

Das neue AG-TPG NRW und seine Bedeutung für die Arbeit des Transplantationsbeauftragten¹

I. Vorbemerkung, Verfahren

Als im August und November 2012 die bundesrechtlichen Bestimmungen zur Änderung des Transplantationsgesetzes einschließlich der sog. Entscheidungslösung in Kraft traten, war in der Folge der Landesgesetzgeber NRW gefordert, sein Ausführungsgesetz, das AG-TPG, anzupassen. Dies hat er mit seiner Novelle vom 2. Februar 2016 getan, die knapp 14 Tage später geltendes Recht war.

Die Anpassungen waren erforderlich geworden, weil die angesprochenen bundesgesetzlichen Änderungen doch gravierend waren. Zwar wurde der Landesgesetzgeber in seinen vorausschauenden Regelungen bestätigt, mit denen er bereits 2007 die Bestellung von Transplantationsbeauftragten verpflichtend an „Kliniken mit Intensivbetten“ vorgesehen hatte. Aber natürlich konnte er eine Entscheidungslösung, die nach hartem Ringen erst im Sommer 2012 im Bundestag zustande gekommen war, nicht präjudizieren.

Die Neuerungen und Präzisierungen des TPG beeinflussen nicht nur die Arbeit und die Stellung der Transplantationsbeauftragten in der Praxis, sondern hatten auch das wichtige Ziel, Grundlage für ein sichereres Organspendewesen zu sein. Korruption und auch nur der Anschein von Unregelmäßigkeiten müssen unbedingt verhindert werden, damit die Menschen in diesem wichtigen Feld der klinischen Versorgung wieder Vertrauen fassen, zunehmend besser aufgeklärt werden und sich damit auch spendenbereiter zeigen.

Das Ausführungsgesetz musste sich daher insbesondere mit folgenden wichtigen Themenkomplexen befassen:

- Der Aufklärungsarbeit und insoweit

* Prof. Dr. Dorothea Prütting, Honorarprofessorin an der Ruhr-Universität Bochum, war bis zum 31.3.2016 Ministerialdirigentin und Leiterin der Abteilung Gesundheit im nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, in Düsseldorf.

¹ Der Beitrag basiert auf einem Vortrag anlässlich des 11. Jahrestreffen der Transplantationsbeauftragten der Region NRW am 31. 5. 2016 in Essen

- der Umsetzung bzw. Vorbereitung der Entscheidungslösung,
- der Konkretisierung der Pflichten der Entnahmekrankenhäuser sowie
- der Qualifikation der Transplantationsbeauftragten und ihren Aufgabenfeldern.

Möglicherweise ergibt sich in absehbarer Zeit weiterer Novellierungsbedarf, wenn der vom Bundestag am 28. April 2016 in 1. Lesung beratene Entwurf eines Transplantationsregistergesetzes in Kraft getreten sein wird. Aber das bleibt abzuwarten.

Das Gesetzgebungsverfahren verlief unspektakulär. In der Verbändeanhörung wurden von den Beteiligten keine substantziellen Änderungswünsche geäußert – eine eher seltene Beobachtung. Sie dürfte u.a. auf die über Jahre dauernde intensive, transparente und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Verbände und Institutionen mit der Verwaltung zurückzuführen sein.

Auch die Ausschussberatungen des Landtags bestätigten das grundsätzliche Einverständnis zum Gesetzentwurf. Eine gesonderte Anhörung wurde nicht beschlossen, sondern bereits nach zwei Beratungen am 20. Januar 2016 eine Beschlussempfehlung an das Plenum gegeben, das den Gesetzentwurf der Landesregierung unverändert annahm.

II. Inhalte des AG-TPG 2016

1. Aufklärungsarbeit

Der Bundesgesetzgeber hat in § 2 TPG² einen erheblich verbesserten Aufklärungsumfang bei den drei Schwerpunkten „Möglichkeit der Organspende, Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme sowie Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung“ vorgeschrieben. Während in der Gesetzesfassung von 2007 die Themen nur aufgelistet waren, sind nunmehr weitere inhaltliche Komponenten genannt worden, die im Rahmen der Aufklärungsgespräche und –broschüren sowie sonstiger Medien erläutert werden sollen. Damit hat der Gesetzgeber letztlich nachvollzogen, was die Praxis der DSO, die mit der Thematik befassten Krankenhäuser, Heilberufskammern, Verbände und Organisationen in weiten Teilen bereits

² Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), zuletzt geändert durch Artikel 5d des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423)

leisten. Dennoch bedeutet eine gesetzliche Regelung mehr Nachdruck, um auch die zu erreichen, die noch nicht ausreichend aufklären.

