfallanalyse mit der DSO zu besprechen. Dabei kann untersucht werden, ob systematische Fehler vorliegen oder ob man im Einzelfall etwas übersehen hat. Das funktioniert recht gut.

Jetzt habe ich Ihnen viel erzählt, möchte Ihnen aber noch zwei Fälle aus der Klinik in Koblenz schildern. Wir hatten Anfang des Monats einen jungen Mann, 37 Jahre alt, verheiratet, Vater eines fünfjährigen Kindes. Dieser hat eine Subarachnoidalblutung erlitten, eine spezielle Form der Hirnblutung. Er hatte sich primär ganz gut entwickelt, sekundär neurologisch aber verschlechtert und befand sich einige Tage an der Grenze zwischen noch nicht tot und hirntot. Wir haben daraufhin Gespräche mit den Angehörigen über das Thema Organspende geführt. Sie waren sich einig, sowohl die Ehefrau als auch die Eltern, dass er das gewollt hätte.

Eine Voraussetzung, um Organe spenden zu können, ist der Hirntod. Dieser Patient hatte aber immer noch eine Restatmung. Jemand, der noch immer eine Restatmung hat, ist per definitionem nicht hirntot. Die Apnoe, also die Nicht-Atmung, gehört definitiv dazu. Wir haben täglich mit den Angehörigen gesprochen. Sie können mir glauben, das sind keine Drei-Minuten-Gespräche, sondern solche Gespräche dauern problemlos eine Dreiviertelstunde. Das jeden Tag, das nimmt viel Zeit in Anspruch.

Am Ende des Tages ist dieser Patient nicht hirntot gewesen, sondern den Weg in die Palliation gegangen und, nachdem wir uns mit der Familie geeinigt hatten, eine halbe Stunde später verstorben. Er hatte noch eine minimale Restatmung und ist dann verstorben.

Diese Zeit investieren wir, und wir investieren sie gerne. Nicht so sehr, weil das Thema Organspende über uns schwebt und unsere Hauptaufgabe ist, sondern weil es unsere Hauptaufgabe ist, auf der Intensivstation Menschenleben zu retten. Das ist banal, aber das ist so. Trotzdem, diese Zeiten werden nirgendwo abgebildet. Es kam am Ende nicht einmal zu einer Organspende.

Das zweite Beispiel ist ein bisschen skurriler. Eine alte Dame ist verstorben. Sie kam mit einer Hirnmasseblutung in die Klinik. Sie war wirklich hochbetagt und der Sohn entsprechend ebenfalls etwas älter. Auch bei dieser älteren Dame fand sich zunächst kein Grund, eine Organspende nicht anzusprechen. Wir nahmen also den Sohn zur Seite und haben ihm die Situation erklärt. Wir sagten ihm, die Mutter sei hirntot, was per definitionem in Deutschland der Tod des Menschen sei, aber es gebe noch die Möglichkeit einer Organspende. Daraufhin war er völlig erfreut und sagte, das habe er noch nie gehört, das fände er eine super Idee, er hätte gar nicht gewusst, dass man Gehirne transplantieren könne. Da hat er uns leider falsch verstanden.

(Heiterkeit im Saal)

22. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.08.2018
– Öffentliche Sitzung –

Zusammenfassend einen Satz noch, dann bin ich fertig. Man kann keine Gehirne transplantieren, obwohl es für manche wünschenswert wäre. Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe und auch eine gemeinsame Verantwortung von uns allen, Ärzten, Schwestern, jedem normalen Menschen und vor allem auch der Politik. Sie müssen die Wege bereiten, die wir gehen sollen und die wir gehen müssen. Was uns in Deutschland fehlt, ist eine Kultur, die der Organspende zugewandt ist. Wir haben sicherlich eine Kultur, die dem Organempfänger zugewandt ist. Jemand, der mit einem transplantierten Herzen einen Marathon gelaufen ist, der ist auf jeder Sportseite, und alle sagen: Bombe, dass ist toll. – Die Organe kommen aber nicht aus dem 3-D-Drucker, die kommen von Menschen von der Intensivstation. Das darf man dabei nicht vergessen.

Ich danke Ihnen.

Franziska Herrmann

Justiziarin der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz

– [Vorlage 17/3523](#) –

Franziska Herrmann: Die Krankenhausgesellschaft hatte bereits schriftlich zum Landesgesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes Stellung genommen. Darin hatten wir bereits auf unsere Aufgaben hingewiesen und auch darauf, dass wir keinen Kontakt zu Patienten oder Angehörigen haben. Deswegen finden wir die Regelung in § 2 des Ausführungsgesetzes ein bisschen unglücklich, dass wir eine der zuständigen Stellen für die Aufklärung der Bevölkerung und die Bereithaltung von Organspendeausweisen sein sollen.

Des Weiteren hatten wir bereits schriftlich darauf hingewiesen, dass aus unserer Sicht die Definition der Intensivstation vielleicht noch einmal überdacht oder dass überhaupt eine Definition eingebracht werden sollte, da in Rheinland-Pfalz die Intensivbetten und keine Stationen geplant werden. Das könnte zu Auslegungsproblemen führen.

Außerdem möchten wir darauf hinweisen, dass wir im Transplantationsgesetz keine Ermächtigungsgrundlage dafür sehen, dass ein Transplantationsbeauftragter pro Intensivstation etabliert werden muss. Dort heißt es vielmehr, mindestens einer pro Entnahmekrankenhaus. Eine solche Regelung würden wir auch für Rheinland-Pfalz begrüßen.

Unseres Erachtens nach gibt es auch für die Verpflichtung, die Dokumentationsbögen monatlich an die Koordinierungsstelle weiterzuleiten, keine Ermächtigungsgrundlage im Transplantationsgesetz. Gleiches gilt für die Berichtspflicht an die Koordinierungsstelle.

In § 10 des Gesetzentwurfes sind für den Erwerb der Qualifikation zum Transplantationsbeauftragten zwei Jahre angedacht. Hier würden wir darum bitten, den Zeitraum etwas größer zu fassen. Sie alle wissen, es gibt Personalmangel und viel zu tun in den Krankenhäusern. Daher würden wir es begrüßen, wenn für den Erwerb der Qualifikation ein größerer Zeitraum eingeräumt werden könnte.

Vielen Dank.

Sandra Gantert

Transplantationsbeauftragte am Städtischen Krankenhaus Pirmasens

Sandra Gantert: Guten Morgen! Ich bedanke mich dafür, dass ich sprechen darf. Ich komme aus der Pflege, ich bin Transplantationsbeauftragte und arbeite auf der Intensivstation. Unser Krankenhaus ist ein Krankenhaus der Kategorie C, also ein Krankenhaus ohne Neurochirurgie. Wir haben insgesamt 400 Betten, und unsere Intensivstation hat zwölf Betten plus zusätzlich vier Stroke-Unit-Betten.

Hinsichtlich Größe und Kategorie hat es sich in unserem Krankenhaus bewährt, dass die Transplantationsbeauftragten keine Stellenanteile zur Freistellung haben. Dadurch konnten mehrere Transplantationsbeauftragte ausgebildet werden. Die Geschäftsführung betrachtet die Organspende als sehr wichtig und gibt den Transplantationsbeauftragten hierfür den notwendigen individuellen Zeitraum für die Bewerkstelligung der Aufgaben.

Primäre Aufgabe der Transplantationsbeauftragten ist die Erkennung von potenziellen Organspendern und die Schulung der Mitarbeiter dazu. Ein Hirntod kann bei primären und sekundären Hirnschädigungen auftreten. Da wir keine Neurochirurgie haben, werden Patienten mit primären Hirnschädigungen in den meisten Fällen in ein Zentrum mit Neurochirurgie verlegt. Patienten mit sekundärer Hirnschädigung kommen bei uns noch am ehesten vor.

Seit in unserem Haus Transplantationsbeauftragte benannt wurden, konnten wir zwei Spenden realisieren. Seit 2011 wurden in unserem Haus in Pirmasens zwei Oberärzte der Inneren Abteilung und zwei Fachkrankenschwestern der Intensivstation zu Transplantationsbeauftragten bestellt. Alle Transplantationsbeauftragten sind bei uns gleichrangig. Wir arbeiten als Team und verstehen das heute noch so. Bis 2018 kamen noch zwei weitere Pflegekräfte als Transplantationsbeauftragte dazu.

Dadurch, dass wir Transplantationsbeauftragte aus der Pflege haben, ist immer ein Ansprechpartner für die Pflegenden und für die diensthabenden Ärzte auf der Intensivstation vor Ort vorhanden. Fragen zu Hirntod, Organspende, Hirntoddiagnostik, organprotektiver Therapie etc. können somit sofort beantwortet werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass dadurch mehr potenzielle Organspender entdeckt und an die DSO gemeldet werden konnten.

Nur durch permanente Erinnerung und Schulung kann die mögliche Erkennung von Organspendern gefördert werden. Wir erachten eine Stärkung der Transplantationsbeauftragten durch das Landesrecht als wichtig und sinnvoll. Eine Qualifikation sollte natürlich gegeben sein. Allerdings sollten wir uns ein Beispiel an Brandenburg, Schleswig-Holstein und Thüringen nehmen, bei denen im Landesrecht geregelt ist, dass auch Pflegekräfte mit langjähriger Erfahrung zu Transplantationsbeauftragten ernannt werden dürfen. Nicht umsonst war Rheinland-Pfalz Vorreiter einer Pflegekammer zur Stärkung der Pflege. Das Bundesrecht gibt nicht vor, ob ärztliche oder pflegerische Transplantationsbeauftragte ernannt werden sollen.

Wir sind der Meinung, dass die Aufgaben eines Transplantationsbeauftragten nicht nur durch einen Arzt zu bewerkstelligen sind, sondern erfahrene Pflegekräfte sehr wohl in der Lage sind, diese Aufgaben wahrzunehmen. § 4 Abs. 3 des Entwurfs besagt, dass Aufgaben, für die nicht ausdrücklich ein Arztvorbehalt besteht, an Pflegekräfte delegiert werden dürfen. Was genau sind die Aufgaben, für die ausdrücklich ein Arztvorbehalt besteht? Die Ausführungen im Gesetz beschreiben die Aufgaben des Transplantationsbeauftragten. Ich erkenne hier keine Aufgaben, die nur unter Arztvorbehalt stehen.

Wir finden die Stärkung des Transplantationsbeauftragten gut und begrüßen das Landesrecht, aber wir möchten eine Stärkung aller Transplantationsbeauftragten.

Danke.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Damit sind wir viel früher fertig als vorgesehen. Das bedeutet, wir haben genügend Zeit, um Fragen zu stellen. Ich würde direkt mit einer Frage beginnen. Zuvor darf ich die Kollegen bitten, gleich mitzuteilen, an wen sie ihre Frage präzise stellen, ob an einzelne oder an alle.

Ich habe eine Frage an die Kollegen Dr. Hüttemann und Dr. Molitor bezüglich der Qualifikation im Bereich Intensivmedizin. Wir haben bei der Qualifikation, den Hirntod feststellen zu dürfen, Gott sei Dank

eine größere Hürde, nämlich mehrjährige Erfahrung in der Intensivmedizin. Das setzt zumindest die Zusatzbezeichnung und Erfahrung voraus. Das war vor zehn, zwanzig Jahren nicht so einhaltbar, heute ist das Standard, völlig klar. Sie haben das mit Ihrem Beispiel gut beschrieben, dass man dann gerade einmal ohne „Schwimmflügelchen“ schwimmen kann. Die Hürde ist bewusst so hoch.

Nun sieht der Gesetzentwurf eine Mindestqualifikation für den Beauftragten von sechs Monaten Intensivmedizin vor. Das ist die Zeit, die jeder, der ein klinisches Fach mit Bezug zur Intensivmedizin hat, ob Chirurg, Anästhesist, Internist oder Neurochirurg, im Prinzip im Rahmen der Fachweiterbildung absolvieren muss. Herr Dr. Hüttemann geht noch etwas weiter und fordert die zweijährige Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Sie, Herr Dr. Molitor, hatten von zwölf Monaten gesprochen. Also treffen wir uns irgendwo dazwischen. Vielleicht könnten Sie das noch einmal präzisieren, das muss schließlich auch für die nicht-ärztlichen Kollegen irgendwie fassbar sein.

Zwei Jahre, von denen sechs Monate innerhalb der normalen Fachweiterbildung absolviert werden können, bedeuten eine geprüfte Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, wie sie die meisten ärztlichen Kollegen haben, die aber über die bisherigen zwölf Monate und deutlich über die sechs Monate hinausgehen.

Dr. Egbert Hüttemann: Vielleicht sind wir da gar nicht so weit auseinander. In der Anästhesiologie werden zwölf Monate dieser Weiterbildung bereits in der Facharztweiterbildung abgeleistet. Für den Erwerb der Zusatzweiterbildung schließen sich dann weitere zwölf Monate an. Es geht nicht zwingend um das Zeitfenster, sondern es geht um die Kompetenz, gerade für die Situationen, in denen der Transplantationsbeauftragte auch Ansprechpartner für spezielle medizinische Fragestellungen ist. Dann muss die Kompetenz gewährleistet sein; das ist der entscheidende Punkt.

In Kliniken, die aufgrund der Komplexziffern in den Abrechnungen bereits Strukturen aufweisen können, nach denen 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche jemand mit diesen Kompetenzen verfügbar sein muss, mag sich das relativieren. Da gibt es dann Schnittmengen.

Dr. Andreas Molitor: Ich stimme dem Kollegen Dr. Hüttemann und Ihnen natürlich zu. Wir müssen aufpassen, dass wir nicht zwei Dinge vermischen. Das eine ist die Ausbildung zum Transplantationsbeauftragten, über die wir gerade reden. Das andere ist die Qualifikation, um die sogenannte Hirntoddiagnostik durchführen zu können. Das eine bedingt nicht das andere. Jemand, der ein Hirntodprotokoll, also die Feststellung des Hirntodes, erstellen kann, muss Facharzt sein und ein paar andere Zusatzbedingungen erfüllen. Jemand, der Transplantationsbeauftragter werden soll, muss das nicht zwangsläufig.

Dennoch, und da gebe ich dem Kollegen Dr. Hüttemann recht, sind wir nicht so weit auseinander. Es geht darum, dass man diese Dinge mit ausreichenden Schulterklappen bearbeiten und beantworten kann. Es tauchen zunehmend komplexe Fragestellungen auf. Organspende ist nicht so, wie sie im Buche steht, sondern wird zunehmend komplizierter. Sie wird zunehmend komplexer, weil die Leute älter werden, die Organe spenden können. Diese Menschen haben viel mehr Erkrankungen als früher. Das erfordert viel mehr Untersuchungen. Da brauchen Sie jemanden als Transplantationsbeauftragten – der kann auch pflegerisch sein –, der intensivmedizinische Schulterklappen aufweist.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp: Ich möchte direkt an diese Frage anknüpfen und die Ausführungen von Herrn Dr. Braun ansprechen, dabei aber Herrn Dr. Hüttemann, natürlich die DSO, Herrn Dr. Rahmel, Herrn Dr. Molitor, aber auch die anwesende Pflege ansprechen.

Ich möchte noch einmal differenzieren. Die Bedeutung der Organtransplantation zum Erhalt von Leben ist, aus meiner pflegerischen Erinnerung, ein Grundziel und großes Bestreben eines Hauses. Bis der Hirntod diagnostiziert ist, der Weg mit den Angehörigen und Patienten beschränkt ist, vergeht nach meinen Erfahrungen ein langer Zeitraum. Wenn man dann die Organentnahme plant, sind es wenige Organe, die sofort transplantiert werden müssen. Für die meisten gibt es danach wiederum einen Zeitraum.

Ich möchte, auch aufgrund der aktuellen Berichterstattung und politischen Diskussion, an diese Runde folgende Fragen stellen: Sehen Sie in der Stärkung des Transplantationsbeauftragten die Beseitigung dieser Schnittstellenhürden? Oder betrachten Sie in Ihren Häusern diese Problematik als nicht gegeben,

sondern stehen ganz klar pro Leben, pro Organspende? Erkennen Sie für Ihr Haus, indem Sie Organtransplantationen durchführen, einen Mehrwert, der nach außen trägt?

