



Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung
für Intensiv- und Notfallmedizin

DIVI e.V. | Luisenstr. 45 | 10117 Berlin

MRin Claudia Siepmann
Leiterin des Referats Transplantationsrecht
Bundesministerium für Gesundheit

Sektion Organspende und
Organtransplantation

Prof. Dr. med. K. Hahnenkamp
Universitätsmedizin Greifswald
Klinik für Anästhesiologie
Ferdinand-Sauerbruch-Straße
17475 Greifswald
klaus.hahnenkamp@uni-greifswald.de

Datum 18.09.2018

Betr.: Stellungnahme der DIVI-Sektion „Organspende und –transplantation“ zum Referentenentwurf eines „Gesetzes zur besseren Zusammenarbeit und bessere Strukturen in der Organspende“ (GZSO) i.R. des Anhörungsverfahrens

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu dem vorliegenden Referentenentwurf Stellung nehmen zu dürfen.

Die grundlegenden Aspekte des vorliegenden Referentenentwurfes wie die Stärkung der Stellung der Transplantationsbeauftragten im Entnahmekrankenhaus (inkl. definierter Freistellungsquoten) wie auch die insgesamt deutliche verbesserte Gegenfinanzierung des gesamten Prozesses der Organspende in den Entnahmekrankenhäusern begrüßen wir ausdrücklich.

Als im Krankenhaus tätige Intensivmediziner wollen wir an dieser Stelle einige konkrete Hinweise aus der täglichen intensivmedizinischen Praxis ergänzen und hieraus folgende Kernempfehlungen ableiten:

- Der Transplantationsbeauftragte (besser „Organspendebeauftragte“) ist angesichts des komplexen interdisziplinären Aufgabenfeldes eine primär ärztliche Position. Diese Aufgabe sollte nicht zersplittert werden; ein konkretes Qualifikationsprofil für diese Position muss erarbeitet werden. (u.a. Facharzt mit mindestens 6-monatiger intensivmedizinischer Weiterbildung).
- Die Qualitätssicherung des Organspendeprozesses in den Entnahmekrankenhäusern bedarf validierter Werkzeuge und definierter interner Kommunikationsprozesse (insbesondere mit der Krankenhausleitung). Für eine externe Evaluation bedarf es nicht zuletzt einer validen Definition des „Organspendepotentials“.
- Die Evaluation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Organspendeprozesses sollte durch eine unabhängige Institution

Geschäftsstelle der DIVI

Prof. Dr. med. A. Markewitz
med. Geschäftsführer
Volker Parvu, Dipl. Inf.
Geschäftsführer
Luisenstraße 45
10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607
Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister
Düsseldorf VR5548
St.Nr. 27/640/59133

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln
IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00
BIC DEUTDE33XXX

Präsident

Prof. Dr. med. Dr. h.c. S. Schwab

Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. G. Jorch
Prof. Dr. med. U. Janssens

Generalsekretär

Prof. Dr. med. F. Walcher

Schatzmeister

Prof. Dr. med. B. Böttiger

Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

Vertreterin der außerordentlichen Mitglieder

Frau Dr. med. J. Haunschild

Vertreter der

nichtärztlichen Mitglieder

Thomas van der Hooven

Beisitzer

PD Dr. med. F. Hoffmann
Prof. Dr. med. S. Kluge
Frau PD Dr. med. H. Niehaus
Prof. Dr. med. A. Unterberg

Kongresspräsident

2018

Frau Prof. Dr. med. Muhl

2019

Prof. Dr. med. Bernd Böttiger

erfolgen, analog der Überwachung der deutschen Transplantationszentren durch die Prüfungs- und Überwachungskommission bei der Bundesärztekammer.

- Eine flächendeckende Sicherstellung (nicht auf der Freiwilligkeit einzelner Ärzte beruhend) einer richtliniengerechten Diagnostik des irreversiblen globalen Hirnfunktionsausfalls (IHA) ist essentiell für den Organspendeprozess. Zur Vermeidung der Konstruktion von Interessenskonflikten bei dem überaus sensiblen Thema der Diagnostik des IHA sehen wir die Verantwortung in einer Institution, die nicht mit der Zuteilung, Verteilung oder der Transplantation von Organen betraut ist.