Der Begriff „sollen aufklären“ bedeutet die Verpflichtung, dies zu tun. Sanktionen, wenn es nicht geschieht, gibt es im Transplantationsrecht nicht. Dies darf aber nicht dazu verleiten, den Gesetzesauftrag nicht ernst zu nehmen. Die etwas „flapsige“ Aussage von Juristen, „Sollen ist ein Müssen ohne Sanktionen“, trifft hier nämlich nicht ganz zu. Wenn auch die §§ 18 ff. TPG selbst weder Straf- noch Bußgeldvorschriften in Bezug auf die konkrete Norm des § 2 TPG enthalten, so gehören diese Aufgaben doch zu den Pflichten der Krankenhäuser, Heilberufskammern und Krankenkassenverbände nach § 1 AG-TPG, die im Wege der Rechtsaufsicht nachgehalten werden. Dies ergibt sich aus den einschlägigen Gesetzen für die Aufklärungsverpflichteten wie z.B. § 11 KHGG NRW für Krankenhäuser, § 28 HeilBerG i.V.m. §§ LOG, 118 ff. GO für Ärzte- und Apothekerkammern sowie §§ 87 SGB IV, 208, 217d, 274 SGB V für die Krankenkassenverbände. Die zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes- und des Landes sind bei den genannten Beispielen das NRW-Gesundheitsministerium, die Bezirksregierungen sowie bundesseitig das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bzw. die Landesoberbehörde Bundesversicherungsamt (BVA) und in Teilen auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Durch die Rechtsaufsicht geahndete Verstöße können erhebliche Auswirkungen haben. Dies gilt z.B. für den Fall, dass ein Krankenhaus sein Recht zur Mitwirkung am Transplantationswesen völlig verlieren kann, weil ihm der Versorgungsauftrag entzogen wird.

Um potenzielle Spenderinnen und Spender sowie ihre Angehörigen künftig noch besser auf eine Entscheidung zur Organspende vorzubereiten, sollen eine breite Faktenbasis und die Möglichkeit einer Diskussion des Für und Wider u.a. auch Ängste abbauen helfen, die oft mangels hinreichender Informationen nur diffus sind und deshalb zur Ablehnung einer Organspende führen. Das bedeutet, dass die Menschen noch stärker persönlich begleitet und abgeholt werden müssen. Der Gesetzgeber bestimmt zudem, dass die Aufklärung nicht nur sehr breit und umfassend sein muss, sondern auch ergebnisoffen. Selbst die Verletzung dieser Bestimmung, die eine ganz klare pflichtige Aussage enthält, wurde durch das TPG nicht sanktioniert. Insoweit gelten auch hier die Ausführungen zur Aufsicht.

Zur Aufklärung verpflichtet sind bestimmte Organisationen. Der Bundesgesetzgeber hatte in § 2 Abs. 1 Satz 1 TPG bereits die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie

die Krankenkassenverbände auf Bundesebene beispielhaft genannt. Mit § 1 des Ausführungsgesetzes sind die zuständigen Stellen für NRW nun ebenfalls exemplarisch aufgezählt worden. Die Transplantationsbeauftragten, die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die Ärzte- und Apothekerkammern sowie die Krankenhäuser sind besonders in die Pflicht genommen worden. Das bedeutet aber nicht, dass z.B. auch dem Patientenbeauftragten oder unabhängigen Patientenberatungen diese Aufgaben verwehrt wäre. Der Landesgesetzgeber hat mit dem Wort „insbesondere“ in § 1 AG-TPG lediglich deutlich gemacht, dass er die genannten Institutionen auf jeden Fall als zuständig für die Aufklärungsarbeit ansieht. Insoweit bestand zwischen den betroffenen Verbänden und Organisationen, den Verwaltungsbehörden und dem Landtag auch niemals Dissens.