Die Wertschätzung von Menschen und Angehörigen von Menschen, die ihre Organe zur Verfügung stellen, wäre noch ein gesonderter Punkt, auf den ich später noch einmal zurückkommen würde. Aber ich frage noch einmal ganz speziell: Verlieren wir Organe, weil die Organisation in einem Haus nicht optimal ist oder wir in Konkurrenz zu anderen Disziplinen stehen, die operativ tätig sind? Diese Fragen richten sich an alle Anzuhörenden.

Dr. Egbert Hüttemann: Eine Konkurrenz zum laufenden Betrieb, also dass es zu Konfliktsituationen mit dem geplanten OP-Programm oder Ähnlichem kam, habe ich in meiner Tätigkeit von über 30 Jahren – auch universitär – noch nie erlebt. Für mich ist es allerdings ein Thema, dass auf der Intensivstation, je nachdem, wie viele andere Patienten noch zu versorgen sind, bei sich anbahnenden potenziellen Organspendern wegen der damit verbundenen Komplexität durchaus Situationen eintreten können, in denen insbesondere jüngere Kollegen den Fokus auf Patienten mit besserer Prognose legen. Sie widmen ihre volle Aufmerksamkeit eben nicht den Patienten, die in der Situation sind, dass sich eine Hirntodkonstellation anbahnt, bei denen erste Störungen der Homöostase auftreten und Handlungsbedarf besteht.

Oder sie nehmen sich nicht die Zeit, um mit den Angehörigen zu sprechen und sie in diesem Prozess intensiv zu begleiten. Ich sehe in der täglichen Praxis Konfliktsituationen, in denen nicht die notwendige Aufmerksamkeit und Zeit zur Verfügung stehen. Da kommt der Transplantationsbeauftragte ins Spiel, der insoweit natürlich gestärkt gehört, damit er in diesen Situationen die nötige zeitliche und fachliche Unterstützung liefern kann.

Dr. Axel Rahmel: Es ist nicht so, dass in den Kliniken eine bewusste Entscheidung getroffen wird, keine Organspenden durchzuführen, weil es sich nicht lohnt. Auch wenn es jetzt diese öffentliche Diskussion gibt, Sie sprechen wahrscheinlich über den schon erwähnten, etwas plakativen Bericht.

Herr Dr. Braun und Herr Dr. Hüttemann haben eben sehr gut angedeutet, dass wir es bei der Organspende mit einer hohen Arbeitsverdichtung, komplexen Situationen und sehr schwierigen Patienten zu tun haben. Hier sitzen natürlich Vertreter und Transplantationsbeauftragte von Kliniken, die sehr viel Erfahrung in der Organspende haben. Vergessen Sie nicht, wie viele Entnahmekrankenhäuser es bundesweit, aber auch in Rheinland-Pfalz gibt, in denen diese Kompetenz möglicherweise nicht vorliegt.

Sie brauchen aber hohe Kompetenz, um diese Situationen zu erkennen und zu betreuen. Wenn dann diese abwegige Situation eintritt, die gar nicht bewusst sein muss, sondern eher eine unterbewusste Fokussierung auf den Patienten mit der vermeintlich besseren Prognose ist, dann ist das eine menschlich nachvollziehbare Regung unter den Ärzten.

Dabei wird aber vergessen, dass ein Organspender, wenn denn alle Organe von ihm transplantiert werden können, den Empfängern mehr als 60 Lebensjahre neu schenkt. Es gibt kaum eine intensivmedizinische Therapie, die mehr als 60 neue Lebensjahre schenken kann. Natürlich ist die Wahrnehmung auf den Intensivstationen eine andere, da die Ärzte die Transplantierten im Anschluss nicht sehen. Darüber müssen wir uns im Klaren sein.

Die Stärkung der Transplantationsbeauftragten bzw. die Schaffung einer Kultur der Organspende sind Schlagworte der DSO, die sich sowohl auf die Kliniken als auch auf die Gesellschaft beziehen. Das sind wichtige Punkte.

Christian Blessing: Ich spreche natürlich nur für den kleinen Bereich der Intensivstation, dem ich angehöre. Ich muss aber sagen, dass derartige Dinge nicht dem Gedanken der Pflege entsprechen. Jeder Patient wird bei uns so hochwertig wie möglich versorgt, ob er nun zur Explantation ansteht oder nicht. Patienten zur Organentnahme sind extrem aufwendig und brauchen, gerade zum Ende hin, hohe Aufmerksamkeit und eine hohe Fachkompetenz vonseiten der Pflege. Man muss auf viele Dinge achten, damit die Organe in einem möglichst guten Zustand zur Explantation gehen. Selbstverständlich müssen auch die Angehörigen mitbetreut werden. Nach meiner Erfahrung steigt vor allem der Betreuungsaufwand der Patienten auf pflegerischer, aber auch auf ärztlicher Seite, wenn wir eine solche Entscheidung getroffen haben.

Ich kann mir durchaus vorstellen, dass wir durch die Transplantationsbeauftragten eine Sensibilisierung für den Vorgang oder die Prozesse erreichen können. Vorgänge können gegebenenfalls hinterfragt oder eine Prozessoptimierung in einem Detailbereich erreicht werden. Ich sehe im Moment aber nicht, dass Entnahmen verhindert oder vermieden werden. Ich sehe auch keine Konkurrenzsituation mit anderen operativen Einheiten. Wir hatten es bereits gehört, durch die Verschiebung eines Saals gibt es beispielsweise durchaus Möglichkeiten, die auch in einem Haus mit unseren Kapazitäten ausgeschöpft werden können.

Dr. Michael Braun: Vielleicht bin ich missverstanden worden. So ganz gehe ich mit dem Kollegen Dr. Hüttemann nicht konform. Ich überblicke eine Universitätsklinik, einen Maximalversorger. Stellen Sie sich vor, Sie haben zwölf Operationssäle, die komplett ausgelastet sind, etwa mit großen Tumoreoperationen, mit Patienten, die ihre Operationen möglicherweise nicht überleben werden. Das ist eine Verantwortung, eine Garantenstellung, die ein Chirurg dem Patienten gegenüber hat. Fällt nun ein solcher Saal aus, weil eine Organspende ansteht, wird das der Chirurg nie verhindern wollen. Es gibt im Krankenhaus keine Konfliktsituation darüber, eine Organspende nicht durchzuführen, weil dadurch ein Saal ausfällt.

Die Bereitschaft, extrem gut oder engagiert mitzuarbeiten, ist aber sicher höher, wenn man dem Kollegen sagen kann, dass kein Organisationsleck besteht, also Ressourcen ohne Effizienz verbraucht werden, sondern ein Prozess vorliegt, der optimal zeiten- und ressourcenschonend gestaltet wurde. Gegebenenfalls können Organentnahmen – wie es wohl auch an anderen Häusern gehandhabt wird – nach dem Tagesprogramm oder nachts durchgeführt werden. Da sind alle Kollegen sehr zufrieden, außer vielleicht die Entnahmekollegen, die nachts arbeiten müssen. Da sehe ich durchaus noch Optimierungsbedarf. Ich glaube aber kaum, dass wir dadurch konkret Organe verlieren. Das halte ich doch für sehr plakativ, was da berichtet wurde.

Ich möchte kurz auf die Ausbildung eingehen. Die ist bislang sehr auf das fachliche Erkennen von Organ Spendern fokussiert. Ich halte es für wesentlich wichtiger, den Transplantationsbeauftragten kommunikativ und in der Moderationskompetenz auszubilden. Wir integrieren das Gespräch beispielsweise in bereits existierende Kommunikationsplattformen. Wir führen Familienkonferenzen auf der Intensivstation durch, die einer strukturierten Kommunikation folgen. Sowohl die Pflegekräfte als auch die Ärzte sind dafür ausgebildet. Dies unabhängig von der Organspende, nur in der Kommunikation mit Angehörigen. In eine solche Plattform sollten die Gespräche mit den Angehörigen integriert werden. Hier sehe ich in vielen Bereichen noch eine gewisse Sprachlosigkeit. Darauf würde ich den Fokus legen.

Dr. Andreas Molitor: Ich komme auf Ihre Frage zurück: Tatsächlich erfassen wir das gar nicht. Es ist so, wie Herr Kollege Braun das beschreibt. Die Organentnahmen werden in der Regel im Anschluss an das Tagesprogramm durchgeführt. Das heißt, die Patienten müssen auf der Intensivstation eine Zeit verbringen, die sie dort nicht verbringen müssten, wenn es eine operative Kapazität gäbe.

Natürlich wissen wir, je länger ein Patient auf der Intensivstation liegt, bis es zur Organentnahme kommt, dass die – ich sage einmal – Qualität der Organe über den intensivmedizinischen Prozess im Sinne von Komplikationen, Infektionen etc. nicht besser wird. Tatsächlich kann diese Frage aber nicht beantwortet werden, weil es darüber meines Wissens keine Daten gibt. Klar ist aber, je länger ein Patient, der dezentrierter Organspender ist, auf der Intensivstation liegt, bevor es zur Entnahme kommt, desto mehr sinkt die Qualität der Organe. Insofern hoffe ich, dass ich damit Ihre Frage beantwortet habe. Wie gesagt, es gibt aber keine Daten dazu.

Das Ganze ist natürlich auch dem geschuldet, dass die Kliniken, die eine Organentnahme betreiben, diese nicht kostendeckend durchführen können. Das heißt, das ist immer ein Zuschussgeschäft für die Kliniken. Ich meine, auch das ist ein Aspekt, den man einmal ins Auge fassen sollte. Nach meiner Einschätzung soll damit kein Geld verdient werden, aber es soll auch kein Zuschussgeschäft sein. Ich meine, die Kosten, die entstehen, sollten auch vergütet werden.

Franziska Herrmann: Ich kann mich meinem Vorredner anschließen. Die Kosten sollten natürlich komplett vergütet werden. Ansonsten kann ich aber momentan zu den Abläufen innerhalb eines Krankenhauses als Vertreterin der Krankenhausgesellschaft nichts sagen.

Sandra Gantert: Bei uns stellt sich die Frage nach dem Verlust von Organen durch eine Nichtstärkung der Transplantationsbeauftragten nicht. Wir haben Strukturen im Haus geschaffen, dass alle Mitarbeiter dafür sensibilisiert sind, Organspender zu erkennen.

Wie schon die Vorredner ausgeführt haben, wir planen unsere Organspenden, die bei uns sehr selten sind, weil wir kein Haus der Kategorie A oder B sind. Auch bei uns werden die Entnahmen nachts durchgeführt. Die, die an der Organspende teilnehmen, sind freiwillige Mitarbeiter. Niemand wird dazu gezwungen. Meistens finden Sie nachts statt und stören den Ablauf nicht.

Abg. Steven Wink: Zunächst einmal ein Dank an alle für die ausführlichen Erläuterungen. Eine Frage, die ich stellen wollte, hat sich bereits erübrigt.

Ich habe aber noch eine andere Frage, die sich auf ein ganz anderes Thema erstreckt. Herr Dr. Molitor hat die fehlenden Informationen bei Angehörigen, Betroffenen etc. über die Spende angesprochen. Allgemein die Frage an alle: Sehen Sie einen Ansatzpunkt, wodurch die Anzahl der Organspenden oder die Trend hin zu Organspenden verbessert werden kann? Oder was könnte man vonseiten der Politik tun, um besser zu informieren oder mehr zu tun, um dem – ich nenne das einmal so – negativen Trend ein wenig entgegenzuwirken?

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Das waren präzise Fragen. Sie gehen über das eigentliche Thema hinaus, aber ich will die Gelegenheit geben, sie zu beantworten. – Herr Dr. Hüttemann, wir beginnen wieder mit Ihnen.

Dr. Egbert Hüttemann: Grundsätzlich bedarf es natürlich auch da Anstrengungen im Sinne einer Aufklärung. Das heißt, entsprechende Veranstaltungen für die Öffentlichkeit sind da sehr hilfreich. Ich denke, die meisten aus den Kliniken führen in gewissen Abständen in dieser Hinsicht Veranstaltungen für die Öffentlichkeit durch. Das gilt auch für die Organisationen, wie DSO etc.

Das andere sind aber wirklich, weil all das nicht so verfängt, die Kompetenz vor Ort, die Gesprächsführung, dass mit den Angehörigen schon im Behandlungsprozess kompetent eine Beziehung aufgebaut wird, damit man dieses Thema in der gebotenen Weise besprechen kann.

Dr. Axel Rahmel: Mit der Öffentlichkeitsarbeit sprechen Sie ein wichtiges Thema an. Die Frage ist, worauf man sich fokussiert. Im Laufe der Anhörung ist schon gesagt worden, dass es zwar eine breite Aufklärung gibt. Sie kennen die Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Da sieht man einen gefalteten Organspendeausweis. Das führt aber noch nicht zwangsläufig dazu, vertiefte Kenntnisse darüber zu haben. Ein Problem, mit dem wir immer wieder konfrontiert werden, ist das, dass einfach die Kenntnis fehlt, dass zum Beispiel Voraussetzung für eine Organspende für eine begrenzte Zeit eine intensivmedizinische Behandlung ist. Da kommt es dann zur Situation Patientenverfügung versus Organspende. Es gibt immer wieder einmal Einzelfälle, in denen das sogar ganz konkret im Widerspruch steht, indem eine Intensivtherapie abgelehnt wird, aber ein Organspendeausweis vorhanden ist. Daran wird die fehlende Kenntnis deutlich, aber auch die Interpretation von Patientenverfügungen ist sehr schwierig. Insofern wäre Aufklärung sicherlich hilfreich.

Ganz sicher kann man sagen, plakative Werbeveranstaltungen für Organspenden – dazu gibt es international sehr viele Erfahrungen – haben überhaupt keinen Effekt. Es wirkt also nur die Aufklärung. Damit kann man natürlich früh anfangen. Angesprochen wurden schon Pflegekräfte und Schulungen, aber denken Sie auch an Schulen und daran, einen Schwerpunkt auf die Universitäten zu legen. Die Politik kann festlegen, dass zur Ausbildung der Ärzte und Pflegekräfte das Thema Organspende und Organtransplantation gehört. Transplantationen werden immer angesprochen. Organspende ist ein Highlight. Das gerät ins Hintertreffen.

Es gibt also Möglichkeiten, mit denen man ansetzen kann. Ich rate nur von plakativer Werbung ab und rate zu vertiefter konkreter Information.

Christian Blessing: Für mich hat sich aus den vorherigen Ausführungen die ganz neue Idee ergeben, dass der Spender an sich mehr in den Fokus genommen und der Empfänger nicht so plakativ dargestellt werden sollte. Das halte ich für einen guten Ansatz.

Die DSO betreibt schon sehr viel Öffentlichkeitsarbeit. Ich denke, die Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung ist gar nicht so klein, wie wir uns das vorstellen, aber die Konkretisierung der Sache, wenn es so weit ist, und die Widersprüche, die sich aus Patientenverfügungen ergeben, sind für viele überhaupt nicht klar. Ich denke, da muss man spezielle Aufklärung in Schulen betreiben. Wir müssen aber nicht in den Schulen, sondern wir können auch bei der älteren Generation anfangen. Zum Beispiel kann man das im Zuge der Aufklärung über eine Patientenverfügung ansprechen. Das ist ein Thema, das immer mehr kommt. Da sollte das ganz klar ein Thema sein.

Dr. Michael Braun: Ich sehe das mit der Aufklärung auch ein bisschen kritisch. Das ist ein hochemotionales Thema. Das ist ein Thema, dem sich die Patienten oder Angehörigen nicht kognitiv, sondern emotional nähern. Nach meiner Erfahrung wird die rein sachliche Aufklärung wahrgenommen, aber das Thema ist so mit Emotionen belastet, dass sich ein Großteil damit gar nicht auseinandersetzen will.

Ich denke, wir hätten vielleicht eine Chance, wenn wir bei den jungen Leuten anfangen. Ich weiß das aus eigener Erfahrung. Mein Sohn hat in der 11. Klasse am Gymnasium einen Art Organspendetag gehabt, im Zuge dessen darüber sehr, sehr intensiv und offen diskutiert wurde. Er ist jetzt gerade 18 Jahre alt geworden und hat sich gegen die Organspende entschieden, obwohl er zu Hause jemanden hat, der ihn darüber informieren kann. Vielleicht hat er sich als Kontrapunkt zu mir dafür entschieden, aber er konnte seine Entscheidung nicht begründen. Er hat gesagt, für ihn sei die Vorstellung, dass ihm nach seinem Tod Organe entnommen werden, eine emotionale und belastende Situation. Das muss man einfach akzeptieren. Vom rein sachlich Kognitiven hat er das verstanden. Ich habe also keine Lösung, wie wir das Problem lösen können. Deshalb stimme ich auch Herrn Hüttemann zu, dass die Kommunikation vor Ort das A und O und der Bereich ist, auf den zumindest wir Einfluss nehmen können.