Im einzelnen:

Ad Transplantationsbeauftragte (§9b Abs. 1-3):

Eine verbindliche Freistellung des Transplantationsbeauftragten für die Wahrnehmung der komplexen interdisziplinären Aufgaben erscheint uns sehr geeignet, die Organspende qualitativ und quantitativ zu fördern. Die Bindung eines VK-Anteils des Transplantationsbeauftragten an eine definierte Anzahl an Intensivbetten entspricht im Kern der Position der DIVI zum Transplantationsbeauftragten aus dem Mai 2011 (5) und entspricht den praktischen Erfordernissen. Die Verpflichtung zum Nachweis der zweckdienlichen Verwendung der von den Kostenträgern hierzu fließenden Mittel tragen unserer Meinung nach dazu bei, die verbindliche Freistellung im konkreten Klinikalltag Realität werden zu lassen.

Leider verzichtet der vorliegende Referentenentwurf gänzlich darauf, die erforderlichen fachlichen Qualifikationsanforderungen an den Transplantationsbeauftragten festzulegen. Dieser sollte Facharzt mit mindestens 6-monatiger intensivmedizinischer Weiterbildung sein und ein spezifisches Curriculum (orientiert am Mustercurriculum der Bundesärztekammer) absolviert haben. Neben den ärztlichen Aufgaben in der Begleitung einer konkreten Organspende (u.a. Detektion des „Potentiellen Organspenders“, Teilhabe an den Entscheidungsprozessen in der „end-of-life-care“, der intensivmedizinischen Therapie wie auch der Entscheidungsfindung mit Angehörigen) sind strukturelle und prozedurale Aufgaben, auch der Qualitätssicherung und der Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen im Krankenhaus (Multiplikatoren-Schulung) zu bewältigen.

Der Referentenentwurf beschreibt die hervorgehobene Stellung des Transplantationsbeauftragten im Krankenhaus (Zuordnung zur ärztlichen Leitung, fehlende Weisungsgebundenheit, etc.) und konkretisiert nun die strukturellen wie inhaltlichen Rechte und Pflichten des Transplantationsbeauftragten. Gleichzeitig soll (bei Vorhandensein mehrerer Intensivstationen) auf jeder Intensivstation wenigstens ein Transplantationsbeauftragter benannt werden. Im Licht der notwendigen intensivmedizinischen Kompetenzen für diese interdisziplinär angelegte Position bedeutet dies eine absehbare Zersplitterung der Aufgabe und der hiermit verbundenen Verantwortung und ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll. (Auch der Gesetzestext müsste bei mehreren Transplantationsbeauftragten an etlichen Stellen in den Plural umgeschrieben werden.) Wir regen daher an, dass ein primär verantwortlicher ärztlicher Transplantationsverantwortlicher eine Verteilung seiner

Aufgaben auf mehrere Köpfe je nach lokal vorliegenden Bedingungen selbst verantwortet („kann“-Formulierung statt „soll“ in §9b Abs1 nach Satz 1).

Eine erweiterte Lösung wäre, einem Transplantationsbeauftragten entsprechende „Stationsverantwortliche für Organspende“ auf Wunsch des Transplantationsbeauftragten organisatorisch zu unterstellen. Es obläge dann dem Transplantationsbeauftragten, Anteile der berechneten 0,1 VK/ 10 Betten diesen „Stationsverantwortlichen für Organspende“ zu übertragen. Der Vorteil dieser Lösung besteht darin, daß a) die Gesamtverantwortung des Transplantationsbeauftragte und eine notwendige Struktur/ Hierarchie erhalten bleibt, b) ein Transplantationsbeauftragter (in der Regel ein zusatzweitergebildeter Intensivmediziner) beispielsweise an einem Haus mit mehr als 100 Intensivbetten nicht Vollzeit in dieser Funktion arbeiten müsste und c) Vertretungslösungen sowie die Darstellung der Funktion in Entnahmekrankenhäusern mit mehreren Standorten so leicht bewerkstelligt werden könnten.

„Stationsverantwortliche für Organspende“ könnten auch aus dem Bereich der Intensivpflege stammen, was dem interprofessionellen Ansatz der Intensivmedizin entspricht. Einzelne Landesausführungsgesetze lassen bereits Fachpflegende als Transplantationsbeauftragte zu. Auch diese Besonderheit wäre durch das oben angeführte Modell integriert. Die Pflegeberufe leisten einen relevanten Anteil an der intensivmedizinischen Betreuung der Patienten wie auch bei der Betreuung der Angehörigen. Jedoch werden dem Transplantationsbeauftragten gerade beim Angehörigengespräch und bei der ärztlichen Beurteilung explizit ärztliche Aufgaben anvertraut (Auswertung des Spenderpotentials, der Spendererkennung und der Spendermeldung, §9b Absatz 1, zugefügter Satz). Unsere Position zum Transplantationsbeauftragten von 2011 hat sich nicht geändert: *„Die Anzahl der vorhandenen Intensivkapazität ist entscheidend für die Verwirklichung von Organspenden. Der zukünftige Transplantationsbeauftragte sollte daher ein Ansprechpartner auf fachlicher Augenhöhe für die intensivmedizinisch tätigen Kollegen sein, der aus seiner Erfahrung die Probleme mit den behandelnden Ärzten zu lösen in der Lage ist. Idealerweise sollte es sich um einen im Entnahmekrankenhaus tätigen und respektierten Intensivmediziner handeln, der aus seinen bestehenden Kontakten einen Überblick über die Bettenbelegung der Intensivstationen hat.“*