Neben den Kostenträgern der GKV und privaten Krankenkassenverbänden sind übrigens auch die Beihilfeträger nicht von der Aufklärungspflicht ausgenommen. Das bedeutet, dass z.B. Kommunen entsprechende Aufklärungsarbeit bei ihrem Personal zu leisten haben. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Beschäftigten im Rettungsdienst mitwirken, eine Beihilfeberechtigung im Rathaus oder in Betrieben der Daseinsvorsorge, Umwelteinrichtungen oder Sparkassen besitzen.

Entsprechend seiner Gesetzgebungszuständigkeit hat der Landtag NRW mit der Formulierung „Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen“ nur die Landesorganisationen binden können. Das sind z.B. in NRW die landesunmittelbaren Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und einen Teil der Betriebskrankenkassen (BKK). Ausschließlich auf das Gebiet Nordrhein-Westfalens beschränkte private Krankenversicherer sind aktuell nicht bekannt. Die über Landesgrenzen hinweg tätigen Unternehmen unterliegen grundsätzlich der Versicherungsaufsicht nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)³ durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Auch die Versorgungswerke der Ärzte-, Tierärzte- und Apothekerschaft sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, der Rechtsanwälte und Notare sind zur Aufklärung des ihr angehörenden Klientels verpflichtet. Die Formulierung „insbesondere“ in § 1 AG-TPG deckt diesen Auftrag ab. Er kann sogar soweit verstanden werden, dass diese Kostenträger sich zusätzlich an allgemeinen Aufklärungsaktionen für Dritte beteiligen können bzw. müssen.

³ Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 10. Mai 2016 (BGBl. I S. 1142)

Ein ganz wichtiger Player in diesem Kontext ist natürlich die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Sie wurde im AG-TPG allerdings nicht gesondert aufgeführt. Das hat seinen Grund allein darin, dass sie mit ihren Untergliederungen – und damit natürlich auch der Region Nordrhein-Westfalen - in § 11 TPG bundesgesetzlich prominent vertreten ist. Diese Vorschrift gilt i.V.m. mit dem Koordinierungsstellenvertrag⁴, der zuletzt im November vergangenen Jahres an die Novelle 2013 des TPG angepasst worden ist. Damit ist die DSO den Vorgaben des Transplantationsgesetzes insgesamt mit allen seinen Änderungen verpflichtet.

Dem Bundes- wie dem Landesgesetzgeber ist an einer umfassenden, sach- und fachgerechten Aufklärung gelegen. Deshalb ist auch nicht jeder selbst ernannte Spezialist willkommen. Die geeigneten Partner im System sollten also durchaus darauf achten, dass nicht z.B. über reißerische Medien falsche Zungenschläge verbreitet werden. In Zusammenarbeit mit der seriösen Presse in ihren vielfältigen Facetten ist aber eine gute Aufklärungspolitik und -arbeit möglich. Sie soll ebenso genutzt werden wie die Presseorgane der in § 1 Nrn. 1 - 5 AG-TPG genannten Organisationen. Ein „eigener Presseapparat“ steht Transplantationsbeauftragten nicht zur Verfügung. Aber die Pressesprecher der Krankenhäuser und anderen Institutionen sollten auch für diese Aufgaben gewonnen werden - und wenn es nur zu hausinternen schriftlichen Informationen der Belegschaft und der Patientinnen und Patienten dient. Eine Zusammenarbeit, ein fachlicher Austausch unter allen Beteiligten – organisationsübergreifend – ist beim Thema Organspende selbstverständlich. Vor diesem Hintergrund sind auch die regelmäßigen Konsile zwischen allen Beteiligten mit dem Ministerium als oberster Aufsichtsbehörde und politischem Motor nach wie vor unverzichtbar.

2. Aufgaben der Transplantationsbeauftragten

Interessant ist die Frage, ob die Transplantationsbeauftragten im Rahmen der Zuständigkeitsregelung in § 1 Nr. 5 in Verbindung mit § 4 AG-TPG neue zusätzliche Aufgaben erhalten haben.