Dr. Andreas Molitor: Ich denke, die Kommunikation vor Ort ist die eine Sache. Sie sollte natürlich gut funktionieren, gut, informativ und emphatisch sein. Das ist völlig unbestritten. Damit erreiche ich aber nicht die Breite der Bevölkerung.

Ich bin der Meinung, dass wir raus aus den Kliniken müssen, um aufzuklären. Wir müssen zum Beispiel in die Schulen gehen, in die auch andere Dinge wie Reanimationstraining etc. hineingehören. Ich glaube, das sollten wir tatsächlich tun.

Wir haben im vergangenen Jahr eine Veranstaltung zu dem Thema in der Klinik durchgeführt. Zu der ist genau eine Person gekommen. Das war die Mutter einer Intensivkrankenschwester. Zu dieser Veranstaltung ist kein Mensch gekommen. Es kommt keiner in die Klinik.

Ich muss ehrlich sagen – das diskutiere ich auch regelmäßig mit anderen Kolleginnen und Kollegen –: Was wollen Sie den Patienten sagen? – Kommen Sie zu uns in Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein. Hier können Sie am besten Organe spenden.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Das ist schwierig. Gleichzeitig ist das aber genau der Punkt. Die Kultur für eine Organspende ist einfach nicht vorhanden. Wir sind die Underdogs, die die Organe explantieren. Die, die transplantieren, sind die Guten. Die, die explantieren, sind die Underdogs. Das, was allgemein in der Bevölkerung als Organspendeskandal bekannt ist, war bei Licht betrachtet überhaupt kein Organspendeskandal, sondern das waren Unregelmäßigkeiten auf der Empfängerseite. Im Kopf bleibt aber zur Organspende, die Kliniken wollen nur die Organe. Insofern müssen wir nach meiner Einschätzung mit der Aufklärung raus aus den Kliniken und rein in das junge Erwachsenenalter, also in die Schulen.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Bevor ich das Wort weitergebe, ein Hinweis: Wir Abgeordnete gehen zu verschiedenen Anlässen häufiger in die Schulen, so immer am 9. November. Die Themen werden immer sehr breit gefasst. Das ist gerade für uns als Gesundheitspolitiker die Gelegenheit – der eine oder andere ist Mediziner –, das Thema mit jungen Leuten angemessen zu diskutieren. – Frau Herrmann.

Franziska Herrmann: Ich denke auch, noch mehr Engagement bei der Aufklärung der Bevölkerung wäre auf jeden Fall wünschenswert. Wichtig wäre natürlich auch, dass die Organtransplantationen komplett finanziert werden, um für die Transplantationsbeauftragten die Freistellung zu ermöglichen. Wir haben heute gehört, wie wichtig das ist. Das ist aber sicherlich eher ein Thema für die Bundesebene.

Sandra Gantert: Ich finde auch, dass die Aufklärung der Öffentlichkeit sehr wichtig ist. Man sollte schon während dem Studium der Ärzte damit anfangen, über Organspenden und Organtransplantationen zu sprechen. In der Pflegeschule sollte man damit ebenfalls beginnen. Das ist in dem Block gar nicht enthalten. Es ist gar nicht gewollt, dass darüber gesprochen wird. Nach meiner Erfahrung ist es in der Ausbildung und in den Schulen auch nicht gewünscht, dass die Transplantationsbeauftragten kommen und über Organspenden sprechen. Da heißt es, die Schüler sind emotional noch nicht so reif, um das zu verstehen, und das passt nicht in die Schule.

Ich halte die Öffentlichkeitsarbeit – auch bei jüngeren Menschen – für sehr wichtig.

Abg. Hedi Thelen: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich verfüge nicht über eine medizinische Vorbildung. Ich bin ein bisschen erstaunt über heute gemachte Vorschläge zur ärztlichen Qualifikation von Transplantationsbeauftragten. Ich war schon überrascht, als ich den Gesetzentwurf gelesen hatte, weil ich nach dem Studium der Aufgaben, die Ihnen gesetzlich übertragen worden sind, nicht erwartet hätte, dass eine so intensive medizinisch fundierte Qualifikation vorherrschen muss. Ich habe von Frau Herrmann gehört – das wissen wir natürlich als Politiker –, die Krankenhäuser haben durchaus auch mit Ärztemangel zu kämpfen.

Ich befürchte – das ist ein Teil meiner Frage –, je höher ich die Qualifikationsniveaus für einen Transplantationsbeauftragten setze, umso schwieriger wird es vielleicht, in den Kliniken die entsprechenden Personen zu haben, denen ich die Aufgabe eines Transplantationsbeauftragten übertragen kann. Deshalb meine Frage: Wo genau steht der Transplantationsbeauftragte im System Krankenhaus und im Prozess hin zur Organentnahme? Davon hängt meines Erachtens ab, welche Qualifikation er tatsächlich braucht. Ist er nicht sogar ein guter Moderator, ein Organisationstalent? Herr Dr. Braun hat es ausgeführt, er muss vor allen Dingen sensibilisieren. Das sind die Aufgaben, die ihm zugeschrieben sind, damit diejenigen, die auf der Intensivstation arbeiten, erkennen, das könnte eine Person sein, bei der eventuell eine Organentnahme infrage kommt. Dann wird er eingeschaltet. Dazu die konkrete Frage: Wo genau sehen Sie die ärztlichen Aufgaben, für die Sie diese besonderen Qualifikationen fordern?

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: An wen richteten sich die Fragen?

Abg. Hedi Thelen: An die Transplantationsbeauftragten, die anwesend sind.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Das heißt dann, sie richten sich an alle, außer an Frau Herrmann.

Abg. Hedi Thelen: Ich schließe keinen aus, der gerne dazu einen Beitrag leisten möchte.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Wir beginnen wieder mit Herrn Hüttemann. Dann kann jeder, der möchte, in der Reihenfolge spontan antworten.

Dr. Egbert Hüttemann: Wenn man sich Kliniken betrachtet, die nicht so breit aufgestellt sind, in denen ohnehin auf der Intensivstation sichergestellt ist, dass rund um die Uhr verkürzt die entsprechende Kompetenz vorhanden ist, dann spielt der Transplantationsbeauftragte dort eine wesentliche Rolle in Sachen Kompetenz. Gerade an diesen Häusern finden Organentnahmen eher seltener statt. Das heißt, die Routine – sei es medizinisch, aber auch in der Gesprächsführung und Moderation – ist da in der Regel beim Personal nicht gegeben. Das sind die Punkte, die Sie angesprochen haben. Die Ansprüche sind also umso größer, je seltener an Kliniken Organspenden stattfinden.

An großen Kliniken, in denen auf jeder Intensivstation eine Abdeckung hinsichtlich der Kompetenz rund um die Uhr gegeben ist, ist der Schwerpunkt vielleicht mehr auf die Vermittlung von Wissen, Moderation, Gesprächsführung, Organisation zu legen. Gerade die Kliniken, die aber diese Struktur nicht haben, tragen entscheidend zu dem Spendeaufkommen bei. Gerade dort liegt ein Potenzial, das in der Vergangenheit nicht ausgeschöpft wurde und bisher nicht ausgeschöpft wird. Deshalb geht es gerade für diese Strukturen darum, diese Funktion sowohl durch die Qualität der Kompetenz, um den Kollegen vor Ort medizinisch zur Seite zu stehen, aber auch in Sachen Gesprächsführung mit den Angehörigen zu stärken, was dann, wenn das selten der Fall ist, eine sehr komplexe Aufgabe ist.

Dr. Axel Rahmel: Ich glaube, es ist in all den Darlegungen – ich verweise insbesondere auf die Darlegungen von Herrn Dr. Braun, der auf die Prozessabläufe sehr großen Wert gelegt hat, was aus meiner Sicht in der Tat ein ganz entscheidender Punkt ist – deutlich geworden, dass es für den Transplantationsbeauftragten entscheidend ist, dass er an der Klinik ein Standing hat, dass er tatsächlich gehört wird. Er wird natürlich dann gehört, wenn er einerseits menschlich die Kompetenz hat, dass er gehört wird – wir wissen alle, dass davon viel abhängt –, er aber andererseits auch die Fachkompetenz hat, überzeugend auf andere einzuwirken.

Es ist schwierig, ein solch komplexes Anforderungsprofil in gute Worte zu packen. Ob tatsächlich die Zeit auf einer Intensivstation das Entscheidende ist, weiß ich nicht zu 100 % zu fassen. Natürlich haben Sie recht, wenn man das Qualifikationsniveau unendlich hochschraubt, dann kommen Sie gerade in kleineren Kliniken – vielfach haben wir große Kliniken – häufig dahin, dass am Ende nur noch ein Arzt übrig bleibt, der dieses Qualifikationsniveau erfüllen kann. Das kann mitunter passieren.

Wovon hängt vieles ab? Das hängt zum Teil von den vorher genannten Soft Skills ab, aber das hängt auch von der Motivationslage ab. Wenn Sie sozusagen gesetzlich verpflichtet ein Etikett auf die Stirn gepflanzt bekommen, ab jetzt sind Sie quasi zwanghaft der Organspende-/Transplantationsbeauftragte, dann muss das nicht immer förderlich sein. Insofern ist eben entscheidend – ich weiß nur nicht, wie man das in einem Gesetzestext optimal in Worte fasst –, dass man genau diese harten und weichen Faktoren, die ich eben angesprochen habe und die von allen anderen auch angesprochen wurden, findet. Das muss nicht an die Länge der Intensivzeit gekoppelt werden, aber fachliche Qualifikation ist natürlich nicht gerade schädlich für diese Aufgabe.

Dr. Michael Braun: Ich kann Ihnen im Großen und Ganzen sogar zustimmen, auch wenn ich damit vielleicht mit meinem Kollegen kollidiere. Bei uns ist es wirklich so, dass eine Koinzidenz zwischen erfahrenem Intensivmediziner und Transplantationsbeauftragten existiert. Wenn ich im Gesetzestext die Aufgaben des Transplantationsbeauftragten lese, sehe ich da nicht immer unbedingt den Arzt ganz vorne, sondern ich sehe eher eine Ausbildung im Sinne des ärztlichen Qualitätsmanagements. Das ist das, was Sie schon sagten, nämlich Moderations- und Kommunikationskompetenz. Ich denke, man muss es trennen. Der Transplantationsbeauftragte – bei uns ist das zwar so – steht normalerweise nicht am Krankenbett und macht die Intensivmedizin. Dafür braucht man einen erfahrenen Intensivmediziner, der mit Sicherheit deutlich länger als zwölf Monate Erfahrung haben muss, um einen Patienten bei einer organprotektiven Therapie zu betreuen oder den Hirntod einzuleiten. Da stimme ich Ihnen eigentlich zu. Ich würde tatsächlich für den Transplantationsbeauftragten einen Ausbildungsschwerpunkt ein bisschen weg von dem rein Fachlichen sehen.

Dr. Andreas Molitor: Das ist ein schwieriges Thema. Die Krankenhäuser, die ich überblicke, sind mit Transplantationsbeauftragten ausgestattet, die fast ausschließlich auf der Oberarztenebene angesiedelt sind. Die erfüllen diese Aufgabe bisher im – ich sage einmal – Bypass. Es gibt bisher dafür keine Freistellung. Auch wir machen das im arbeitsverdichteten Alltag on top. Man muss sagen, das ist oft schwierig. Die Kollegen müssen teilweise mit kompensieren. Wir tragen also nicht allein die Last, sondern alle, inklusive der Pflege, tragen sie.

Ich weiß auch keinen guten Satz, wie man es definieren kann. Ich glaube aber, ein erfahrener Intensivmediziner oder ein erfahrener Arzt in Analogie zur erfahrenen Pflegekraft, die pflegerische Transplantationsbeauftragte werden kann, sollte es sein. Ich glaube, Erfahrung und das Standing, das Herr Dr. Rahmel angesprochen hat, sind tatsächlich wichtig in einem Haus, weil als Transplantationsbeauftragter sind Sie bei dieser Aufgabe lediglich der Geschäftsführung und nicht dem Chefarzt, dem Ärztlichen Direktor oder sonst jemanden unterstellt. Das muss auch klar sein.

Sandra Gantert: Ich habe schon gesagt, dass ich die Qualifikation der Transplantationsbeauftragten nicht abhängig von der Ausbildung sehe.

Abg. Dr. Christoph Gensch: Vielen Dank an die Damen und Herren für Ihre Ausführungen. Sie haben uns damit mit Sicherheit wichtige Erkenntnisse geliefert.

Meine Fragen gehen primär an Herrn Dr. Rahmel, wobei ich natürlich auch die Herren, falls Sie sich dazu äußern möchten, recht herzlich dazu einlade.

Herr Dr. Rahmel, bei mir war es bisher so, dass ich, wie viele in diesem Land, zur Kenntnis genommen habe, dass sich die Organspendezahlen über die vergangenen Jahre drastisch nach unten entwickelt haben. Wir haben nach den Organspendevorfällen in den Jahren 2011/2012 einen Abfall von ungefähr 1.200/1.300 Organspendern auf heute 800 Organspender zu verzeichnen. Für mich war bisher, ohne dass ich das groß hinterfragt habe – das muss ich auch sagen –, die Kausalkette klar. Die damaligen Vorfälle und die dadurch einhergehende verminderte Akzeptanz für die Organspende haben zu diesem Abfall geführt.

Nun muss ich in der Studie der Kollegen aus Schleswig-Holstein lesen, dass das wohl nicht in der Fall ist bzw. es sind Daten im Rahmen dieser Studie erhoben worden, die mich erstaunt haben. So hat sich zum Beispiel die Anzahl der Organspendeausweisträger in den vergangenen Jahren deutlich von 18 % auf 36 %, wenn ich die Zahlen richtig in Erinnerung habe, nach oben entwickelt. Daher richte ich an Sie die konkrete Frage: Wie erklären Sie sich den Abfall der Organspendezahlen? Wo sehen Sie tatsächlich die Problematiken? Wo in den Kliniken und Krankenhäusern? Wo im Prozess der gesamten Organspende/Organentnahme sehen Sie die Problematiken?

Ich habe noch eine zweite Frage, die ich Ihnen gerne stellen würde. Sie betrifft die Freistellungsregelung. Zunächst habe ich zur Freistellungsregelung von 0,1 % pro zehn Intensivbetten, die in Bayern gewählt worden ist, eine Frage. Die Optimierung der Arbeits- und Betätigungsbedingungen der Transplantationsbeauftragten hat in Bayern zumindest zu statistisch nachweisbaren Effekten geführt. Die Organspendezahl ist um 18 % nach oben gegangen. Ist das die Ursache für den Anstieg der Zahl?

Ich sage Ihnen ganz ehrlich, ich tue mich als jemand, der selbst länger in einem Krankenhaus gearbeitet hat, sehr schwer damit, diese 0,1 % zu fassen und das Gefühl zu haben, wie ich das personell umsetzen kann. Insofern finde ich Ihren Ansatz, den Sie in Ihrer schriftlichen Stellungnahme aufgeführt haben, das unter Umständen über eine finanzielle Vergütungskompensation zu regeln, ganz interessant. Ich möchte Sie bitten auszuführen, wie Sie zu diesem Vorschlag kommen.

Danke.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Diese Frage richtete sich primär an Herrn Dr. Rahmel. Sie können gerne antworten.

Dr. Axel Rahmel: In der Tat, im Amerikanischen heißt es so schön, für jedes komplexe Problem gibt es eine einfache Antwort. Leider ist sie allerdings falsch. Es stand immer im Raum, dass der Rückgang der Organspenden mit dem Wartelistendaten-Manipulationsskandal zu tun habe. Wenn man es sich genau ansieht, hat der Rückgang der Organspenden in Deutschland schon vorher begonnen. Dann hat er sich allerdings beschleunigt.

Die Studie, die Sie ansprechen – das hatte ich auch schon angedeutet –, kratzt eigentlich nur an der Oberfläche, weil sie zunächst einmal nur schaut, wie viele Todesfälle es bei Patienten mit Hirnschädigung gegeben hat. Das, was wir mit den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen – eigentlich in allen Bundesländern, aber in Nordrhein-Westfalen und in der Region Ost, das sind Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, flächendeckend – inzwischen auf freiwilliger Basis erreicht haben, ist, genau nachzuschauen, woran es liegt.