Aus unserer Sicht wäre es wünschenswert, wenn im §9b aufgenommen werden könnte, daß der Begriff des „Organspendebeauftragten“ parallel und gleichwertig zu dem Begriff „Transplantationsbeauftragten“ genutzt werden kann. So kann der wesentlich passgenauere Begriff genutzt werden, ohne daß andere sich auf den ursprünglichen Begriff beziehende Texte angepasst werden müssten.

Ad Meldeverpflichtung an die DSO (§ 9a, Absatz2 Nr. 1):

Wir begrüßen, dass in dem Gesetzentwurf die bestehenden Unsicherheiten durch Streichung des Passus „nach §3 und §4“ reduziert werden. Gleichwohl wird hier nicht nur die Meldeverpflichtung der Entnahmekrankenhäuser an die Koordinierungsstelle, sondern auch die Verpflichtung zur Durchführung der Diagnostik des IHA benannt. Es muss jedoch geklärt werden, ob bei Vorliegen einer Ablehnung gegenüber einer Organspende (sei es durch ein rechtliches Dokument oder ein Votum der Angehörigen) VOR der IHA-Diagnostik auf die IHA Diagnostik

verzichtet werden kann und nach Gesetzestext dann auch keine Meldeverpflichtung an die DSO besteht. Die Meldeverpflichtung besteht erst postmortal, also NACH Durchführung der IHA. An dieser Stelle muss der Gesetzestext noch präzisiert werden.

Ad Qualitätssicherung/Informationspflichten (§9 Abs2No6neu sowie §11 Abs1b neu):

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Entnahmekrankenhäuser alle Patienten mit primärer und sekundärer Hirnschädigung der Koordinationsstelle in anonymisierter Form berichten. Gleichzeitig soll (wohl nach einer retrospektiven Einzelanalyse all dieser Patienten) der Koordinationsstelle rapportiert werden, warum auf eine Meldung des Patienten als potentieller Organspender und auf die Diagnostik zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls im Einzelfall verzichtet wurde. Darüber hinaus soll die Koordinationsstelle Umfang und Qualität der nach § 11 zu erhebenden (und der Koordinationsstelle zu übermittelnden) Daten festlegen. Sie selbst wertet die in den Krankenhäusern erhobenen Daten und Beurteilungen konkreter Patientenverläufe aus und spiegelt diese nicht nur an die Leitung des Krankenhauses wider, sondern leitet diese auch an die zuständigen Landesbehörden weiter, welche ihrerseits „geeignete Maßnahmen“ einleiten dürfen/sollen.

Diese Berichtspflicht bewerten wir inhaltlich, methodisch wie auch prozedural kritisch: Das von der Koordinationsstelle zur Verfügung gestellte (und im Referentenentwurf explizit erwähnte) IT-tool „Transplantcheck“ ist (wie im Referentenentwurf dankenswerterweise klargestellt) NICHT geeignet, das reale „Organspendepotential“ in deutschen Krankenhäusern zu definieren bzw. zu erheben. Grundsätzlich gibt es in Deutschland bisher keine verbindliche Definition des „Potentiellen Organspenders“ und somit auch nicht des „Organspendepotentials“ (siehe auch Abschlussbericht des sog Inhouse-Koordinationsprojektes des DKI (1)). Im „TransplantCheck“ werden zahlreiche Patienten erfasst, welche niemals als Organspender in Frage kämen, z.B. weil sie nicht beatmet werden, Kontraindikationen für eine Organspende vorliegen, sie nach medizinischem Ermessen nicht das Stadium des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls erleiden werden oder primär an einer ganz anderen Erkrankung verstorben sind. Die retrospektive Bewertung der Krankheitsverläufe „nach Aktenlage“ (in der Regel durch Transplantationsbeauftragte und DSO-Koordinatoren (beratend) ist wenig valide und verlangt neben differenzierter ärztlicher Kompetenz zusätzlich gegebenenfalls krankenhausinterne Expertenpanels auf den betreuenden Intensivstationen. Letzteres ist angesichts der zunehmenden ärztlichen Arbeitsverdichtung ein relevantes Ressourcen-Problem. Eine prospektive Datenerhebung wäre wünschenswerter. Dennoch erscheint aus der täglichen Praxis heraus eine interne Qualitätssicherung z.B. mithilfe des „TransplantCheck“ hilfreich zur Verbesserung der internen Abläufe und Ergebnisse zu sein. Eine angemessene Berichtspflicht des Transplantationsbeauftragten über die in der retrospektiven Analyse des eigenen Patientengutes erhobenen Erkenntnisse an die ärztliche Leitung des Krankenhauses ist selbstredend; wir empfehlen, in diesem Punkt den Regelungen des bayerischen Ausführungsgesetzes zu folgen.

