

Pressekonferenz der Überwachungskommission und der
Prüfungskommission am 26.11.2015

**Vorstellung des Jahresberichts
von Überwachungskommission und Prüfungskommission
gem. § 11 und § 12 Transplantationsgesetz**

Statement des

Vorsitzenden der Überwachungskommission

Prof. Dr. Dr. Hans Lippert

(es gilt das gesprochene Wort)

- Sehr geehrte Damen und Herren! – Zusätzlich zu den flächendeckenden, verdachtsunabhängigen Prüfungen der Transplantationszentren, sind die Kommissionen auch mit der Prüfung von anlassbezogenen Einzelfällen befasst. Diese werden den Kommissionen beispielsweise von ET und der DSO oder der Vertrauensstelle gemeldet. Jedoch kommt es auch vor, dass Betroffene oder Angehörige, aber auch Krankenhäuser sich selber an die Kommissionen wenden.
- In der vergangenen Prüfperiode wurden von den Kommissionen **20 Einzelfälle** geprüft, die die **Allokation von Spenderorganen** betrafen. In **keinem** der Fälle haben die Kommissionen **allokationsrelevante Auffälligkeiten** feststellen können. In der Vielzahl dieser Fälle handelte es sich um Vorgänge, die im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements aufgearbeitet werden konnten und strukturelle Verbesserungen ausgelöst haben. So trägt die Aufarbeitung dieser Einzelfälle auch regelmässig zur Verbesserung der Prozesse und Abläufe in den Krankenhäusern bei.
- Zudem haben die Kommissionen in der vergangenen Prüfperiode anlassbezogen **45**

Fälle von **Hirntodfeststellungen** überprüft.

Hierbei handelt es sich um

Hirntodfeststellungen aus den Jahren 2010 bis 2014. Die Prüfungen betrafen **39**

Krankenhäuser.

- **Zum Vergleich:** In den Jahren 2010 bis 2014 fanden bundesweit in 1259 Krankenhäusern etwa 4000 Hirntoddiagnostiken zur Feststellung des Todes als Voraussetzung einer möglichen Organentnahme statt, ohne das es notwendigerweise zur Organentnahme gekommen ist.
- Von den 45 Fällen haben die Kommissionen **43 abgeschlossen**, in **zwei Fällen** dauern die Prüfungen noch an.
- **Anlass** für die Prüfungen waren Bedenken gegenüber diagnostischen Einzelheiten sowie deren Dokumentation oder dem Ablauf bestimmter Hirntodfeststellungen.
- **Gegenstand** der Prüfung war folglich die richtliniengemäße Feststellung des Hirntodes in konkreten Einzelfällen.
- Meine Damen und Herren! Ich möchte Ihnen schildern, wie umfänglich auch diese Prüfungen gelaufen sind:
- Bei der Beurteilung der Feststellung des Hirntodes und der Dokumentation wurde von den im Prüfzeitraum geltenden „Richtlinien zur

Feststellung des Hirntodes, **Dritte Fortschreibung 1997** mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG)“ ausgegangen.

- Die Kommissionen haben gemeinsam mit einer Expertengruppe sämtliche Krankenakten einschließlich der damals geltenden „Protokolle zur Feststellung des Hirntodes“ überprüft. Diese Expertengruppe bestand aus sechs Personen und ihr gehörten Neurologen, Neurochirurgen und Intensivmediziner an. Im Einzelfall wurden spezielle Sachverständige einbezogen.
- Auch im Prüfzeitraum erforderte die Feststellung des Hirntodes die Beteiligung von mindestens zwei dafür qualifizierten Ärzten, deren unabhängige Feststellungen und Untersuchungen die Voraussetzung für die Diagnose „Hirntod“ sind. Die Irreversibilität des Hirnfunktionsausfalles kann durch wiederholte klinische Untersuchungen oder durch technische Zusatzuntersuchungen nachgewiesen werden. Nach dem „Mehraugenprinzip“ sind also mehrere Kontrollmechanismen vorhanden, die die Sicherheit für die Feststellung des Hirntodes gewährleisten. Kommt es zu unterschiedlichen

Bewertungen, kann eine Hirntodfeststellung nicht erfolgen.