Dann sehen Sie, in Deutschland gibt es etwas mehr als 60.000 Todesfälle bei Patienten mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung. Etwa die Hälfte dieser Patienten hat nach den Daten der Krankenhäuser – das sind alle Daten, die sie an uns übermittelt haben – null Beamtungsstunden. Das heißt, sie sind aus welchen Gründen auch immer gar nicht auf einer Intensivstation gelandet. Von denen, die auf einer Intensivstation gelandet sind, fallen dann wieder welche weg, weil es ganz offensichtlich eine Kontraindikation, zum Beispiel ein Tumorleiden, gibt. Dann gibt es auch noch Patienten, bei denen – Herr Molitor hat das sehr anschaulich geschildert – es gar nicht zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall kommt. Dann gibt es noch solche Patienten, bei denen es trotz optimaler intensivmedizinischer Bemühungen zu einem Kreislaufversagen kommt. Bleibt immer noch von denen, die auf der Intensivstation gelandet sind, etwa ein Drittel. Wir haben also die Hälfte, die gar nicht auf der Intensivstation waren. Wir haben ein Drittel von denen, die auf der Intensivstation waren.

**22. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.08.2018
– Öffentliche Sitzung –**

Wenn man sich die wiederum anschaut, hat sich herausgestellt, dass es zum einen zu einem gewissen Anteil die Situation gegeben hat, dass das Krankenhaus im Nachhinein gesagt hat, der Patient war wahrscheinlich Hirntod – irreversibler Hirnfunktionsausfall –, aber wir haben nur nicht die Diagnostik gemacht. Sie haben das schlicht und ergreifend im Klinikalltag – aus welchen Gründen auch immer – vergessen, aber das führe ich auf Arbeitsverdichtung und Personalmangel zurück. Man hat einfach nicht daran gedacht. Vielleicht ist das auch auf mangelnde Kenntnisse der jeweiligen Ärzte zurückzuführen.

Die zweite Gruppe, die da hineinfiel, waren die Patienten, für die im Krankenhaus entschieden wurde, die Therapie zu beenden, weil es eine schwere Hirnschädigung gab und man jedenfalls im Nachhinein diesen Fall betrachtend gesagt hat, eigentlich hätten wir mit den Angehörigen darüber sprechen müssen, was der Verstorbene gewollt hätte. Es ist für uns ein wichtiges Anliegen, dass man den Wunsch des Patienten und des dann Verstorbenen bezüglich einer Organspende in den Vordergrund rückt.

Die dritte Gruppe war schließlich die, in der die Patientenverfügung vermeintlich die Organspende nicht möglich gemacht hat, wobei man da immer noch im Detail schauen müsste, ob das wirklich der Fall gewesen ist.

Wenn Sie sich dies anschauen, kommen Sie zu Steigerungen bei der Organspende, die nicht so hoch sind, wie die, die das Ärzteblatt angegeben hat, in dem das sehr plakativ dargestellt war, sondern es kann eine Steigerung um 50 % oder vielleicht auch eine Verdopplung der Organspendezahlen erreicht werden.

Der Dreh- und Angelpunkt liegt nach unserer festen Überzeugung aber schon – das ist auch in der Diskussion über die Öffentlichkeitsarbeit deutlich geworden – in den Kliniken. Da kommen immer wieder Missverständnisse auf, dass wir sagen würden, die Kliniken wollen nicht. Ich glaube, ich habe deutlich gemacht, die Kliniken stehen überwiegend hinter der Organspende, aber es fehlt manchmal an der Schulung und manchmal sind es die Rahmenbedingungen, die es schwierig machen.

Insofern ist das eine komplexe Situation. Wenn Sie daran arbeiten wollen, dann muss man an verschiedenen Schrauben drehen. Einige sind im Koalitionsvertrag festgehalten worden. Dazu gehört – was hier heute auch schon mehrfach angesprochen worden ist –, Organspende darf sich für die Kliniken nicht finanziell nachteilig auswirken. Dazu gehört sicherlich auch das, was Sie mit Ihrem Ausführungsgesetz umgestalten, nämlich die Transplantationsbeauftragten zu stärken.

Jetzt kommen wir zur Frage der Freistellungsregelung. Wenn Sie eine Stelle mit einem Zehntel haben, dann sind das vier Stunden. Wie machen Sie das mit den vier Stunden? Sind das vier Stunden jede Woche? Sind das 30 oder 45 Minuten jeden Tag? Sind das einmal im Monat zwei Tage? Das ist natürlich willkürlich. Ich glaube – ich hatte das vorhin schon angedeutet –, primär geht es auch um den symbolischen Charakter einer Wertschätzung dieser Tätigkeit.

Wenn Sie einem Oberarzt sagen – Sie haben es gerade von Herrn Molitor gehört, die meisten Transplantationsbeauftragten sind Oberärzte –, Sie werden jetzt freigestellt, also mit anderen Worten, Sie haben in der Woche vier Stunden oder acht Stunden für das Thema Organspende zur Verfügung, glaube ich, der wird Sie nur freundlich anlächeln und sagen, ich arbeite sowieso nicht 38,5 Stunden, sondern gefühlt sind das einfach nur On-top-Stunden. Da sollte unter Umständen überlegt werden, wenn da ein zusätzlicher Aufwand entsteht, ohne dass ich den Eindruck erwecken will, dass Organspenden sozusagen erkauft werden, ob für das Engagement, das in dieser Sache von Leuten erbracht werden muss, die ohnehin deutlich über 40 Stunden arbeiten, möglicherweise ein finanzieller Ausgleich gewährt wird.

Interessanterweise ist das in Bayern vorgesehen. Allerdings nur für die Situation, dass es weniger als zehn Intensivbetten gibt. Dann kann man sich zwischen der Freistellung oder einem finanziellen Aufwand entscheiden. In Bayern habe ich darauf hingewiesen, dass das nicht ganz logisch ist; denn gerade in den größeren Kliniken kann es durchaus sein, dass man in die Situation gerät, dass man nur das Schild auf der Stirn hat, du bist Transplantationsbeauftragter und hast dafür im Monat zwölf Stunden Zeit. Dafür können Sie sich nichts „kaufen“ außer der Wertschätzung, die aber nicht völlig unbedeutend ist.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Gibt es noch weitere Wortmeldungen zu diesem Fragenkomplex? – Herr Dr. Molitor.

Dr. Andreas Molitor: Ich würde gerne ganz kurz eine Erwiderung zu Herrn Rahmel tätigen. Ich glaube, eine Freistellung der Transplantationsbeauftragten ist sinnvoll. Allerdings bin ich ein absoluter Gegner einer finanziellen Vergütung derselben. Ich halte es überhaupt nicht für klug und vertretbar, ich finde es schlecht, von den Kliniken für diese Aufgabe Geld zu zahlen. Da sind wir unterschiedlicher Meinung, Herr Rahmel. Ich persönlich, Andreas Molitor, sehe es sehr skeptisch, für Organspenden Geld zu bekommen. Das halte ich für grenzwertig. Ich finde, da gibt man sich eine Blöße und bietet eine offene Flanke, in die der „Feind“, der Organspendegegner oder wie auch immer man ihn nennen möchte, gut reingrätschen kann. Ich finde es in der Summe nicht klug, für diese Aufgabe Geld zu bezahlen.

Wenn ich sage, ich mache keine Freistellung, sondern zahle Geld, und ich kann die Aufgabe bewerkstelligen, dann habe ich offensichtlich noch viele Ressourcen gehabt, wenn ich das zusätzlich zu meiner normalen Arbeit machen kann. Geld finde ich also mittelgut.

Abg. Dr. Christoph Gensch: Hilft Ihnen die Freistellung von 0,1?

Dr. Andreas Molitor: Wie gesagt, bisher habe ich keine offizielle Freistellung, aber die Termine, die ich wahrnehmen will und muss, kann ich problemlos umsetzen.

Ja, ich glaube schon, dass das hilft. Wie gesagt, das Ganze ist ein Pilot, wenn Sie so wollen. Das gibt es bisher nicht. Deshalb die Berichtspflicht an Sie, die mindestens einmal im Jahr erfüllt werden soll, was mit der Freistellung passiert ist.

Abg. Dr. Sylvia Groß: Vielen Dank an alle Experten für Ihre präzisen Ausführungen.

Ich möchte noch einmal das Thema Freistellungen aufgreifen und richte folgende Frage an die Transplantationsbeauftragten: Ist Ihnen anhand der Formulierungen im Gesetzentwurf klar, in welchem erforderlichen Umfang freizustellen ist? Es ist formuliert, im „erforderlichen Umfang freizustellen“. Ist ausreichend klar, was das bedeutet und in welchem Umfang Sie in Ihrem Haus dann den Transplantationsbeauftragten freistellen müssen? Oder würden Sie sich hier eine konkretere oder präzisere Regelung wünschen? Das ist meine erste Frage.

Nun zu meiner zweiten Frage. Man muss auch einmal betrachten, wie viele Krankenhäuser an der Organspende beteiligt sind. Das sind, wie die Antwort auf eine Kleine Anfrage ergeben hat, 73 Krankenhäuser. Ebenfalls ging aus der Antwort hervor, dass in den Jahren 2016 und 2017 jeweils 38 Organspender zur Explantation anstanden. Herr Molitor, ich habe gelesen, dass bei Ihnen im Mittelrhein-Klinikum ein Großteil der Organentnahmen stattgefunden hat. Das würde bedeuten, dass sich das dann irgendwo schon kanalisiert. Viele Krankenhäuser werden wahrscheinlich gar keine Transplantation durchführen. Im Mittel wäre es noch nicht einmal eine pro Krankenhaus.

Jetzt möchte ich auf die Fort- und Weiterbildungen hinaus. Wir wissen es eigentlich aus allen Lebensbereichen, Prozesse und Dinge, die Sie nicht jeden Tag machen, werden vergessen und man weiß sie nicht mehr. Ist es Angesichts dessen daher nicht angebracht, viel engmaschiger Weiter- und Fortbildungen immer wieder für den Fall der Fälle zu trainieren, wenn sie so wenig vorkommen?

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Vielen Dank. – Können Sie noch präzisieren, an wen sich die Fragen richten?

Abg. Dr. Sylvia Groß: An die anwesenden Transplantationsbeauftragten.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Dann beginnen wir mit Herrn Dr. Hüttemann. Sie können dann jeweils in eigener Regie antworten.

Dr. Egbert Hüttemann: Das ist in der Tat ein nicht unwesentlicher Punkt. Der Rahmen der Freistellung muss zum einen die eigene Fortbildung/Qualifikation des Beauftragten und zum anderen die Wahrnehmung der Aufgaben in der Klinik – sowohl bei Organspenden, aber auch im Hinblick auf die Qualifikation der Mitarbeiter – erlauben. Es ist sehr schwer, dieses Aufkommen quantitativ zu bestimmen, weil das

von Klinik zu Klinik variiert und von den jeweiligen Gegebenheiten abhängig ist. Insoweit ist es schwierig, eine Regelung zu finden, die das letztendlich sicherstellt.

Zum zweiten Punkt: Aufgrund der Problematik, dass es durchaus sein kann, dass an einzelnen Kliniken die Konstellation Organspende und die Konstellation Hirntod selten gegeben sind, ist es besonders kritisch, in dieser selten auftretenden Konstellation die Kompetenz vor Ort sicherzustellen. Das kann aber letztlich nur über die Bereitstellung von Beauftragten und deren hinreichende Qualifikation erfolgen.

Dr. Michael Braun: Zum Thema Freistellung kann ich relativ wenig sagen, da ich im militärischen Kontext arbeite. Die Arbeitszeitregelung ist da ein bisschen anders gestaltet als im zivilen Bereich.

Zur Entlohnung, die du eben angesprochen hattest, stimme ich dir zu 100 % zu. Dies nicht nur, weil ich aus dem Verteidigungshaushalt bezahlt werde. Ich glaube kaum, dass da ein Transplantationsbeauftragter ausgewiesen wird. Das sehe ich auch sehr, sehr kritisch.

Ich selbst habe keine offizielle Freistellung, aber bei uns in der Klinik ist es so, dass ich die Zeit, die ich für Weiterbildung und Ähnliches brauche, problemlos durch die Klinikleitung zur Verfügung gestellt bekomme – da gibt es überhaupt keine Diskussionen –, ohne dass das irgendwie festgelegt ist. Für uns im Militärkrankenhaus ist das – ich will einmal sagen – völlig egal.

Sandra Gantert: Auch ich halte eine Freistellung für die Transplantationsbeauftragten in unserem Haus für nicht nötig. Wir haben auch die Freiheit, für jede Fortbildung oder Schulung – egal ob innerhalb oder außerhalb des Hauses – die dafür notwendige Zeit zu bekommen. Da wir insgesamt sechs Transplantationsbeauftragte in einem kleinen Haus sind, wäre eine Freistellung ohnehin schwierig zu realisieren, weil sich dann die Frage stellen würde, wer dann freigestellt werden soll.

Es ist zwar geplant, dass bei mehreren Transplantationsbeauftragten ein Hauptverantwortlicher benannt wird, aber ich habe schon ausgeführt, wir sehen uns als Team. Deshalb gibt es bei uns in dem Sinne keinen Hauptverantwortlichen. Jeder ist gleich.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Es kristallisiert sich ein wenig heraus, dass das von der Größe der Klinik und den Fallzahlen abhängig ist. Entscheidend ist, was herauskommt und das funktioniert, wenn der Fall da ist.

Frau Dr. Groß, sind damit Ihre Fragen beantwortet?

Abg. Dr. Sylvia Groß: Ich hatte gefragt, ob sie eine präzisere Formulierung möchten, als sie im Moment im Gesetzentwurf enthalten ist. Diese Frage haben Sie beantwortet.

Dr. Andreas Molitor: Ich würde gerne noch einen Satz dazu sagen. Ich glaube schon, dass es sinnvoll ist, zunächst einmal die Regelung mit der 0,1 Stelle pro zehn Intensivbetten zu versuchen.

Wie gesagt, das Ganze muss natürlich regelvaluiert werden und es muss geschaut werden, was mit dieser Stellenanzahl passiert. Alles andere, was wir jetzt besprochen haben, sind Einzelmeinungen – das gilt natürlich auch für meine –, aber das ist alles Wischiwaschi. Das heißt, wir müssen es am Ende des Tages irgendwie konkret machen, und irgendetwas muss beschlossen und umgesetzt werden. Ob es effektiv ist oder nicht und ob man damit das erreicht, was man erreichen möchte, muss dann eben überprüft werden. Ich glaube aber, man muss es konkretisieren und weg von diesen Allgemeinplätzen kommen.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp: Die aktuellen Veröffentlichungen der Techniker Krankenkasse besagen, dass wir 2018 55 % mehr Entnahmen hatten. Das ist ein Verdienst von Ihnen, die Sie diese Tätigkeit ausüben.

Ich bin für das Ergebnis der Anhörung sehr dankbar, dass sich alle Anzuhörenden sehr positiv zu den Beauftragten geäußert haben, sei es pflegerischer- oder ärztlicherseits. Das empfinde ich als ganz besonders wichtig.

Ich möchte in dieser Fragerunde noch einmal auf die Finanzierungsmodalitäten zu sprechen kommen. Ich halte Ihre Aussage, Herr Dr. Molitor, für wichtig und bedeutend, dass nicht der Anschein erweckt werden sollte, dass man mit Organentnahmen – wir reden nicht von Spenden, sondern von Organentnahmen, von Todesfällen, die der Menschheit dienen – in den Krankenhäusern Geld verdient. Das halte ich – da schließe ich mich völlig Ihrer Argumentation an – für die wertschätzende, kommunikative Arbeit nach vorne und um Nichtgegnern zuzusprechen, für wichtig.

Für die Transplantationsbeauftragten in Rheinland-Pfalz gibt es in jedem Jahr einen stetigen Aufwuchs. Im Jahr 2016 waren es etwas mehr als 967.000 Euro. In der ersten Runde der Anhörung wurde gesagt – Herr Dr. Molitor, ich glaube, Sie haben das ausgeführt –, es sind bei frustranen Organspendeversuchen seitens der DSO keine Entschädigungszahlungen an die Häuser gegangen. Im Gesetzentwurf wird auch die Frage der monetären Auskömmlichkeit angesprochen. In meiner Explantationserfahrungszeit habe ich damals schon erlebt, dass wir immer mehr Seniorspenderinnen und -spender hatten, die komplexere, aufwendigere und medizinisch teurere Verfahren erfordern.