Es entsteht der Eindruck, dass anhand wenig spezifischer und fachlich eingeschränkt valider Daten eine Kontrolle der Entnahmekrankenhäuser durch die Koordinierungsstelle und Landesbehörden erfolgen soll. Diese Aufgabe, nämlich die Analyse einer ausreichenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollte von einer von der Koordinierungsstelle unabhängigen Institution geleistet werden.

Hauptaufgabe der Koordinationsstelle ist es, die Organentnahme und den Transport der Organe zu koordinieren. Aufgaben, die sich auf den Zeitraum bis zur Feststellung eines IHA beziehen, sollten getrennt werden von Leistungserbringungen nach der Feststellung des IHA, auch um medial keinen Interessenskonflikt konstruieren zu können. Bisher leistet die Prüfungs- und Überwachungskommission der Bundesärztekammer diese Aufgabe für die deutschen Transplantationszentren. Es erscheint uns also folgerichtig, den Prüfungs- und Überwachungsauftrag auch für den Organspendeprozess bei der Prüfungs- und Überwachungskommission der Bundesärztekammer zu sehen.

Ad Flächendeckende Sicherstellung einer richtlinienkonformen IHA-Diagnostik (§9a Abs. 3&4 neu):

Die regionale Sicherstellung einer richtlinienkonformen IHA-Diagnostik in allen Entnahmekrankenhäusern durch kompetente Neuromediziner resultiert aus den gehobenen fachlichen Anforderungen der 4. Fortschreibung der einschlägigen Richtlinie der BÄK. Die strukturellen Auswirkungen dieser Anforderungen sind in der Analyse des DKI (2) dargestellt. Vorhaltung und zentrale Steuerung mobiler Expertenteams wird durch die gezeigten erheblichen regionalen Unterschiede im Vorhandensein dieser raren Personal-Ressource erschwert. Wir regen deshalb an, insbesondere die universitären neuromedizinischen Kliniken im Verbund mit nicht-universitären Maximalversorgern unter Ausbildung eines regionalen Netzwerkes einzubeziehen. Besonders hier können auch für die Zukunft qualifizierte Neuromediziner in ausreichender Zahl ausgebildet werden. Auch kann diese Tätigkeit im Rahmen von Versorgungsaufgaben landesrechtlich verankert werden. Entsprechende Konzepte für Universitätsklinika einschließlich der hierfür notwendigen Finanzierung liegen vor (3). Zur Vermeidung der Konstruktion von Interessenskonflikten bei dem überaus sensiblen Thema der Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) sehen wir die Verantwortung in einer Institution, die nicht mit der Zuteilung, Verteilung oder der Transplantation von Organen betraut ist. Diese Institution kann die Aufgabe der übergeordneten Organisation von regional zusammengesetzten Teams übernehmen oder beauftragen.

Grundlegende Betrachtung: Die Transplantationsmedizin kann nicht losgelöst von der Organspende betrachtet werden. In den deutschen berufspolitischen Gremien zur Transplantationsmedizin ist die Intensivmedizin jedoch nicht vertreten oder nur unterrepräsentiert. Intensivmediziner verfügen aber über eine umfassende Expertise in der Organspende. Wir Intensivmediziner sind auch diejenigen, die trotz erfolgloser kurativer Behandlung das Vertrauen zu den Angehörigen unserer Patienten aufgebaut haben und konkret auf diese zugehen, um das Thema Organspende im

Kontext der Entscheidungen in der intensivmedizinischen Behandlung am Lebensende anzusprechen. Im Jahr 2011 hatten wir uns bereits als damals neu gegründete Sektion der DIVI intensiv positioniert (4,5).

Wir bedanken uns für die Einladung, auch zu diesem neuen Gesetzentwurf Stellung zu beziehen und wünschen uns, unsere Expertise in der Zukunft einbringen zu können.