⁴ Vertrag nach § 11 Absatz 2 Transplantationsgesetz zur Beauftragung einer Koordinierungsstelle (Koordinierungsstellenvertrag) v. 23.9.2015, www.dso.de/uploads/tx_dsodl/Koordinierungsstellenvertrag_2015.pdf; zuletzt abgerufen am 2.6.2016

Während sich das erste Landesausführungsgesetz aus dem Jahr 1999⁵ und seine Anpassung von 2005⁵ noch gar nicht mit dem Institut des Transplantationsbeauftragten auseinandersetzen, hat § 3 AG-TPG 2007⁵ nicht nur die Bestellung des Transplantationsbeauftragten als Pflichtaufgabe für „Krankenhäuser mit Intensivbetten“ festgelegt, sondern auch einen Aufgabenkatalog bestimmt. Analog waren damals übrigens weitere sieben Länder wie Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein vorgegangen. Bundesrechtlich hat erst die Novelle 2012 die Funktion des Transplantationsbeauftragten in § 9b TPG⁶ ausdrücklich normiert. Der Aufgabenkatalog wurde in Absatz 2 umrissen und orientiert sich an den bereits bestehenden Landesregelungen. Dennoch mussten weitere Konkretisierungen auch in NRW vorgenommen werden. Dies galt insbesondere für die Ausfüllung unbestimmter Rechtsbegriffe, den Aufgabenumfang und den organisationsrechtlichen Rahmen.

Wirft man den Blick auf § 4 AG-TPG a.F.⁷ und vergleicht ihn mit der Neufassung des Aufgabenkatalogs, so ist festzustellen, dass die Aufgabe der Kontrolle der Zusammenarbeit zwischen Entnahmekrankenhäusern, Transplantationszentren und DSO nach § 11 Abs. 4 TPG gleich geblieben ist. Entsprechendes gilt für die Erstellung von Handlungsanweisungen für den Organspendeablauf, die Begleitung von Angehörigen und die Dokumentationsaufgaben, deren Bezugsbasis allerdings genauer ausgeführt wurde.

Dazu gekommen ist die Überwachung nach § 9a Abs. 2 TPG in Entnahmekrankenhäusern. Denn die Einhaltung der dort festgelegten Meldepflichten, Qualitätsanforderungen an Personal und sächliche Ressourcen für den Entnahmeprozess müssen nun ebenfalls von den Transplantationsbeauftragten kontrolliert werden.

Während das Bundesgesetz davon spricht, dass Transplantationsbeauftragte dafür verantwortlich sind, dass die Entnahmekrankenhäuser ihren Verpflichtungen nachkommen, hat der Landesgesetzgeber formuliert, dass eine Hinwirkungspflicht auf die Einhaltung der Vorgaben besteht. Die zuletzt genannte Formulierung ist eindeutig zurückhaltender und könnte als Widerspruch zum Bundesrecht verstanden werden. Diese Lesart dürfte allerdings nicht zu

⁵ Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG NRW) v. 9. 11.1999 (GV. NRW. S. 599), geändert durch Gesetz v. 5.4.2005 (GV. NRW. S. 408), geändert durch Gesetz v. 5.4.2005 (GV. NRW. S. 408), geändert durch Gesetz v. 11.12.2007 (GV. NRW. S. 702), ber. (GV. NRW. S. 157), zuletzt geändert durch Gesetz v. 2. 2. 2016 (GV. NRW. S. 78)

⁶ Vgl. Fußnote 2

⁷ AG-TPG NRW v. 9.11.1999 (GV. NRW. S. 599) in der Fassung vom 11.12.2007 (GV. NRW. S. 702)

teilen sein. Der Bundesgesetzgeber hat nämlich übersehen, dass Transplantationsbeauftragte zwar nach § 9b Abs. 1 Sätze 3 und 4 TPG unabhängig und weisungsfrei bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind, dies aber nicht bedeutet, dass sie die Organisation des Krankenhauses frei gestalten können. Damit kann die Verantwortung bei dieser Aufgabe nur in einem intensiven Hinwirken und Überzeugen bestehen. Ein Gestaltungsrecht, wenn die Entnahmekrankenhäuser ihre Pflichten nicht erfüllen, haben sie nicht. Der Landesgesetzgeber hat somit den Begriff der Verantwortung im Sinne der dem Krankenhausträger zustehenden Organisationshoheit in seiner Klinik lediglich präzisiert und nichts rechtlich Unmögliches von den Transplantationsbeauftragten verlangt.