Ich möchte an dieser Stelle der Anhörung nicht versäumen, die monetären Belange der Krankenhäuser noch einmal anzusprechen. Dazu bitte ich Sie um eine Stellungnahme. Ich möchte niemanden herausgreifen, auch wenn ich Sie zweimal angesprochen habe, Herr Dr. Molitor. Damit ist aber keine Einschränkung verbunden.

Dr. Egbert Hüttemann: Ich kann mich dem anschließen – ich denke, auch alle anderen –, dass da keine falschen finanziellen Anreize für die Organspende gesetzt werden sollten. Gleichwohl ist natürlich eine adäquate Finanzierung ein wichtiges Ziel, dass natürlich der Aufwand bei „frustranen“ Betreuungen zur Vorbereitung einer Spende getragen werden sollte. Der Aufwand – das wurde von den anwesenden Personen schon geschildert – zur Betreuung der Angehörigen, aber auch der medizinische Aufwand kann im Vorfeld erheblich sein.

Danke schön.

Dr. Axel Rahmel: Ich bin doch schon etwas betroffen von dem, was da gesagt wurde, so als würde die DSO finanzielle Anreize für die Organspende schaffen wollen. Das ist keinesfalls die Situation.

Es ist zunächst einmal streng zwischen der Aufwandserstattung der Krankenhäuser im Rahmen der Organspende zu trennen. Das ist heute von vielen gesagt worden. Das ist die Aufwandserstattung, die im Moment gezahlt wird. Wenn tatsächlich ein Organspendeprozess läuft, ist der mitunter, gerade bei komplexen Spendenfällen, nicht kostendeckend. Das muss beseitigt werden. Das ist Punkt eins. Da geht es überhaupt nicht um Gewinne für Krankenhäuser, sondern um das Vermeiden von Verlusten.

Das Zweite ist die Geschichte mit den Transplantationsbeauftragten. Die Finanzierung der Transplantationsbeauftragten hat damit gar nichts zu tun. Die Transplantationsbeauftragten werden im Moment mit den 18 Millionen Euro von den Krankenkassen finanziert. Es ist ein Schlüssel festgesetzt, dass diese 18 Millionen Euro zu 40 % in eine Basispauschale gehen, die jedes Krankenhaus erhält. Darüber hinaus wird für jeden Todesfall mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung noch ein Zusatzbetrag gezahlt. Wenn Sie die 18 Millionen Euro betrachten, werden 7,2 Millionen Euro auf die 1.300 Krankenhäuser verteilt. Das sind etwas mehr als 4.000 Euro, die man als Basisbetrag erhält. Für jeden Todesfall gibt es dann noch einmal zusätzlich Geld, völlig unabhängig davon, ob es eine Organspende oder keine Organspende gegeben hat. Aus 10,8 Millionen Euro geteilt durch 60.000 ergeben sich ungefähr 180 Euro. Für jeden Todesfall in einer Klinik bei primärer oder sekundärer Hirnschädigung gibt es 180 Euro, die an das Krankenhaus gezahlt werden.

Unser Anliegen ist es, dass das Geld, das an die Krankenhäuser für die Tätigkeit der Transplantationsbeauftragten fließt, der Organspende zugutekommt und nicht irgendwo im Krankenhaus versackt. Das ist ein wichtiger Punkt.

Zum zweiten Punkt, bei dem es um die Aufwandserstattung für Transplantationsbeauftragte geht, habe ich einfach nur das wiedergegeben, was aus anderen Krankenhäusern und anderen Bundesländern an uns herangetragen wurde, von denen gesagt wurde: Freistellung ist schön und gut, aber das ist etwas, was für uns in der Praxis gar nicht realisierbar ist. – Da geht es nicht darum, dass irgendein Transplan-

tationsbeauftragter Geld bekommt. Wir sind nicht in Spanien. In Spanien erhält tatsächlich ein Transplantationsbeauftragter Geld für realisierte Spenden. Darum geht es mir nicht, sondern mir geht es darum, für den zusätzlichen Aufwand, den ein Krankenhaus hat, völlig unabhängig davon, ob Spenden realisiert werden – – Herr Molitor, ich weiß und schätze das sehr, dass Sie gerade in Ihrem Krankenhaus und viele andere, die hier sitzen, hochgradig engagiert sind und das aus tiefer innere Überzeugung tun. Das wollen wir nicht untergraben. Dieser Eindruck darf auch nicht erweckt werden. Deshalb rede ich auch so viel, damit auch nicht nur ansatzweise der Eindruck entsteht, dass die DSO in die Richtung tätig werden würde, dass wir Geld für Organspenden zahlen, sondern wir wollen die Tätigkeit der Transplantationsbeauftragten ermöglichen.

Sie sprachen das mit der Freistellung an. Das ist mir auch ein Anliegen. Im Bundesgesetz steht, im erforderlichen Umfang sind die Transplantationsbeauftragten freizustellen. Dieses Gesetz gibt es schon seit vielen Jahren. In der Praxis, in der Realität hat es in den meisten Bundesländern zu nichts geführt, weil nämlich gar nicht klar ist, was das heißt. Deshalb ist das, was da in Bayern gemacht worden ist, ein wichtiges Signal.

Ich hatte Ihre Frage nicht beantwortet, ob die Freistellung tatsächlich für den Anstieg der Organspenden verantwortlich ist. Natürlich bin ich nicht so naiv zu glauben, dass dann, wenn sie bei zehn Intensivbetten eine Freistellung von einem Zehntel einer Stelle machen, die Organspenden hochgehen. Ich glaube aber, dass das einen Symbolwert haben kann, um auch politisch die Bedeutung der Transplantationsbeauftragten hervorzuheben.

Im Übrigen haben Sie so schön berichtet, wie hier in diesem Jahr die Zahl der Spenden gestiegen ist. In Bayern, in dem wir eine Freistellungsregelung haben, stagnieren die Zahlen in diesem Jahr. So einfach ist das also nicht. Ich wollte nur klarstellen, dass das nicht das Anliegen der DSO ist.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp: Herr Vorsitzender, erlauben Sie mir eine Nachfrage, weil ich nicht falsch verstanden werden möchte. – Wir diskutieren die erfolgreichen Organentnahmen, den Weg zur erfolgreichen Organentnahme. Wenn ich richtig informiert bin, bietet die DOS den Häusern auch Leistungen bei frustranen Organentnahmen an. Damit ich in dem Kontext klar verstanden werde: Das war kein Angriff und keine Kritik, sondern die Klarstellung, dass man natürlich auch den Versuch zu einer Organentnahme begleitet und welche Möglichkeiten es da gibt.

Dr. Axel Rahmel: Das ist ein ganz wichtiger Punkt, den wir auch auf Bundesebene angesprochen haben. Herr Molitor hat einen solchen Fall angesprochen. Großes Engagement, aber es kommt überhaupt nicht zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall. Na gut, da gibt es überhaupt keine Entschädigung. Selbst bei den Fällen, bei denen tatsächlich der Prozess anläuft – Hirntod ist festgestellt, Einwilligung liegt vielleicht vor – und viele Untersuchungen gemacht werden, bei denen sich dann nach zahlreichen Untersuchungen herausstellt, dass eine Organspende nicht möglich ist, beläuft sich die Aufwandserstattung nach den derzeitigen Regelungen auf 1.500 Euro. Auch wenn Sie da mehr zahlen, gilt natürlich nicht – dieser Kritik sind wir jetzt schon ausgesetzt, weil das im Koalitionsvertrag steht –, dass wir Organspenden kaufen wollen. Das ist nicht der Fall. Wir wollen immer nur verhindern, dass es für ein Krankenhaus – wir haben im Moment in Deutschland viele Hürden – eine zusätzliche Hürde bei der Organspende gibt, nämlich dass sie finanziell nachteilig ist.

Im Zuge eines Besuchs des InEK-Instituts habe ich mit dem dortigen Chef gesprochen, der mir gesagt hat, Sie können für die Organspende einem Krankenhaus gar nicht so viel zahlen, wie ein Krankenhaus dadurch verliert, dass andere Operationen möglicherweise nicht stattfinden. Der hat ganz plakativ gesagt, Sie können alles in den Raum stellen, aber das spielt alles keine Rolle.

Entschuldigung, dass ich jetzt so ausführlich geantwortet habe, aber es war mir ein großes Anliegen, ein mögliches Missverständnis – genauso wie Sie das wollten – von unserer Seite aus zu vermeiden.

Dr. Andreas Molitor: Zwei kurze Dinge. Der Patient, von dem ich vorhin berichtet habe, hat 96 Stunden auf der Intensivstation gelegen. In diesen 96 Stunden konnte dieses Bett nicht belegt werden. Es konnten keine neuen Patienten aufgenommen werden. Das Krankenhaus konnte damit keine Erlöse und all das, was daran hängt, generieren.

Es gibt in meinem Krankenhaus niemanden, der sagt: Hör mal, müsst ihr das wirklich so machen? Wollt ihr das so machen? Rechnet mal durch, was das bedeutet. – Tatsächlich haben sich Herr Kollege Braun und ich gerade darüber unterhalten. Wir werden versuchen, einmal zu erfassen, was uns als Krankenhaus ein Patient, der sich in der – ich sage einmal – Warteschleife auf eine mögliche Organspende befindet, bei dem es aber am Ende doch nicht dazu kommt, finanziell kostet. Es geht einfach nur darum, das einmal darzulegen, weil ich glaube, wir haben gar keine Vorstellung davon, um welche Summen es eigentlich geht.

Zu Herrn Rahmel: Herr Rahmel, meine Meinung zu dem Thema kennt Frau Barreiros auf jeden Fall; Sie kennen sie jetzt auch. Das war kein Angriff auf die DSO oder auf Sie. Es ist meine persönliche Meinung, dass ich als Transplantationsbeauftragter kein Geld dafür möchte. Nicht mehr und nicht weniger. Das ist also in keine Richtung ein Angriff.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp: Ich habe noch eine Rückfrage, wenn wir schon so im Detail sind: Herr Dr. Molitor, wäre der skizzierte Patient mit der Subarachnoidalblutung bis zu seinem spontanen Versterben auf der Intensivstation verblieben, wenn er nicht Organspendepatient gewesen wäre? Wenn wir die Rechnung machen, wer liegt auf der Intensivstation, belegt ein Bett, stellt sich die Frage: Ist das nicht ohnehin ein Patient für die intensivmedizinische High-Care-Behandlung?

Dr. Andreas Molitor: Der wäre auf der Intensivstation geblieben und wäre da auch verstorben – letztendlich ist er da auch verstorben –, aber 96 Stunden früher.

Abg. Michael Wäschenbach: Ich habe noch zwei Punkte. Am Dienstag brachte Report Mainz eine Sendung zu Organentnahmen. Dort wurden wirtschaftliche Gründe in den Vordergrund gestellt. Wir haben heute viel über Wertschätzung und moralisch-ethische Dinge gesprochen. Die kaufmännische Leitung des Universitätsklinikums Heidelberg hat gesagt, um eine Organentnahme – keine Organspende – kostendeckend durchzuführen, braucht es 2.000 Euro am Tag mehr, weil momentan würde nur ein Pauschalbetrag von 500 Euro bei einem negativen Vorfall bzw. von 5.000 Euro für die Entnahme von mehreren Organen gezahlt.

Frau Herrmann, daraufhin hat der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft gesagt: Wir sehen nicht, dass die Kliniken das Problem sind. Die Kliniken sind seit Jahren sehr engagiert beim Thema Organspende tätig. Ich kann nicht beobachten, dass sich unsere Krankenhäuser aufgrund der Lasten und Aufwendungen, die mit Spendenprozessen verbunden sind, aus dem Spenderengagement zurückziehen. – Wie passt zu dieser Aussage das Vorhaben des Bundesgesundheitsministers, im Herbst doch ein Gesetz auf den Weg zu bringen, welches für die Kliniken eine – ich sage einmal – kostendeckende Organentnahme gewährleisten soll. Ich erkenne einen gewissen Widerspruch in der Aussage der Krankenhausgesellschaft, dass es doch wirtschaftliche Gründe sind, die gewisse Hemmnisse mit sich bringen, weil sonst würde man die Wirtschaftsfrage jetzt nicht durch ein Gesetz lösen. Das ist der Punkt eins. Diese Frage richtet sich an Sie.

Dann habe ich an alle eine Frage. Herr Blessing hat das expressis verbis ins Spiel gebracht. Sie müssen die Frage nur mit Ja oder Nein zu beantworten. Würden Sie einen Paradigmenwechsel mit einer Widerspruchslösung bevorzugen, die in der Krankenkarte gespeichert ist, damit wir die ganzen Prozessdinge, die wir jetzt organisiert haben – Werbedinge –, außen vor lassen können und wirklich zu einem Paradigmenwechsel kommen und die Widerspruchslösung, wie sie in anderen Ländern schon praktiziert wird, einführen können? Die Frage müssen Sie nur mit Ja oder Nein beantworten.

Dr. Egbert Hüttemann: Ja, ich würde das begrüßen.

Dr. Axel Rahmel: Sie haben mich kennengelernt. Auf eine so komplexe Frage kann ich nicht einfach mit Ja oder Nein antworten.

Ich glaube, ja, die Kultur der Organspende würde durch eine Widerspruchslösung gefördert. Allerdings sollte das – Sie haben das eben gesagt – in einem Ausweis dokumentiert werden. Da stehen Sie eigentlich schon wieder im Widerspruch zu sich selbst; denn eine Widerspruchslösung setzt gar keine Dokumentation voraus. Insofern halte ich die Idee aus Holland für eine sehr zielführende Lösung. Dort gibt es ein sehr transparentes System, indem es die Bevölkerung anspricht und zweimal anfragt, ob jemand Organspender sein will. Erst wenn Sie darauf gar nicht reagieren, erhalten Sie ein Schreiben,

dass Sie jetzt im Register als jemand geführt werden, der nicht widersprochen. Dadurch wird einerseits die Autonomie der Menschen gestärkt, aber andererseits wird jemand, der diese Entscheidung nicht fällen will, immerhin als potenziellen Organspender geführt. Ich glaube, dass davon auch ein politisches Signal ausgeht, dass die Politik hinter dem Thema Organspende steht und es eine Gesamtkultur der Organspende in Deutschland gibt. Letztendlich ja, aber eine spezielle Form der Widerspruchslösung.

Christian Blessing: Ja, sage ich sozusagen ganz unpolitisch.

Dr. Michael Braun: Ich fand die Fragestellung gar nicht so komplex. Ich würde auch Ja sagen.

Dr. Andreas Molitor: Es geht um die Widerspruchslösung? – Ja, weil das ist einem Menschen zuzumuten.

Franziska Herrmann: Ich möchte auf die erste Frage antworten.

Den Report Mainz habe ich natürlich auch gesehen. Sie haben die Ausführungen von Herrn Baum schon erwähnt. Denen möchte ich mich anschließen. Die Kliniken in Rheinland-Pfalz sind schon seit Jahren in der Organspende engagiert. Ich glaube, wir haben heute von allen Vertretern der Krankenhäuser gehört, dass sie nicht berichten können, dass es tatsächlich finanzielle Erwägungen gibt. Herr Dr. Rahmel hat vorhin ausführlich berichtet, dass die Studie aus Schleswig-Holstein, auf die Sie anspielen, vielleicht nicht jeden Punkt durchdringt und es durchaus auch verschiedene andere Möglichkeiten geben kann, weshalb eine Organspende oder eine Organentnahme in welchen Fällen auch immer nicht stattfindet. Ich denke, dass die Forderung nach einer auskömmlichen Bezahlung generell eine legitime Forderung ist. Das bedeutet nicht, dass die bisher nicht auskömmliche Bezahlung vielleicht der Grund für weniger Organentnahmen ist.

Sandra Gantert: Ja.

Abg. Dr. Christoph Gensch: Ich möchte mich noch einmal zu Wort melden und nur eine leichte Kritik zu den vier ärztlichen Kollegen äußern. Ich bitte Sie dann noch, sich zu meiner Frage, die ich Ihnen noch stellen werde, zu äußern.