Mit freundlichen Grüßen, für die Sektion



Prof. Dr. med. Klaus Hähnenkamp
-Sprecher der Sektion-

Literatur

- (1) <https://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/projekte/inhousekoordination-bei-organspenden>
- (2) <https://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/projekte/auswirkungen-der-geaenderten-hirntod-richtlinie>
- (3) Freiburger Konzept für eine überregionale flächendeckende Konsiliar-Versorgung der „Hirntoddiagnostik“ für Südbaden.
- (4) Stellungnahme der DIVI zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des TPG und zum Verordnungsentwurf, Brief an Lars-Christoph Nickel, Referatsleiter, Bundesministerium für Gesundheit vom 09.05.2011
- (5) Position der DIVI zum Transplantationsbeauftragten, Brief an Lars-Christoph Nickel, Referatsleiter, Bundesministerium für Gesundheit vom 23.05.2011

An
Herrn RD
Dr. Lars-Christoph Nickel
Referatsleiter
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Münster, 09.05.2011

Stellungnahme der DIVI zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des TPG und zum Verordnungsentwurf

Sehr geehrter Herr Dr. Nickel,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 18. April 2011 und die Möglichkeit für die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) eine Stellungnahme dazu abzugeben.

Die Organtransplantation stellt eine anerkannte Therapieoption für viele Patienten dar, die ohne ein Organ entweder eine verminderte Lebensqualität aufweisen oder versterben. Trotz Etablierung des Transplantationsgesetzes nimmt die Spendebereitschaft und damit die Anzahl der zur Verfügung stehenden Organe weiter ab.

Im derzeitigen Allokationsverfahren spielt die Prognose des Organempfängers nur eine untergeordnete Rolle. Die zunehmende Organknappheit führt zu langen Wartezeiten der potenziellen Organempfängern. Dies führt dazu, dass auf unseren Intensivstationen entsprechend kränkere Patienten mit einer hohen Komorbidität betreut werden müssen. Längere Liegezeiten, eine höhere Mortalität und höhere Kosten für unser Gesundheitssystem sind die Folge, die durch eine höhere Anzahl an Spenderorganen vermeidbar wären.

Sektion Organtransplantation Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Hahnenkamp

Leitender Oberarzt
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster
Tel: 02 51 83 47254 / 47255
Fax: 02 51 -83 48661
hahnenkamp@uni-muenster.de

Präsident
Prof. Dr. med. M. Quintel
Georg-August-Universität Göttingen
Zentrum Anästhesiologie Rettungs- und
Intensivmedizin
Robert-Koch Str. 40
37075 Göttingen

Vizepräsidenten
Frau Prof. Dr. med. E. Muhl
Klinik für Chirurgie
UKSH Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Prof. Dr. med. G.W. Sybrecht
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Innere Medizin V
Gebäude 91
66421 Homburg (Saar)

Generalsekretär
Prof. Dr. med. A. Markewitz, OFA
Abt XVII – Herz- und Gefäßchirurgie
Bundeswehrzentral Krankenhaus
Rübenacher Str. 170
56072 Koblenz

Schatzmeister
Prof. Dr. med. D. Schneider
Universitätsklinikum Leipzig
Neurologische Intensivstation
Liebig Str. 20
04103 Leipzig

Schriftführer
Prof. Dr. med. G. Jorch
Universitätskinderklinik Magdeburg
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg

Vertreterin der außerordentlichen Mitglieder
Frau K. Ludewig
Universitätsklinikum Jena
Klinik für Anästhesiologie
Erlanger Allee 101
07747 Jena

Vertreter der nichtärztlichen Mitglieder
K. Notz, BBA, RbP
Kreiskliniken Reutlingen GmbH
Akademie der Kreiskliniken Reutlingen
Steinberg Str. 31
72764 Reutlingen

Beisitzer
Prof. Dr. med. E. Rickels, Celle
Dr. med. M. Sasse, Hannover
Prof. Dr. med. N. Weiler, Kiel
Prof. Dr. med. T. Walte, Hannover

Kongresspräsident
2011
Prof. Dr. med. G. Jorch
2011
Prof. Dr. med. T. Walte

Geschäftsstelle der DIVI
Luisenstr. 45
10117 Berlin
Tel: 030 4000 5607
Fax: 030 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister Düsseldorf VR5548
St.Nr. 17/413/01071

Bankverbindung
Deutsche Bank Köln
Konto-Nr. 2 520 344
BLZ 370 700 60

Die Novellierung des Transplantationsgesetzes mit dem Ziel, eine höhere Anzahl an Organspenden zu realisieren, ist aus Sicht der DIVI daher ein konsequenter und sehr zu begrüßender Schritt. Wir gehen jedoch davon aus, dass diese Novellierung die Organknappheit zwar positiv beeinflussen, , jedoch nicht beheben kann.