In § 9b Abs. 2 Nr. 4 TPG ist zudem die Verantwortung der Transplantationsbeauftragten dafür normiert worden, dass das ärztliche und pflegerische Personal über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird. Diese Formulierung hat der Landesgesetzgeber wörtlich aus dem Bundesrecht übernommen, was nicht zwingend erforderlich gewesen wäre, weil der Auftrag bereits im höherrangigen Recht verankert war. Allerdings schadet die Wiederholung nicht. Diesen Part können Transplantationsbeauftragte in der Tat verantwortlich wahrnehmen. Sie sind infolge des uneingeschränkten Zugangsrechts zu Intensivstationen, ihrer Leitungsfunktion, ihrer Weisungsungebundenheit, der notwendigen Freistellung zur Aufgabenwahrnehmung und dem Recht, die Unterstützung des Krankenhausträgers einzufordern, dazu nach § 4 Abs. 1 - 4 AG-TPG in der Lage. Die geeigneten Methoden dazu müssen sie selbst entwickeln und umsetzen.

Interessant ist, dass der Landesgesetzgeber davon abgewichen ist, die Transplantationsbeauftragten der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses zu unterstellen, wie es § 9b Abs. 1 Satz 2 TPG vorgesehen hat. Diese Abweichung ist rechtlich allerdings nur zulässig, wenn sie keine Schlechterstellung der Transplantationsbeauftragten bedeutet.

In § 4 Abs. 3 AG-TPG findet sich die unmittelbare Anbindung an die „Krankenhausleitung im Sinne des § 31 KHGG NRW“. Diese ist dreigliedrig, besteht gleichrangig aus ärztlicher, pflegerischer und Verwaltungsleitung und leitet den Gesamtbetrieb. Sie ist nicht identisch mit dem Krankenhausträger. Die ärztliche Leitung eines Krankenhauses bildet danach nur einen Teilbereich der Betriebsleitung ab. Die Anbindung an die gesamte Betriebsleitung bedeutet also keine Schlechterstellung gegenüber dem Bundesrecht sondern eine Aufwertung. Sie ist auch vor dem Hintergrund zu begrüßen, dass das pflegerische und Verwaltungspersonal an den

Aufgaben der Transplantationsbeauftragten mitwirken muss. Dies gilt z.B. für die Fortbildungsbildungsförderung und die Kostenproblematik. Dieser Aspekt ist im Übrigen ein organisationsrechtlicher, der in § 9b Abs. 3 TPG angesprochen ist und der Regelung im Landesrecht ausdrücklich vorbehalten wurde. Der Landesgesetzgeber wäre dennoch nicht befugt gewesen, eine Verknüpfung zu wählen, die den Gestaltungsspielraum der Transplantationsbeauftragten und die ärztlich fachliche Expertise ausgeschaltet hätte. D.h. die Anbindung z.B. an die Verwaltungsleitung allein wäre ebenso wenig zulässig gewesen wie die unmittelbare Unterstellung unter den Krankenhausträger, wenn dieser keine ärztliche Kompetenz vorweisen kann.

Der Landesgesetzgeber hat bei der gewählten Konstellation natürlich auch die Einflussmöglichkeiten der pflegerischen und Verwaltungsleitung gesehen, deren Einschätzungen im einen oder anderen Fall von denen der ärztlichen Leitung abweichen können. Vor diesem Hintergrund hat er den gesetzlichen Unterstützungsauftrag der Krankenhausleitung in § 4 Abs. 3 Satz 3 AG-TPG aufgenommen. Er ist sogar so weit gegangen, die Krankenhausleitung explizit dazu zu verpflichten, personelle und sächliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Damit ist allerdings nicht zwingend eine zusätzliche Finanzierung verbunden. Diese muss im Ergebnis der Krankenhausträger gewähren, nicht aber die Betriebsleitung allein. Die Verpflichtung bedeutet lediglich die organisatorische Bereitstellung der Ressourcen, die auch in einer Umorganisation bestehen kann. An dieser Stelle kann sich die Beteiligung der Verwaltungsleitung als dritte Kraft der Betriebsleitung durchaus bewähren, wenn sie den Organspendeprozess verantwortlich mitführt. Ein abweichendes Verhalten kann – wie bereits dargelegt - krankenhauaufsichtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Ausnahmen von der Bestellung von Transplantationsbeauftragten oder die gemeinsame Bestellung für mehrere Einrichtungen hat der Landesgesetzgeber nicht explizit geregelt. Der Bedarf dafür wurde nicht gesehen. Die Bestellung von einem oder einer Transplantationsbeauftragten pro Entnahmekrankenhaus bedeutet eine Mindestbesetzung, so dass ein Abweichen davon aus Sicht des Landes NRW nicht in Betracht kommt. Dies wäre aber bereits der Fall, wenn zwei Krankenhäuser zusammen nur eine Kraft bestellten. Werden allerdings mehrere Transplantationsbeauftragte pro Krankenhaus berufen, können die zusätzlichen Transplantationsbeauftragten durchaus für verschiedene Krankenhäuser tätig werden. Dazu reicht