Sie vermitteln den Eindruck, als ob vieles sehr gut ist – in Ihren Krankenhäusern sowieso –, dass eine Freistellung nicht benötigt oder für Sie zumindest keine zwingende Voraussetzung ist und eine finanzielle Kompensation abgelehnt wird. Sie vermitteln mir zumindest den Eindruck, als wäre vieles bis alles gut. Gleichzeitig gehen die Zahlen, über die wir sprechen, seit Jahren nach unten. Hier geht es nicht um anekdotische Evidenz, hier geht es nicht darum, ob in Ihren Häusern alles gut ist, sondern ich bitte Sie tatsächlich, den Blick etwas zu weiten und uns gerade in Bezug auf eine Freistellung die Frage zu beantworten, welche Maßnahmen in ganz Rheinland-Pfalz für die Krankenhäuser getroffen werden müssen, um dieses Problem zu lösen. Das ist die Frage. Das hier ist auch das Gremium, das eine erhebliche Mitsprache hat, wenn es darum geht, wie das umgesetzt wird. In welchem Rahmen soll die Freistellung erfolgen, weil sie tatsächlich Auswirkungen hat? In welchem Rahmen soll vielleicht eine finanzielle Vergütung erfolgen, weil es im Alltag in den Kliniken doch gar nicht möglich ist, sie so freizustellen? Das ist ähnlich wie eine Notarztbereitschaft, die parallel mit einem Piepser läuft. Das fällt in einem Maße an, das überhaupt nicht planbar ist. Haben Sie andere Vorschläge, wie wir die Rolle stärken können, sei es finanzieller oder zeitlicher Natur? Kann man so etwas in einem Verbund machen? Kann man Personen ganztags beschäftigen, die für eine gewisse Krankenhausgruppe zuständig sind? Gibt es da andere Modelle?

Ich will Ihnen aus meiner eigenen Tätigkeit ein kleines Beispiel erzählen, anhand dessen ich bemerkt habe, wie wichtig es ist, das konzeptionell und strukturell zu verankern. Auf der Intensivstation der Uniklinik Homburg war ein wichtiger Punkt bei den Organspenden die Hornhautspende. Die können Sie noch nach dem Tod eines Patienten explantieren und transplantieren. Wir hatten eine sehr, sehr enge Kooperation mit der Augenklinik. Jeden Morgen bei Schichtdienst um 6:00 Uhr und 8:00 Uhr hat die Augenklinik angerufen und nachgefragt: Wie sieht es aus? Wir haben gesehen, heute Nacht ist ein Patient verstorben. Ihr habt unser Formular ausgedruckt. Ist mit den Angehörigen gesprochen worden? Können wir das nehmen?

Ich bin mir sehr, sehr sicher, dass die Zahlen dieser Intensivstation bei Hornhauttransplantationen deutlich höher sind als bei vielen anderen Intensivstationen oder Kliniken im Saarland und Rheinland-Pfalz, weil hier ein sehr engmaschiges Monitoring und eine Organisationsstruktur vorhanden sind, die auch in einem hektischen Alltag, wenn um 5:00 Uhr morgens jemand verstorben ist und es direkt mit Notfällen im Tagesverlauf weitergeht, nicht untergehen.

Gerade die ärztlichen Kollegen, die mit ihrem Sachverstand auf den Intensivstationen tätig sind, bitte ich zu sagen: Was sind Ihre Vorschläge? Was können wir gesetzgeberisch verankern oder fordern, um die Situation in Rheinland-Pfalz zu verbessern?

Vielen Dank.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Die Frage richtet sich also an die ärztlichen Kollegen?

Abg. Dr. Christoph Gensch: Ja.

Dr. Egbert Hüttemann: Das sind einige, aber alles sehr wichtige Punkte.

Zunächst ausreichende Finanzierung der Qualifikation, dann Sicherstellung einer durchgehenden Präsenz, das heißt, ein Transplantationsbeauftragter für ein Haus ist definitiv zu wenig. Es muss eben durchgängig eine Abdeckung gegeben sein. Dann sind Strukturen wünschenswert, dass der Betreffende täglich die Intensivstation aufsucht und sich mit den Kollegen abstimmen kann, um rechtzeitig Konstellationen erkennen zu können, in die er sich einschalten kann.

Der Knackpunkt ist ein bisschen – da haben Sie natürlich den Finger in die Wunde gelegt –, wie man gesetzlich verankern kann, dass solche Strukturen etabliert werden.

Dr. Michael Braun: Ich kann es Ihnen nicht sagen, weil ich definitiv nicht weiß, weshalb die Organspendebereitschaft oder die Organentnahmen so gering sind. Das wäre auch keine anekdotische Evidenz, sondern das wäre eine persönliche Evidenz. Ich glaube, Sie haben auch keine Zahlen, weshalb das so ist. Wir wissen es nicht.

Nur in dem Moment, in dem wir wissen, weshalb das so ist, könnte ich Ihnen einen supertollen, konkreten Vorschlag machen. Ich stimme aber der Sache insofern zu – deshalb denke ich, ist der Gesetzentwurf schon eine gute Sache –, dass der Transplantationsbeauftragte – das ist mir gerade wieder ein bisschen gekommen – gerade in Häuser, in denen es mehrere Intensivstationen gibt, tatsächlich täglich Kontakt mit den Intensivstationen aufnimmt und eine Informationspflicht gegenüber dem Transplantationsbeauftragten besteht.

Hornhautspenden sind, auch wenn ich Homburg liebe – da habe ich studiert und auch gearbeitet –, kein so richtig gutes Beispiel dafür. Das klappt bei uns auch, weil automatisch jeder verstorbene Patient über die Pathologie an die Uni Mainz gemeldet wird. Dann funktioniert das relativ gut. Da ist der Prozess klar.

Dann komme ich wieder zum Prozess. Ich habe da keine magische Kugel. Tut mir leid.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Herr Kollege Braun wollte verdeutlichen, dass er Saarländer ist. – Herr Molitor.

Dr. Andreas Molitor: Ich habe vielleicht zu viel gesagt und zu wenig gemeint. Ich meinte, es klar gesagt zu haben. Ich halte die Freistellungsregelung für sinnvoll, unabhängig davon, dass insoweit die Dinge in meiner Klinik im Moment gut laufen.

Ich fand aber auch Ihren Vorschlag gut, möglicherweise in einer Gemeinschaft oder in einem Verbund von Kliniken das standortübergreifend zu machen. Das ist an sich eine gute Idee, wenn die Standorte nicht zu weit auseinanderliegen, weil das erfordert tatsächlich tägliche Präsenz auf der Intensivstation.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Das war eine gute Anhörung, weil Ihre Vorträge alle sehr präzise waren und die Abgeordneten sehr intensiv die Zeit genutzt haben, um Fragen zu stellen. Es ist in der Tat für Abgeordnete, die nicht zufällig auch Arzt sind, sehr schwierig,

**22. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.08.2018
– Öffentliche Sitzung –**

sich in diesen sehr komplexen Bereich hineinzusetzen. Deshalb bin ich sehr erfreut, dass so intensiv Fragen gestellt worden sind.

Wir sind am Ende dieses Tagesordnungspunkts angekommen. Ich danke Ihnen sehr herzlich, dass Sie den Weg nach Mainz auf sich genommen werden. Ich wünsche Ihnen eine gute Rückreise. Für die Auswertung wird es ein Protokoll geben, das als öffentliches Dokument von Ihnen über die Landtagsseite abgerufen werden kann. Nach ungefähr vier Wochen können Sie auf der Landtagsseite einmal nachschauen.

Wir müssen uns noch darauf verständigen, wann wir die Auswertung vornehmen.

Der Gesetzentwurf und der Antrag werden vertagt.

Die Auswertung der Anhörung soll am 18. Oktober 2018 erfolgen.

Daher kommt der Ausschuss überein, den im Terminplan vorgesehenen Reservetermin am Donnerstag, dem 18. Oktober 2018, 10:00 Uhr, in Anspruch zu nehmen.

(Unterbrechung der Sitzung von 11:36 Uhr bis 11:48 Uhr)

Punkt 3 der Tagesordnung:

... tes Landesgesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes

Gesetzentwurf

Landesregierung

– Drucksache 17/5490 –

Abg. Hedi Thelen verweist auf die Plenardebatte, im Rahmen derer vonseiten der Fraktion der CDU die Meinung vertreten worden sei, dass eine Umformulierung des Absatzes 3 unter Nummer 2 Buchstabe a) des Gesetzentwurfs erforderlich sei. Mit diesem Absatz 3 werde die vom Bundesgesetzgeber vorgesehene Öffnungsklausel genutzt, dass das Land nicht alle vom Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegten Qualitätsindikatoren übernehmen müsse.

Die im Gesetzentwurf enthaltene Formulierung habe nicht nur bei der Fraktion der CDU zu Irritationen geführt, sondern auch im Zuge der Anhörung sei von den Anzuhörenden zum Ausdruck gebracht worden, dass es eine gewisse Kreativität erfordere, diese Zielsetzung der Formulierung zu entnehmen. In dem geforderten Bericht sei zu erläutern, weshalb es nicht für notwendig angesehen werde, sämtliche vom G-BA festgelegten Qualitätsindikatoren zu übernehmen, aber dennoch eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten in Rheinland-Pfalz erfolge. Die im Zuge des Plenums vom Vertreter der Fraktion der CDU vorgeschlagene Formulierung sei in den als Tischvorlage vorliegenden Änderungsantrag der Fraktion der CDU – Vorlage 17/3559 – eingeflossen.

In der Anhörung sei auch von mehreren Anzuhörenden darauf hingewiesen worden, dass die Nichtaufnahme des Begriffs „wohnortnah“ in Nummer 1 des Gesetzentwurfs ebenfalls zu Irritationen geführt habe. Im bisher geltenden Landeskrankenhausgesetz sei dieser Begriff in den Zielbestimmungen für die Krankenhausplanung enthalten. Das Ministerium habe in diesem Fall die Formulierung aus dem Bundesgesetz übernommen. Durch die Streichung dieses Begriffs im Gesetzentwurf würde ein falsches Signal ausgehen. Gerade in einer Zeit, in der es große Probleme bereite, die Versorgung der Menschen auch im ambulanten Bereich in der Fläche sicherzustellen, sei es wichtig, nach dem Wort „bedarfsrechte“ die Worte „sowie wohnortnahe“ einzufügen.

Sie bitte um Zustimmung zum Änderungsantrag der Fraktion der CDU – Vorlage 17/3559 –.

Abg. Dr. Tanja Machalet stellt fest, die Anhörung habe ergeben, dass es ein gutes Vorgehen sei, die im Bundesgesetz bestehende Öffnungsklausel durch das Land zu nutzen, wodurch es möglich sei, eigene Qualitätskriterien im Land zu etablieren. Damit sei es nicht erforderlich, sich allein an den Empfehlungen des G-BA zu orientieren.

Wie schon von ihrer Vorrednerin dargestellt, sei im Zuge der Anhörung aber auch Kritik am Gesetzentwurf geübt worden. Zur von der Krankenhausgesellschaft angesprochenen Frage der Refinanzierung der zusätzlichen Qualitätskriterien müsse sicherlich beobachtet werden, wie sich diese gestalten. Die vorgeschlagene Formulierung zu Absatz 3 unter Nummer 2 Buchstabe a) sowie die Ergänzung zu Absatz 4 unter Nummer 2 Buchstabe a) seien aber unproblematisch und damit zustimmungsfähig.

Natürlich solle nicht der Eindruck erweckt werden, dass das Kriterium einer wohnortnahen Versorgung keine Rolle mehr spiele, weil die Formulierung aus dem Bundesgesetz übernommen werde. Insofern könne der Wunsch mitgetragen werden, das Kriterium einer wohnortnahen Versorgung auch in das neue Gesetz aufzunehmen, auch wenn man sich bewusst sein müsse, dass der Aspekt einer wohnortnahen Versorgung bei vielen Eingriffen für die Menschen vor Ort nicht mehr unbedingt ein striktes Kriterium sei, sondern sie sich insbesondere bei den planbaren Eingriffen für das Haus entscheiden, das für seine Qualität bekannt sei. Bei der Grundversorgung und Notfallversorgung spiele die wohnortnahe Versorgung aber eine wichtige Rolle.

Der Ausschuss empfiehlt die Annahme unter Einbeziehung des Änderungsantrags der Fraktion der CDU – Vorlage 17/3559 – (einstimmig).

Punkt 7 der Tagesordnung:

SAPV

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
[– Vorlage 17/3120 –](#)

Vors. Abg. Dr. Peter Enders hat vernommen, dass es im Rahmen der Ausschreibung zu Veränderungen bei der regionalen Aufteilung kommen werde. Auf diesen Sachverhalt bitte er im Zuge des Berichts einzugehen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler führt aus, die meisten Menschen wünschten sich ein Sterben im vertrauten Umfeld. Das seien in der Regel die Familie und die gewohnte häusliche Umgebung. Ambulante Versorgungsformen der Hospiz- und Palliativ-Versorgung würden durch ambulante Hospizdienste, Hausärztinnen und Hausärzte sowie Netzwerke der Spezialisierten Ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV) bereitgestellt.

Um die häusliche Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen weiter zu erleichtern, sei im Jahr 2007 durch die Bestimmung des § 37 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als weitere Versorgungsmöglichkeit die SAPV geschaffen worden. Sie solle als Netzwerk verschiedener Akteure vor Ort die vorhandenen Strukturen der hospizlichen und palliativen Versorgung ergänzen.

Im Januar 2011 konnte unter Moderation des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie ein Rahmenvertrag zwischen den Leistungserbringern der SAPV und den Kostenträgern und deren Landesverbänden in Rheinland-Pfalz abgeschlossen werden, auf dessen Basis die flächendeckende und kostentragende Umsetzung in Rheinland-Pfalz erst möglich wurde. Die Umsetzung dieses Rahmenvertrags ermöglichte den betroffenen Patientinnen und Patienten nach Rückmeldung der bestehenden SAPV-Teams eine gute und umfassende Versorgung.

Leider sei durch das Urteil der Vergabekammer des OLG Düsseldorf vom 15. Juni 2016 für die Vergabe von SAPV-Leistungen durch die Krankenkassen eine Pflicht zur Ausschreibung bestätigt worden, die zuvor durch das Bundeskartellamt festgestellt worden sei. Damit würden SAPV-Leistungen dem Marktprinzip und insbesondere dem Preiswettbewerb unterworfen. Zunächst habe die Entscheidung des OLG Düsseldorf vom 15. Juni 2016 dazu geführt, dass der Ausbau der SAPV in Rheinland-Pfalz nicht wie notwendig weitergeführt werden konnte. Betroffen sei davon ein Versorgungsgebiet von mehr als 1 Million Einwohnerinnen und Einwohner gewesen.

Es sei deshalb für die Landesregierung von großer Dringlichkeit, dass die entstandene Situation schnellstmöglich geändert werde und diese nicht vertretbaren Konsequenzen ein Ende fänden.

Die Kostenträger – ebenfalls um eine Lösung des Problems bemüht – würden seit Mitte des Jahres 2017 Versorgungsgebiete im Wege eines sogenannten Open-House-Verfahrens europaweit ausschreiben. Bisher seien elf Gebietslose ausgeschrieben worden; im Herbst 2018 sollten zwölf weitere folgen. Die Kostenträger gingen davon aus, dass möglicherweise bis zum Ende des Jahres 2018 Zulassungen von Leistungserbringern für alle Gebietslose erreicht werden könnten. Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung sei festgehalten worden zu prüfen, „ob eine Herausnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen durch eine entsprechende Klarstellung in § 69 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist“.

Sie habe sich daher erneut mit der Bitte um Klarstellung des SAPV-Vergabeverfahrens in § 69 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an den Bundesminister für Gesundheit gewandt. Die Unterstützung aller Bundesländer habe sich bereits auf der letzten Gesundheitsministerkonferenz erhalten.

Der Bundesgesundheitsminister habe am 24. Juli 2018 den Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vorgelegt. Darin sei auch eine Neuregelung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur SAPV-Versorgung nach § 132 d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten. Kern der Neuregelung sei ein sogenanntes offenes Zulassungsverfahren anstelle des bishe-

rigen Einzelvertragsmodells. Die Landesverbände der Krankenkasse würden demzufolge zum Abschluss eines Versorgungsrahmenvertrags mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Leistungserbringer verpflichtet. Die Leistungserbringer wiederum hätten dann künftig einen gesetzlich normierten Anspruch auf Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigten Vertrags mit den Krankenkassen, wenn sie den Bedingungen des Rahmenvertrags entsprächen. Sowohl der Rahmenvertrag als auch die Einzelverträge seien schiedsfähig.