Widerspruchslösung

Aus Sicht der DIVI würde erst die Einführung der Widerspruchslösung zu einer merklichen Zunahme der Organspenden führen. Die Etablierung der Widerspruchslösung hat in den entsprechenden Ländern zu den im Vergleich höchsten Organspenderaten geführt. Etliche Organisationen befürworten die Widerspruchslösung. Gerade aus Sicht der intensivmedizinisch tätigen Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzten, die in unserer Vereinigung organisiert sind, würde dies vor allem das häufig schwierige Angehörigengespräch zur Aufklärung und Einwilligung zur Organspende im Falle des eintretenden Hirntodes wesentlich vereinfachen.

Zu einzelnen Punkten der Novellierung möchten wir wie folgt Stellung nehmen:

Befugnisse der Koordinierungsstelle

Aus der Novellierung des TPG geht hervor, dass die Befugnisse der Koordinierungsstelle zunehmen sollen. Laut §11 Absatz 4 sind „...die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser (...) verpflichtet, untereinander und mit der Koordinierungsstelle zur Entnahme von Organen sowie zur Entnahme von Geweben bei möglichen Organspendern nach § 3 oder § 4 zusammenzuarbeiten. Die Koordinierungsstelle klärt, ob die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen. Hierzu erhebt sie die Personalien dieser Patienten und weitere für die Durchführung der Organentnahme und -vermittlung erforderliche personenbezogene Daten. Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, diese Daten an die Koordinierungsstelle zu übermitteln. Die Organentnahme wird durch die Koordinierungsstelle organisiert und erfolgt durch die von ihr beauftragten Ärzte.“

Wir als intensivmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte legen Wert darauf, dass die Schlüsselfunktion im Prozess der Realisierung einer Organspende in den Händen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Zusammenarbeit mit den Intensivpflegekräften liegt.

Die Behandlung des Patienten, der im Verlaufe einer nicht erfolgreichen Behandlung die Kriterien des Hirntodes erfüllt und die Begleitung der Angehörigen begreifen wir als Teil unseres ärztlichen Handelns.

Konsequenterweise gehört das Angehörigengespräch über Aufklärung und Einwilligung zur Organspende im Falle des eintretenden Hirntodes nicht nur zu unseren Aufgaben, sondern ist zeitgleich Ausdruck unserer Bindung gegenüber unseren Patienten und deren Angehörigen und unserer ärztlichen Verantwortung.

Die Koordinationsstelle kann unterstützend tätig werden, es sollte aber keinesfalls Pflicht werden, die Koordinationsstelle einbinden zu müssen, um Angehörigengespräche führen zu lassen.

Transplantationsbeauftragter

Die in der Novellierung des Gesetzes vorgesehene verpflichtende Einführung von Transplantationsbeauftragten in Entnahmekrankenhäusern bewerten wir sehr positiv. In der Ausgestaltung der Aufgabenbeschreibung eines Transplantationsbeauftragten müssen allerdings verschiedene Aspekte zwingend beachtet werden.

Es muss sichergestellt sein, dass diese wichtige Aufgabe keine Freizeitaktivität des einzelnen motivierten Arztes ist und nur eine zusätzliche Aufgabe in dem bereits bestehenden Arbeitsvolumen darstellt. Vielmehr bedarf es des Aufbaus professioneller Strukturen vor Ort zur Verbesserung der Prozessoptimierung und einer tatsächlich erhöhten Verwirklichung von Organspenden. Die Pflichten und vor allem die Rechte des Transplantationsbeauftragten sollten detailliert festgelegt werden. Unseres Erachtens sollte die Person des Transplantationsbeauftragten weder an der Entnahme von Organen noch an der Transplantation von Organen beteiligt sein. Von Vorteil erscheint uns, wenn der Transplantationsbeauftragte im Rahmen seiner täglichen anderweitigen Arbeit einen Überblick über die Patienten auf den Intensivstationen des Entnahmekrankenhauses hat. Gerne beteiligen wir uns als DIVI an der Ausgestaltung der Aufgabenbeschreibung eines Transplantationsbeauftragten.

Meldepflicht von SAEs nach Transplantation

Im Rahmen der Qualitätssicherung ist die Einführung von SAEs nach Transplantation generell zu begrüßen. Die Kriterien nach §63 des Arzneimittelgesetzes sind sehr eng gefasst und bedeuten eine stark zunehmende Bürokratisierung für die Transplantationszentren. Es sollte sichergestellt sein, dass der zusätzliche Aufwand für das Transplantationszentrum gering ist. Die nach einer Organtransplantation typischen Komplikationen wie Infektionen, wie sie z.B. durch Immunsuppression entstehen, sollten unseres Erachtens nicht zu den meldepflichtigen

SAE gezählt werden. Gerne bieten wir als DIVI unsere Unterstützung in der Ausarbeitung einer gangbaren Lösung an.