die bundesgesetzliche Regelung aus. Soweit derzeit noch keine Mindestbesetzung gegeben sein sollte, sind die Krankenhäuser zur Nachrüstung verpflichtet.

2. Qualifikationsanforderungen

Wann sind Transplantationsbeauftragte fachlich im Sinne des § 9b Abs. 1 Satz 1 TPG qualifiziert? Der Landesgesetzgeber hat den unbestimmten Rechtsbegriff mit konkreten Ausführungen unterlegt und hohe Hürden gesetzt. Er beantwortet die Frage mit vier zwingenden Voraussetzungen:

- Facharztstatus
- Erfahrungen im Bereich Intensivmedizin
- Leitungsfunktion während der Aufgabenwahrnehmung
- Nachweis der curriculären Fortbildung Organspende innerhalb von drei Jahren nach Bestellung.

Es reicht die Erfahrung in einem Gebiet oder Teilgebiet für den die Facharztqualifikation nicht aus. Es bestünde dann in der Terminologie der Krankenhausplanung lediglich Facharztstandard. Dies gilt, selbst wenn Erfahrungen über einen längeren Zeitraum, als eine Weiterbildung üblicherweise dauert, erworben worden sind. Auch wenn eine Facharztprüfung unmittelbar bevorsteht, aber noch nicht abgeschlossen worden ist, genügt dieser Status dem Anforderungsprofil nicht. Allerdings kann die Qualifikation in einem beliebigen ärztlichen Gebiet erworben worden sein. Grundsätzlich sind insoweit die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe zugrunde zu legen. Da aber die Weiterbildungen in der Regel bundesweit anerkannt werden, ist auch der Abschluss bzw. die Anerkennung einer Facharztprüfung vor einer anderen Ärztekammer im Bundesgebiet gleichwertig.

Die Erfahrungen in der Intensivmedizin sind zeitlich nicht eingegrenzt worden. Daher haben die Kliniken insoweit einen relativ weiten Spielraum. Die einschlägige Zusatzweiterbildung beträgt bei den Ärztekammern grundsätzlich 24 Monate. Der Gesetzgeber verlangt sie nicht ausdrücklich. Die dort genannten Qualifikationen dienen aber in der Regel als Maßstab für den Umfang der notwendigen Erfahrungen. Damit dürfte auch der Erfahrungszeitraum für eine Tätigkeit im Bereich Intensivmedizin mit zwei Jahren angemessen umschrieben sein.

Schon das AG-TPG 2007 hatte verlangt, dass Transplantationsbeauftragte in Leitungsfunktion stehen müssen. Damit kommen grundsätzlich nur Ärztinnen und Ärzte mit teilweiser oder vollständiger Leitungsaufgabe, also Oberarzt- bzw. Chefarztfunktion, für die Aufgabe in Betracht.