Was die SAPV anbelange, befinde man sich durch die Umstellung des Vergabeverfahrens und der absehbaren Novelle von § 132 d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in einem Übergangszeitraum. Die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der SAPV solle davon nach Möglichkeit nicht beeinträchtigt werden. Da es zurzeit noch nicht wieder ein einheitliches Vergabe- oder Vertragsverfahren gebe, erfolge die SAPV-Versorgung derzeit auf folgenden drei Ebenen:

1. Durch Einzelfallentscheidungen der Krankenkassen.
2. Über die sogenannten acht Altverträge. Dabei handle es sich um die vor der Entscheidung des OLG Düsseldorf vertraglich fixierten SAPV-Teams, für die ein Bestandsschutz bis maximal Ende des Jahres 2018 gelte.
3. Im Rahmen von Vergaben an Leistungserbringer nach dem neuen Open-House-Verfahren.

Um das weitere Verfahren, besonders mit Blick auf die geplanten bundesgesetzlichen Änderungen der SAPV-Umsetzung, eng begleiten zu können, führe das Ministerium Gespräche mit Krankenkassen, Leistungserbringern und den Fachverbänden der Hospiz- und Palliativ-Versorgung. Es gelte dabei auch, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass immer wieder vorgetragen werde, mit dem neuen Open-House-Verfahren würde bereits bestehenden, gut funktionierenden Strukturen der SAPV die Grundlage entzogen. Sie spreche hier von den sogenannten Altverträgen, also solchen Verträgen, die bereits vor Einführung des Open-House-Verfahrens zustande gekommen seien.

Die SAPV sei eines von mehreren Leistungsangeboten der hospizlichen und palliativen Versorgung. Rheinland-Pfalz verfüge über alle diese Versorgungsmöglichkeiten und damit insgesamt über eine gute Versorgungssituation für schwerstkranke und sterbende Menschen.

Sie wolle darauf hinweisen, dass das Land die finanzielle Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung in den letzten Jahren deutlich aufgestockt habe. Es fördere die ehrenamtliche Tätigkeit über den Hospiz- und Palliativverband Rheinland-Pfalz mit 200.000 Euro pro Jahr, die Kinderhospizarbeit mit 65.000 Euro und in diesem Jahr auch erstmals eine Landeskoordinationsstelle Hospiz- und Palliativ-Versorgung. Es sei beabsichtigt, eine weitere Ausweitung der Förderansätze im nächsten Doppelhaushalt vorzusehen.

Zur Landeskoordinationsstelle, deren Kernaufgabe in der Vernetzung der verschiedenen Leistungsangebote für schwerstkranke und sterbende Menschen bestehe, sei anzumerken, dass Rheinland-Pfalz eines der ersten Bundesländer sei, das diese Koordinationsstelle implementiere. Diese zentrale Stelle werde auch zum Erhalt und zur Vernetzung der bestehenden Angebote beitragen.

Kernaufgabe der Gesundheitspolitik sei es aber, die dazu notwendigen Infrastrukturen sicherzustellen und im Dialog mit allen Akteuren kontinuierlich und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Nach ihrer Ansicht werde von allen das gleiche Ziel verfolgt. Dabei sehe sie alle auf einem guten Weg.

Abg. Hedi Thelen bedauert es, wenn in der schwierigen Übergangsphase bei aktiven Einrichtungen Irritationen aufgetreten seien, ob ihnen die Arbeitsgrundlage entzogen werden solle. Aufgrund des heutigen Berichts habe sie den Eindruck gewonnen, dass es über die jetzt getroffenen Vereinbarungen bis zum Inkrafttreten der Gesetzesnovelle gelingen könne, für die Einrichtungen in Rheinland-Pfalz für eine gute Situation zu sorgen, weil die Einrichtungen, die über Verträge verfügten, ihre Arbeit ohne Einschränkungen fortsetzen könnten. Sie bitte um Auskunft, ob dieser Eindruck richtig sei.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler teilt mit, die Entscheidung liege bei den Krankenkassen. Die Altverträge würden zum 31. Dezember 2018 auslaufen. Diese Altverträge würden vermutlich von den Krankenkassen gekündigt und dann in das neue Open-House-Verfahren übernommen werden.

Durch das Open-House-Verfahren würden derzeit neue Gebiete erschlossen. Dies sei als ein sehr positives Signal zu werten, weil es dadurch möglich sei, in Rheinland-Pfalz Gebiete abzudecken, die bisher durch SAPV-Teams nicht versorgt worden seien.

Im Falle der acht Altverträge stelle sich die Situation sehr schwierig dar, weil wahrscheinlich eine Kündigung dieser Verträge durch die Krankenkassen und eine Überführung in das Open-House-Verfahren erfolgen werde. Diese Verträge würden vermutlich über eine Laufzeit bis zum Jahr 2021 verfügen. Dann werde wahrscheinlich das offene Zulassungsverfahren greifen, dessen gesetzliche Einführung durch den Bundesgesundheitsminister angekündigt worden sei. Derzeit bestehe eine Übergangssituation.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp bezeichnet die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen als ein Herzensanliegen aller Ausschussmitglieder. Wie schon dargestellt, gebe es in Rheinland-Pfalz acht Altverträge. Jedem, der sich mit der Thematik beschäftigt habe, sei bekannt, wie schwierig es gewesen sei, die Versorgungsgebiete auszuschreiben und nach einer langen Anlaufphase für die Leistungserbringer eine auskömmliche Bezahlung zu erreichen.

Eine Novellierung des § 132 d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch würde zu einer Entlastung in Rheinland-Pfalz führen. Sie bitte um Auskunft, ob im Zuge der Novellierung auch die Möglichkeit eröffnet werde, Verhandlungen zu ermöglichen. Ferner bitte sie mitzuteilen, wie diese Absicht von den acht Trägervereinen in Rheinland-Pfalz aufgenommen worden sei. Erst durch den Ministerratsbeschluss in Rheinland-Pfalz sei es gelungen, eine Novellierung der Regelung auf der Bundesebene anzustoßen. Die Übergangszeit bis zum 31. Dezember dieses Jahres gelte es zu nutzen, um die schwerstkranken und sterbenden Menschen gut zu versorgen. Die Politik stehe in der Pflicht, Unheil von Menschen abzuwenden. Deshalb wäre sie für ergänzende Ausführungen zu den weiteren Auswirkungen der Novellierung dankbar.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte von **Vorsitzenden Abgeordneten Dr. Peter Enders** zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Ferner sagt **Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** auf Bitte von **Vorsitzenden Abgeordneten Dr. Peter Enders** zu, dem Ausschuss eine Aufstellung zur Verfügung zu stellen, aus der ersichtlich ist, welche Regionen in die 23 Gebietslose fallen.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders bittet auf die ihm gegenüber getroffene Aussage einzugehen, dass die von den Kostenträger angebotenen Zahlungen nicht ausreichend seien, um den Dienst in den 23 Gebietslosen in dem notwendigen Umfang aufrechtzuerhalten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler führt aus, die angekündigte Gesetzesnovelle sei von den Leistungserbringern sehr positiv aufgenommen worden, weil es ihnen möglich sei, auf der Basis eines Rahmenvertrags das offene Zulassungsverfahren durchzuführen. Es sei lobend hervorgehoben worden, dass sich Rheinland-Pfalz schon seit längerer Zeit für die Einführung einer solchen Regelung eingesetzt habe. Entsprechende Bemühungen habe es bereits auf den zurückliegenden Gesundheitsministerkonferenzen gegeben. Es habe verschiedene Briefwechsel mit dem damaligen Gesundheitsminister Hermann Gröhe gegeben, der keinen Änderungsbedarf gesehen habe. Danach seien die Koalitionsverhandlungen in Berlin gefolgt, im Zuge derer ein entsprechender Prüfauftrag erteilt worden sei. Nun liege die Ankündigung des jetzigen Gesundheitsministers Jens Spahn vor, dass er auf eine gesetzliche Änderung hinwirken werde, damit ein sogenanntes Offenes Zulassungsverfahren eingeführt werden könne.

Wie schon ausgeführt, stelle sich allerdings die Situation für die bestehenden acht Altverträge schwierig dar. Richtig sei auch, dass immer wieder kritisiert werde, die Zahlungen der Kostenträger im Rahmen des Open-House-Verfahrens seien nicht ausreichend. Da eine gewisse Verunsicherung bestehe, habe das Ministerium wieder einmal eine moderierende Rolle zwischen Leistungserbringern und Kostenträger übernommen, wie dies früher schon der Fall gewesen sei, als im Jahr 2007 die SAPV nicht im notwendigen Umfang umgesetzt werden konnte. Verschiedene Gespräche hätten in dieser Hinsicht bereits stattgefunden. Ein weiteres Gespräch sei für kommenden Montag vorgesehen. Ziel sei es, in Rheinland-Pfalz die SAPV flächendeckend anbieten zu können. Mit den Gebietslosen sei der Vorteil

verbunden, dass dadurch eine flächendeckende Abdeckung gewährleistet sei. Durch das bisherige System konnte eine flächendeckende Abdeckung nicht sichergestellt werden. Nun würden die Gebietslose so zugeschnitten, dass ganz Rheinland-Pfalz abgedeckt sei. Voraussetzung sei allerdings, dass eine Vergabe aller Gebietslose erfolgen könne.

Abg. Dr. Christoph Gensch führt aus, anhand der Anzahl der SAPV-Erstverordnungen sei ersichtlich, wie effizient die SAPV-Strukturen seien. Vor ungefähr einem Jahr sei getrennt nach Bundesländern für das Jahr 2015 das Verhältnis der SAPV-Erstverordnungen im Verhältnis zu den Verstorbenen erhoben worden. Aus dieser Erhebung habe sich ergeben, dass in Rheinland-Pfalz nur für 2,21 % der Verstorbenen eine SAPV-Erstverordnung vorgelegen habe, während sich der Anteil in den anderen Bundesländern in einem Korridor zwischen 4 und 20 % bewegt habe. Vor diesem Hintergrund bitte er um Auskunft, wie sich aktuell die Situation in Rheinland-Pfalz darstelle.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte von **Abgeordneten Dr. Christoph Gensch** zu, dem Ausschuss die aktuellen Zahlen der SAPV-Erstverordnungen in Rheinland-Pfalz mitzuteilen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler merkt an, die Gründe für diesen niedrigen Anteil in Rheinland-Pfalz seien mehrfach im Ausschuss diskutiert worden. Bekanntlich habe es aufseiten der Krankenkassen Anlaufschwierigkeiten gegeben, weshalb das Ministerium eingeschritten sei. In diesem Zusammenhang sei auch gefordert worden, die vorhandenen acht SAPV-Teams um weitere SAPV-Teams zu erhöhen. Deshalb sei auch eine Anschubfinanzierung in den Landeshaushalt eingestellt worden. Allerdings sei dann das Urteil des OLG Düsseldorf ergangen, sodass ein Stillstand eingetreten sei. Deshalb habe sich Rheinland-Pfalz auch sehr intensiv für eine Gesetzesänderung eingesetzt.

Die aktuellen Zahlungen zu den SAPV-Erstverordnungen müssten von den Krankenkassen angefordert werden, weil dem Ministerium diese Zahlen nicht vorlägen.

Abg. Michael Wäschenbach fragt, ob bei einer Umsetzung der Gesetzesnovelle bis Ende dieses Jahres alle bisher vorhandenen weißen Flecken in Rheinland-Pfalz durch SAPV-Teams abgedeckt sein werden.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler kann dies nicht garantieren, weil es sich um eine Aussage der Kostenträger handle. Im Zuge eines Zwischenberichts sei aber ein positives Signal erkennbar gewesen. Ziel sei die Vergabe aller Gebietslose bis Ende des Jahres. Sobald alle Gebietslose vergeben seien, bestehe eine flächendeckende Versorgung.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 10 der Tagesordnung:

Ergebnisse der Abschlussveranstaltung des Projekts „Lokale Zukunftswerkstätten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung“

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

[– Vorlage 17/3323 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler berichtet, die Zukunftswerkstätten seien Teil des Zukunftsprogramms „Gesundheit und Pflege 2020“. Dieses trage der Tatsache Rechnung, dass zur nachhaltigen Sicherung der gesundheitlichen Versorgung ein Mix aus ganz unterschiedlichen Maßnahmen erforderlich sei.

Das Projekt „Zukunftswerkstätten“ zielte in erster Linie auf die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen ab, in denen sich bereits Schwierigkeiten bei der Sicherung der hausärztlichen Versorgung zeigten. Ziel sei gewesen, in den Kommunen im Zusammenspiel mit den lokalen Akteuren des Gesundheitswesens und unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung geeignete Ideen und Maßnahmen zu entwickeln, mit denen die ärztliche Grundversorgung gesichert werden könne. Bei den Zukunftswerkstätten sollte es vorrangig um mittel- und langfristige Lösungsansätze gehen. Dabei sollten besonders die Maßnahmen im Vordergrund stehen, die vor Ort von den Akteuren umgesetzt werden können.

Die Ergebnisse der Zukunftswerkstätten fielen je nach Region sehr unterschiedlich aus. Ein ganz zentrales Thema sei in vielen Werkstätten die Bildung von Gesundheitszentren bzw. Medizinischen Versorgungszentren gewesen.

In einigen Regionen seien während des Projektzeitraums und zum Teil darüber hinaus Konzepte entwickelt und teilweise auch bereits umgesetzt worden.

- Das Gesundheitszentrum Mühlbachtal mit Hauptstandort in der Projektgemeinde Miehlen und weiteren Standorten in Bogel und Dachsenhausen sei ein dezentral organisiertes Medizinisches Versorgungszentrum in Trägerschaft des St. Elisabeth-Krankenhauses in Lahnstein, zu dem sich bereits Ende des Jahres 2016 mehrere Arztpraxen im „Blauen Ländchen“ zusammengeschlossen hätten. Die Allgemeinmediziner seien an der gemeinnützigen Gesellschaft beteiligt; für die Weiterführung der Praxen nach altersbedingtem Ausscheiden konnten angestellte Ärzte gewonnen werden.
- In der Verbandsgemeinde Baumholder wolle die Verbandsgemeinde gemeinsam mit dem SHG Klinikum als Träger und Betreiber eines neuen Medizinischen Versorgungszentrums auftreten. Standort solle die Klinik in Baumholder werden. Zwei Ärzte aus dem Klinikum planten als hausärztliche Internisten im Medizinischen Versorgungszentrum zu arbeiten. Zudem gebe es weitere Interessenten. Die Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums sei für Spätsommer/Herbst 2018 geplant.
- Das Ärztehaus Simmern werde mit großem Engagement eines älteren Arztes in enger Abstimmung mit der Kommune im Stadtzentrum errichtet. Ein junger Arzt konnte aufgrund dieser Perspektive bereits gewonnen werden.
- In das vorher fachärztlich betriebene Medizinische Versorgungszentrum Westerwald sei ein hausärztlicher Sitz integriert worden. Die Sitzinhaberin sei vom Krankenhausträger angestellt worden und praktiziere in ihren Räumlichkeiten in Westerbürg weiter.
- In Manderscheid sei im ehemaligen Rathaus das sogenannte Rathaus für Medizin und Gesundheit entstanden. Hier arbeiteten aktuell vier Hausärzte und eine Weiterbildungsassistentin für Allgemeinmedizin.

Einige Projektkommunen hätten ihre Aktivitäten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auch infolge der Zukunftswerkstätten ausgeweitet. Dies gelte zum Beispiel für die Verbandsgemeinde Maifeld. Dort sei ein Konzept zur Gewinnung von Hausärztinnen und Hausärzten für die Region vorgelegt und bei der Abschlussveranstaltung vorgestellt worden. Auch die Kreisverwaltung Altenkirchen habe in dieser Abschlussveranstaltung ihre Aktivitäten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung vorgestellt.