Transport der Organe

§11 1a Punkt 7 (...) den Transport der Organe, um ihre Unversehrtheit während des Transports und eine angemessene Transportdauer sicherzustellen,(...)

Die Dauer der kalten Ischämiezeit bestimmt, abhängig vom Organ, maßgeblich das Outcome nach Transplantation. . Die Dauer des Transportes und die kalte Ischämiezeit sollte dokumentiert werden. Der Begriff „angemessen“ sollte mit maximalen organspezifischen Transportdauern definiert werden.

Gerne sind wir als intensivmedizinisch tätige Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte bereit, unsere Erfahrung aus der täglichen Arbeit in die weitere Ausgestaltung des Transplantationsgesetzes einzubringen.

Für die DIVI, mit freundlichen Grüßen, Ihr

Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Hahnenkamp
-Sprecher der Sektion Organtransplantation-

An
Herrn RD
Dr. Lars-Christoph Nickel
Referatsleiter
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Münster, 23.05.2011

Position der DIVI zum Transplantationsbeauftragten

Sehr geehrter Herr Dr. Nickel,

vielen Dank für Ihre Einladung zum Treffen am 10.05.2011 im Bundesgesundheitsministerium. Der offizielle Vertreter der DIVI, Herr Prof. Schmidt, hat ausführlich über die Diskussion berichtet. Neben den in unserer Stellungnahme beschriebenen Punkten scheint die zukünftige Stellung des Transplantationsbeauftragten zur Zeit der dringlichste Punkt zu sein. Daher erlauben wir uns, unsere Position zum zukünftigen Transplantationsbeauftragten zu konkretisieren.

Transplantationsbeauftragter

Eine verpflichtende Einführung von Transplantationsbeauftragten in Entnahmekrankenhäusern bewerten wir sehr positiv. In der Ausgestaltung der Aufgabenbeschreibung eines Transplantationsbeauftragten müssen allerdings verschiedene Aspekte zwingend beachtet werden.

Sektion

Organtransplantation Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Hahnenkamp

Leitender Oberarzt
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
und operative Intensivmedizin
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster
Tel.: 02 51 - 83 47254 / 47255
Fax: 02 51 - 83 48661
hahnenkamp@uni-muenster.de

Präsident

Prof. Dr. med. M. Quintel
Georg-August-Universität Göttingen
Zentrum Anästhesiologie Rettungs- und
Intensivmedizin
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

Vizepräsidenten

Frau Prof. Dr. med. E. Mühl
Klinik für Chirurgie
UKSH Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Prof. Dr. med. G.W. Sybrecht
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Innere Medizin V
Gebäude 91
66421 Homburg (Saar)

Generalsekretär

Prof. Dr. med. A. Markewitz, OFA
Abt. XVII – Herz- und Gefäßchirurgie
Bundeswehrzentral Krankenhaus
Rübenacher Str. 170
56072 Koblenz

Schatzmeister

Prof. Dr. med. D. Schneider
Universitätsklinikum Leipzig
Neurologische Intensivstation
Liebig Str. 20
04103 Leipzig

Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Jorch
Universitätskinderklinik Magdeburg
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg

Vertreterin der außerordentlichen Mitglieder

Frau K. Ludwig
Universitätsklinikum Jena
Klinik für Anästhesiologie
Erlanger Allee 101
07747 Jena

Vertreter der nichtärztlichen Mitglieder

K. Notz, BBA, RbP
Kreiskliniken Reutlingen GmbH
Akademie der Kreiskliniken Reutlingen
Steinberg Str. 31
72764 Reutlingen

Beisitzer

Prof. Dr. med. E. Rickels, Celle
Dr. med. M. Sasse, Hannover
Prof. Dr. med. N. Weiler, Kiel
Prof. Dr. med. T. Walte, Hannover

Kongresspräsident

2011
Prof. Dr. med. G. Jorch
2011
Prof. Dr. med. T. Walte

Geschäftsstelle der DIVI

Luisenstr. 45
10117 Berlin
Tel.: 030 4000 5607
Fax: 030 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister Düsseldorf VR5548
St.Nr. 17/413/01071

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln
Konto-Nr. 2 520 344
BLZ 370 700 60