Die Kenntnisse und Erfahrungen speziell in der Organspende werden durch eine curriculäre Fortbildung belegt. § 4 AG-TPG hat dazu bestimmt, dass sie innerhalb von drei Jahren nach Bestellung zum Transplantationsbeauftragten nachgewiesen werden muss. Eine Wiederholung und ein Aufbaukurs zu einem späteren Zeitpunkt sind gesetzlich nicht vorgesehen. Bisher haben – geschätzt - noch rund ein Drittel der Transplantationsbeauftragten diese Fortbildung, die fachspezifische und interdisziplinäre Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, nicht absolviert. Seit Inkrafttreten des Landesgesetzes läuft für diese Gruppe die dreijährige Frist, in der die Fortbildung nachgeholt werden muss. Es ist wichtig, alle Transplantationsbeauftragten in die Pflicht zu nehmen.

Davon unabhängig sind die regelmäßigen fachspezifischen Fortbildungen nach § 4 Abs. 3 Satz 4 AG-TPG zu sehen. Der Begriff der Regelmäßigkeit in diesem Kontext dürfte dahin auszulegen sein, dass eine mindestens jährliche Fortbildung angemessen ist.

Der Bundesgesetzgeber hat dem Landesgesetzgeber keine Regelungskompetenz im Aufgabenfeld des § 16 TPG eingeräumt. Insoweit kann er auch zur Diskussion um die Richtlinien der Bundesärztekammer z.B. zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls nicht tätig werden. Alle insoweit notwendigen Diskussionen müssen untergesetzlich geführt werden.

3. Organisationsrechtliche Fragen

Bundes- und Landesgesetzgeber haben keinen Zweifel daran gelassen, dass sie die hohe Verantwortung der Transplantationsbeauftragten mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln unterstützen. Auf die Leitungsfunktion, die Weisungsfreiheit im Aufgabenfeld, die Unterstützungspflicht der Entnahmekrankenhäuser, das Freistellungsgebot, das breite Wirkungsfeld gegenüber Klinikleitung, Personal, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, die unmittelbare Anbindung an die Betriebsleitung sowie ungehinderte Zugangsrechte zu

den für das Aufgabenfeld wichtigen Arealen des Krankenhauses, hier insbesondere der Intensivkapazitäten, soll damit zusammenfassend noch einmal hingewiesen werden.

Auf zwei Formulierungen des Ausführungsgesetzes soll noch eingegangen werden, die erläuterungsbedürftig sind.

Das geltende Bundes- und Landesrecht spricht von Entnahmekrankenhäusern, die Transplantationsbeauftragte zu bestellen haben. Daraus könnte man eine Einschränkung lesen, da Intensivbetten, wie das AG-TPG 2007 formulierte, an nahezu allen Akutkrankenhäusern existieren. Ausgenommen sind z.B. Fachkrankenhäuser der psychiatrischen Versorgung. Mit der Definition des Entnahmekrankenhauses in § 9a TPG hat der Bundesgesetzgeber aber in erster Linie eine qualitative Konkretisierung vorgenommen. Denn nicht jede Intensiveinheit ist tatsächlich räumlich und personell so ausgestattet, dass sie Organentnahmen leisten könnte. Und wenn man dann noch daran denkt, dass einige Kliniken überwiegend mit Intermediate Care Stationen (IMC) arbeiten, die tatsächlich für die Organentnahme nicht geeignet sind, dann wird deutlich, dass eine Präzisierung durchaus geboten war.

Ziel des Ausführungsgesetzes war neben der Förderung und Unterstützung des Organspendeprozesses insgesamt und der Sicherstellung der Qualifikation sowie des Handlungsspielraums der Transplantationsbeauftragten auch der transparente Umgang mit der aktuellen Datenbasis. Die Aktivitäten der Kliniken zum Thema Organspende sollen deutlicher werden, mögliche Fehlentwicklungen schneller erkannt werden können. Im neuen § 5 AG-TPG werden die Krankenhausträger nunmehr verpflichtet, dem für Gesundheit zuständigen Ministerium oder dessen Beauftragten auf Verlangen schriftliche Auskünfte über potenzielle Organspenderinnen und -spender zu erteilen. Gleiches gilt für durchgeführte Entnahmen bzw. die Klärung möglicher Entnahmen durch die DSO. Da die bisherigen Erfahrungen gezeigt haben, dass nicht alle Kliniken der Aufforderung nachgekommen sind, über ihre Maßnahmen zur Förderung der Organspende zu berichten, war die Kodifizierung erforderlich geworden. Die aktuellen Daten sind für die politische Planung eine wesentliche Voraussetzung.