**22. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.08.2018
– Öffentliche Sitzung –**

Nicht verschweigen wolle sie aber auch, dass in einigen Regionen die Chancen des Projekts nicht wirklich genutzt worden seien. Manchmal sei auch die Mitwirkungsbereitschaft der Ärzte nur gering gewesen. Vielfach brauche es einen langen Atem von der ersten Idee bis zur Umsetzung. Allein die durch das Projekt angestoßene regionale Vernetzung der Akteure sei aber als ein gutes und wertvolles Ergebnis der Werkstätten zu werten, sei diese doch eine gute und wichtige Basis für weitere Aktivitäten in den Regionen auch nach Abschluss des Projekts.

Mit der Abschlussveranstaltung am 4. Juni 2018 sei das Projekt „Zukunftswerkstätten“ abgeschlossen worden. Bei dieser Veranstaltung sollten vor allem auch nicht am Projekt beteiligte Kommunen die Gelegenheit erhalten, von den Überlegungen zu profitieren. Die Gesamtkosten für das Projekt – einschließlich der Auftakt- und Abschlussveranstaltung – hätten sich auf 209.845,30 Euro belaufen.

Es sei bekannt, die die Arbeit in vielen Projektregionen noch nicht zu Ende sei und dort weiter an der Konkretisierung und Umsetzung von Konzepten gearbeitet werde. Dem Ministerium sei sehr bewusst, dass es weiteren Unterstützungsbedarf auf kommunaler Ebene gebe. Diesem Bedarf solle mit einem neuen Projekt, einer Beratungsstelle ärztliche Versorgung, Rechnung getragen werden. Das vom Ministerium und der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam finanzierte Beratungsangebot für Kommunen werde aber nicht nur den Projektregionen, sondern grundsätzlich allen Kommunen in Rheinland-Pfalz offenstehen.

Die neue Beratungsstelle helfe und unterstütze, wenn sich vor Ort Probleme bei der ärztlichen Versorgung abzeichneten. Darüber hinaus begleite die Beratungsstelle bei Bedarf die Diskussionsprozesse in den Kommunen, um die Entwicklung und Umsetzung von Ideen zur künftigen Sicherstellung der Versorgung zu unterstützen.

Aufgrund der bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorhandenen Expertise und des bei ihr liegenden Sicherstellungsauftrags für die ambulante ärztliche Versorgung sei die Beratungsstelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingerichtet worden und ergänze dort die bereits vorhandenen Angebote.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 12 der Tagesordnung:

Angemessenheit der Regeln des Maßregelvollzugsgesetzes zur Gewährleistung der Sicherheit unserer Bevölkerung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der CDU

[– Vorlage 17/3363 –](#)

Abg. Hedi Thelen hält es für erforderlich, die kürzlich stattgefundenene Flucht einer Person im Rahmen eines Freigangs im Ausschuss zu thematisieren. Die bundesgesetzlichen Hintergründe für den Maßregelvollzug, die auch auf einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts beruhen, seien bekannt. Vor einigen Jahren habe Rheinland-Pfalz sein Maßregelvollzugsgesetz angepasst, um eine bessere, schnellere und frühere Integration auch der langjährigen Patientinnen und Patienten in die Gesellschaft im Zuge des vorgegebenen Rahmens umsetzen zu können.

Der zur Diskussion stehende Antrag sei eingebracht worden, da nach Ansicht der Fraktion der CDU überprüft werden müsse, ob dieser Rahmen im Sinne des Urteils des Bundesverfassungsgerichts, aber auch im Sinne der Sicherheit der Bürgerinnen und Bürger umgesetzt worden sei. Mit Blick auf die bereits am Rande des Plenums geführten Gespräche mit anderen Fraktionen würde es die Fraktion der CDU sehr begrüßen, wenn zu diesem Antrag eine Sitzung in einer forensischen Einrichtung im Land, bevorzugt in der Klinik Nette-Gut, unter Hinzuziehung von Experten aus der Einrichtung in Klingenmünster durchgeführt werden könnte. Die Experten könnten dann aus erster Hand berichten, welche Probleme von ihnen zu bewältigen seien, wenn es um die Einschätzung des Gesundheitszustands der betroffenen Patientinnen und Patienten gehe, und an welchen Stellen sie sich noch mehr Unterstützung vorstellen könnten.

Vor diesem Hintergrund bitte sie, den Antrag zu vertagen und einen Termin für eine auswärtige Sitzung festzulegen. Im Zuge der auswärtigen Sitzung könnte dann auch ein Eindruck über baulichen Sicherheitsvorkehrungen vermittelt werden.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders bittet zu bedenken, dass bei einer öffentlichen Sitzung des Ausschusses der Tagungsort öffentlich zugänglich sein müsse. Insofern werde es nicht möglich sein, die Ausschusssitzung in der Klinik Nette-Gut durchzuführen, sondern diese müsse außerhalb des Hochsicherheitsbereichs des Landeskrankenhauses stattfinden.

Abg. Dr. Tanja Machalet begrüßt den Vorschlag, dass sich der Ausschuss vor Ort über den Komplex informiere. Vermutlich werde es aber schwierig sein, einen passenden Termin zu finden.

Abg. Hedi Thelen hält es nicht für erforderlich, kurzfristig eine Ausschusssitzung vor Ort durchzuführen. Im Hinblick auf die bevorstehenden Haushaltsberatungen könne sie sich durchaus einen Termin Anfang des Jahres 2019 vorstellen.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders wiederholt seinen Hinweis, dass eine Ausschusssitzung vor Ort nur dann durchgeführt werden könne, wenn der Tagungsort öffentlich zugänglich sei. Denkbar sei aber, zunächst die Klinik Nette-Gut zu besichtigen und in diesem Rahmen ein Fachgespräch zu führen sowie im Anschluss daran an einem öffentlich zugänglichen Ort eine Ausschusssitzung durchzuführen. Die genaue Vorgehensweise und ein Termin im nächsten Jahr sollten im Rande des nächsten Plenums abgestimmt werden.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler regt an, eine eventuelle Ausschusssitzung in der vor Ort vorhandenen Rhein-Mosel-Akademie durchzuführen.

Der Ausschuss kommt überein, gegebenenfalls in Verbindung mit einer auswärtigen Sitzung – vorbehaltlich der erforderlichen Genehmigung – die Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie in Weißenthurm zu besuchen.

Der Antrag ist vertagt.

Punkt 15 der Tagesordnung:

Reform des Altenpflegegesetzes in Hessen

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

[– Vorlage 17/3445 –](#)

Stefan Röth (stellv. Abteilungsleiter im Ministerium für Bildung) berichtet, das bisherige hessische Altenpflegegesetz sehe in § 4 Abs. 7 eine Modellklausel vor, um neue Ausbildungsformate in der Altenpflegehilfeausbildung zu erproben und damit neue Zielgruppen zu erschließen. Allerdings müsse in Hessen bislang auch bei den Modellvorhaben wie in der Regelausbildung der Hauptschulabschluss (Abschluss der Berufsreife) vor Beginn der Ausbildung nachgewiesen werden.

Mit der Anpassung der Modellklausel werde die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, im Rahmen der Altenpflegehilfeausbildung auch den Hauptschulabschluss zu erlangen. Begründet werde die Änderung des hessischen Altenpflegegesetzes mit dem stetig wachsenden Bedarf an qualifizierten Kräften in der Altenpflege und der Unterstützung der beruflichen Integration von jungen Menschen mit Fluchthintergrund.

Das hessische Modellprojekt sei zum jetzigen Zeitpunkt schwierig zu bewerten, da es erst beginne und dem Bildungsministerium nicht alle Details bekannt seien. Wichtig sei beispielsweise ein Sprachniveau in Deutsch, das einen erfolgreichen Schulabschluss sowie den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung gewährleiste.

In Rheinland-Pfalz würden nach wie vor der Abschluss der Berufsreife sowie eine mindestens einjährige einschlägige berufliche Vorbildung für die Aufnahme einer Altenpflegehilfeausbildung vorgesetzt. Die berufliche Vorbildung könne über einschlägige Praktika oder auch durch den Besuch der Berufsfachschule I mit dem Schwerpunkt Gesundheit und Pflege erlangt werden. Dieser Weg biete ausreichend Zeit, die erforderlichen sprachlichen Fähigkeiten zu erlangen, um erfolgreich die Altenpflegehilfeausbildung und die spätere Berufstätigkeit absolvieren zu können. Sofern die Berufsreife in einem Berufsvorbereitungsjahr erlangt werde, könne mit den Schwerpunkten Gesundheit und Pflege sowie Hauswirtschaft und Soziales schon zu diesem Zeitpunkt eine gezielte berufliche Orientierung erfolgen.

Abg. Dr. Sylvia Groß bittet zu erläutern, was unter Erlangung der Berufsreife zu verstehen sei.

Stefan Röth erläutert, die Berufsreife werde in Hessen mit dem Hauptschulabschluss erlangt. Nachdem in Rheinland-Pfalz keine öffentlichen Hauptschulen mehr existierten, könne hier ein Hauptschulabschluss nicht mehr erlangt werden. Der Hauptschulabschluss in Hessen entspreche dem Abschluss der Berufsreife in Rheinland-Pfalz.

Abg. Dr. Sylvia Groß verweist auf die Möglichkeit in Hessen, parallel zur Altenpflegehilfeausbildung den Hauptschulabschluss zu erlangen. Nachdem nicht schon vor der Aufnahme einer Altenpflegehilfeausbildung der Hauptschulabschluss verlangt werde, stelle sich für sie die Frage, ob damit nicht eine Abqualifizierung dieses Ausbildungsberufes erfolge. Deshalb frage sie, ob mit der Senkung der Zugangsvoraussetzungen nicht auch das Ansehen dieses hochqualifizierten Berufs in der Gesellschaft abgewertet werde.

Stefan Röth weist darauf hin, dass dies nicht der Weg sei, der in Rheinland-Pfalz eingeschlagen worden sei. In Rheinland-Pfalz werde weiter daran festgehalten, dass der Abschluss der Berufsreife Voraussetzung für die Altenpflegehilfeausbildung sei.

Auf eine Nachfrage von **Abgeordnete Dr. Sylvia Groß** bestätigt **Stefan Röth**, dass derzeit in dieser Hinsicht keine Änderungen vorgesehen seien.

Abg. Michael Wäschenbach bezeichnet das hessische Modell, das bis zum Jahr 2020 befristet sei, als sehr interessant. Deshalb sollte die Entwicklung dieses Modells weiter beobachtet werden. Es gehe immerhin um 480 neue Ausbildungsplätze in der Altenpflegehilfe.

22. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.08.2018
– Öffentliche Sitzung –

Die Debatte zu diesem Modell im hessischen Landtag habe er verfolgt. Bis auf die Fraktion DIE LINKE sei dieses Modellprojekt von allen anderen Fraktionen unterstützt worden. Die weitere Entwicklung dieses Modellprojekts sollte abgewartet werden. In Hessen sei mit diesem Modellprojekt eine Möglichkeit eröffnet worden, die Altenpflegehilfeausbildung parallel mit dem Erwerb des Hauptschulabschlusses zu absolvieren. Dies sei aus seiner Sicht ein interessanter Ansatz, um dem Fachkräftemangel in der Altenpflege zu begegnen.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 17 der Tagesordnung:

Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

[– Vorlage 17/3428 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler führt aus, in der Sitzung des Ausschusses am 3. Mai 2018 habe sie zugesagt, den Mitgliedern des Ausschusses ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sei sie um eine weitere detaillierte Darstellung zu den Folgen der G-BA-Regelung auf die stationäre Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz gebeten worden, sobald die Regelung in endgültiger Form bekannt sei und eine Folgenabschätzung zu dieser Regelung für die Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz durch die Landesregierung erfolgt sei.

Dieser Bitte komme sie nun nach und berichte wie folgt:

Die G-BA-Regelung sei am 19. Mai 2018 in Kraft getreten. Wie mehrfach im Ausschuss vorgetragen, fasse sie noch einmal zusammen, dass diese Regelung die Kriterien für ein bundeseinheitliches abgestuftes System der Notfallstrukturen festlege, die zur entgeltrechtlichen Teilnahme (oder Nichtteilnahme) an der stationären Notfallversorgung verpflichtend erfüllt werden müssten. Bei den 97 Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz, die auch planerisch erfasst seien, handle es sich bei 23 Kliniken um Fachkliniken. Von den verbleibenden 74 Krankenhäusern seien 35 Krankenhäuser bezüglich der Einstufung (mindestens in die Basisstufe) als unkritisch zu bewerten. Diese Einschätzung habe sich auch aus der Analyse ergeben, die von der Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen durchgeführt worden sei.

Die verbleibenden 39 Krankenhäuser seien ganz vorwiegend kleinere Häuser der Grund- und Regelversorgung.

Da mehrere detaillierte Anforderungen der Regelung zu personellen und baulichen Vorhaltungen krankenhausplanerisch bislang weder relevant noch hinsichtlich ihrer Erfüllung durch die einzelnen Krankenhäuser bekannt gewesen seien, mussten die entsprechenden Informationen durch Abfragen bei diesen 39 Krankenhäusern eingeholt werden.

Als Fazit könne sich festhalten, dass von 74 Krankenhäusern, die bisher als Allgemeinkrankenhäuser grundsätzlich und in unterschiedlichem Ausmaß an der Notfallversorgung teilgenommen hätten, der ganz überwiegende Teil sicher bzw. im Rahmen von perspektivisch gut erreichbaren Anpassungsmaßnahmen mindestens auf der Basisstufe am entgeltrechtlich definierten System der gestuften Notfallversorgung nach G-BA teilnehme.

Von den ganz wenigen verbleibenden Häusern seien einige durch ihre Teilnahme an der Schlaganfallversorgung abschlagsfrei. Für einige weitere wenige Häuser schienen aufwendigere Umstrukturierungsmaßnahmen erforderlich, die aber im Anpassungszeitraum von fünf Jahren nicht ausgeschlossen erschienen. Lediglich bei einer sehr kleinen Zahl von Krankenhäusern erscheine eine Anpassung nicht möglich. Hier fänden aber noch enge Abstimmungsgespräche mit der Behörde statt.

Abschließend betone sie noch einmal, dass die Befunde zur tatsächlichen Einstufung der Häuser nur unter dem Vorbehalt der auf der Ortsebene erfolgenden Vereinbarungen der Vertragspartner stehen könnten. Zudem sei festzuhalten, dass im Notfall jedes Krankenhaus verpflichtet sei, im Rahmen seines Versorgungsauftrags Erstmaßnahmen einzuleiten.

Damit bleibe ihre Einschätzung bestehen, dass die G-BA-Richtlinie in Rheinland-Pfalz die flächendeckende Notfallversorgung nicht gefährden werde.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte von **Vorsitzenden Abgeordneten Dr. Peter Enders** zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Der Antrag ist erledigt.

**22. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.08.2018
– Öffentliche Sitzung –**

Punkt 23 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Der Ausschuss kommt überein, die bereits im Juni 2017 beschlossene Informationsfahrt nach Dänemark vom 27. bis 30. August 2019 durchzuführen.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders dankt den Anwesenden für ihre Mitarbeit und schließt die Sitzung.

gez. Helmut Röhrig
Protokollführer

Anlage

In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Machalet, Dr. Tanja	SPD
Rahm, Andreas	SPD
Rommelfanger, Lothar	SPD
Simon, Anke	SPD
Enders, Dr. Peter	CDU
Gensch, Dr. Christoph	CDU
Thelen, Hedi	CDU
Wäschenbach, Michael	CDU
Groß, Dr. Sylvia	AfD
Wink, Steven	FDP
Hartenfels, Andreas	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Für die Landesregierung:

Bätzing-Lichtenthäler, Sabine	Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
Röth, Stefan	stellv. Abteilungsleiter im Ministerium für Bildung

Anzuhörende:

Blessing, Christian	Leiter der anästhesiologischen Intensivstation der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Braun, Dr. Michael	Transplantationsbeauftragter des Bundeswehrzentrankrankenhauses Koblenz
Gantert, Sandra	Transplantationsbeauftragte am Städtischen Krankenhaus Pirmasens
Herrmann, Franziska	Justiziarin der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz
Hüttemann, Dr. Egbert	Chefarzt im Klinikum Worms
Molitor, Dr. Andreas	Transplantationsbeauftragter des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein gGmbH, Ev. Stift St. Martin, Koblenz
Rahmel, Dr. Axel	Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Frankfurt

Landtagsverwaltung:

Schlenz, Christian	Amtsrat
Röhrig, Helmut	Reg. Dir. im Sten. Dienst des Landtages (Protokollführer)
Illing, Tobias	Mitarbeiter der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)