- 1) Der Transplantationsbeauftragte soll sich mit einem festen Zeitkontingent seiner wichtigen Aufgabe widmen können. Das Zeitkontingent sollte in einem Verhältnis zu dem im Entnahmekrankenhaus betreuten Intensivpatienten festgelegt werden. Derzeit gehen wir davon aus, dass auf 30 Intensivbetten eine halbe Vollkraftstelle des Transplantationsbeauftragten von seiner sonstigen Tätigkeit eingesetzt werden muss. Dies bedeutet eine Vollkraftstelle auf 60 Intensivbetten.
- 2) Entnahmekrankenhäuser mit kleineren Intensivkapazitäten sollen sich als Verbund zusammenschließen und gemeinsam einen Transplantationsbeauftragten für das angegebene Verhältnis von 30 Intensivpatienten auf eine halbe Vollkraft bestellen (einem Weiterbildungsverbund ähnelnd).
- 3) Die Anzahl der vorhandenen Intensivkapazität ist entscheidend für die Verwirklichung von Organspenden. Der zukünftige Transplantationsbeauftragte sollte daher ein Ansprechpartner auf fachlicher Augenhöhe für die intensivmedizinisch tätigen Kollegen sein, der aus seiner Erfahrung die Probleme mit den behandelnden Ärzten zu lösen in der Lage ist. Idealerweise sollte es sich um einen im Entnahmekrankenhaus tätigen und respektierten Intensivmediziner handeln, der auch aus seinen bestehenden Kontakten einen Überblick über die Bettenbelegung der Intensivstationen hat.
- 4) Die Pflichten des Transplantationsbeauftragten müssen detailliert festgelegt werden. Zu den Aufgaben des Transplantationsbeauftragten zählt aus unserer Sicht der Aufbau von professionellen Strukturen, auf die robust über 24 Stunden zugegriffen werden kann. Diese Strukturen sollten beinhalten:
 - a. Zugriff auf apparative Zusatzdiagnostik für die Hirntoddiagnostik
 - b. Zugriff auf Diagnostik zur Beurteilung von Organen bei Spendern (z.B. TTE, Bronchoskopie)
 - c. Hilfestellung bei dem Angehörigengespräch
- 5) Weitere Pflichten sollen beinhalten regelmäßige Veranstaltungen/ Schulungen mit dem Ziel der Erhöhung der Akzeptanz der Organspenden
 - a. Bei den intensivmedizinisch tätigen Pflegepersonal und Ärzten
 - b. In der Öffentlichkeit
- 6) Die Rechte des Transplantationsbeauftragten müssen detailliert festgelegt werden. Die Person des Transplantationsbeauftragten sollte unabhängig von den bestehenden

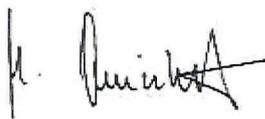
Strukturen vor Ort agieren können. Niemand sollte ihr in der Funktion des Transplantationsbeauftragten vorgesetzt oder weisungsbefugt sein. Dies erscheint vor allem dann wichtig, wenn Routineabläufe vor Ort (Elektivprogramm für Operationen) durch eine anstehende Organentnahme gestört sein können. Die Verwirklichung einer Organspende und Organentnahme muss Vorrang vor anderen Partikularinteressen haben. Die Person des Transplantationsbeauftragten muss vollständiger Zugang zu den Intensivstationen gewährt werden, notwendige Informationen müssen zur Verfügung gestellt werden.

- 7) Die Person des Transplantationsbeauftragten sollte weder an der Entnahme von Organen noch an der Transplantation von Organen beteiligt sein, um u.U. von Dritten eingebrachten Zweifeln an eventuellen persönlichen Interessen der Person des Transplantationsbeauftragten entgegen treten zu können. Ein ähnliches Konzept wurde bereits im Transplantationsgesetz für die Feststellung des Hirntodes umgesetzt.

Wir hoffen, einen konstruktiven Beitrag zur zukünftigen Position des Transplantationsbeauftragten geleistet zu haben. Wir stehen Ihnen selbstverständlich jederzeit für parlamentarische Anhörungen auf dem Gebiet der Transplantationsmedizin und weitere Nachfragen zur Verfügung. Wir möchten an dieser Stelle noch einmal nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass erst die Einführung der Widerspruchslösung in Deutschland zu einer merklichen Zunahme der Organspenden führt.

Gerne sind wir als intensivmedizinisch tätige Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte bereit, unsere Erfahrung aus der täglichen Arbeit in die weitere Ausgestaltung des Transplantationsgesetzes einzubringen.

Für die DIVI,
mit freundlichen Grüßen,
Ihr



Professor Dr. med. Michael Quintel
Präsident



Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Hahnenkamp
-Sprecher der Sektion Organtransplantation-