- Im Falle einer möglichen Organspende sind weitere Personen beteiligt, insbesondere die Transplantationsbeauftragten des Klinikums und die DSO-Koordinatoren.
- Vor diesem Hintergrund haben die Kommissionen **insbesondere geprüft**, ob jeweils die Voraussetzungen für die Feststellung des Hirntods gegeben waren, ob es Abweichungen von den Richtlinien gab, ob Dokumentationsmängel zu verzeichnen waren oder ob es z. B. Probleme im Angehörigengespräch im Zusammenhang mit der Hirntodfeststellung gab.
- Meine Damen und Herren! Die Prüfungen haben ergeben, dass **keinem** Patienten eine potentiell lebenserhaltende Behandlung vorenthalten wurde.
- Die Kommissionen haben bis zum jetzigen Zeitpunkt **45 Fälle** überprüft.
- In **43 Fällen** konnten die Kommissionen feststellen, dass diese Patienten **hirntot** waren.
- In **zwei** Fällen sind die Überprüfungen noch nicht abgeschlossen.

- In **31 Fällen** ist es zu einer **Organentnahme** gekommen. Bei **14 Patienten** erfolgte **keine** Organentnahme.
- Weiterhin haben die Prüfungen der Kommissionen folgendes ergeben:
- In **einigen Fällen** wurde die Hirntoddiagnostik aus unterschiedlichen **untersuchungsbedingten Gründen abgebrochen**. Ein Verstoß gegen die Richtlinien lag in keinem dieser Fälle vor.
- Bei weiteren Patienten wurden die Hirntodfeststellungen korrekt abgeschlossen, nachdem zunächst nicht richtliniengemäß durchgeführte Verfahrensschritte durch andere am Untersuchungsablauf Beteiligte bemerkt und korrigiert worden waren.
- In anderen Fällen haben sich die behaupteten Richtlinienverstöße als nicht zutreffend erwiesen.
- Es kam auch zu Dokumentationsmängeln, die jedoch die korrekte Feststellung des Hirntodes nicht in Frage stellten.
- Bei einem Patienten erfolgte die Feststellung des Hirntodes zwar nicht richtliniengemäß, es kam aber in diesem Fall nicht zu einer Organentnahme.
-

– Weiterhin wurde von den Kommissionen im Berichtszeitraum der Fall einer in Frage gestellten Hirntoddiagnostik in einem norddeutschen Krankenhaus geprüft. Wie von uns im Januar angekündigt, ist der Bericht nach Verabschiedung durch die Kommissionen gestern auf der Internetseite der BÄK veröffentlicht worden. Im Ergebnis haben die Kommissionen festgestellt, dass es während des Prozesses zu Zweifeln an der Korrektheit der durchgeführten Hirntoddiagnostik gekommen war, die Ärzte aber letztlich den Hirntod den geltenden Richtlinien gemäß festgestellt hatten. Es kam durch die aufgeworfenen Zweifel zu so schwerwiegenden Kommunikationsproblemen unter den an der Explantation Beteiligten, dass es letztlich zum Abbruch der Organspende kam.

–

– Meine Damen und Herren! Lassen Sie mich diese Prüfperiode insgesamt bilanzieren:

– Wir haben beobachten können, dass ein Struktur- und Kulturwandel in den Krankenhäusern stattgefunden hat. Dies merken wir zum einen deutlich am kooperativen Verhalten vieler Krankenhäuser während der Prüfungen und im Nachgang.

Und auch Mitarbeiter und Verantwortliche selbst richten Einzelfragen an die Kommissionen.

- Ich darf an dieser Stelle hervorheben, dass die Landesministerien – sie sind ja die Aufsicht der Transplantationszentren – verbindlich in die neue Kontrollstruktur einbezogen sind. Die Zusammenarbeit funktioniert reibungslos.
- Was mich besonders freut, dass auch die Bundesregierung die Kommissionen als flexible und extrem belastbare Kontrollgremien bezeichnet, die den Anforderungen im komplexen und dynamischen Gebiet der Transplantationsmedizin gerecht werden.
- Die Prüfungen tragen dazu bei, verloren gegangenes Vertrauen der Menschen in die Transplantationsmedizin zurück zu erlangen. Das alles bestärkt uns darin, unsere Arbeit in der nächsten Prüfperiode ebenso akribisch und effizient fortzuführen, wie bisher.

- Jetzt übergebe ich das Wort an die Leiterin der Vertrauensstelle, Frau **Professor Rissing-van Saan**.