

Deutscher Städtetag · Gereonstraße 18 - 32 · 50670 Köln

Bundesministerium für Gesundheit  
Frau MR'in Claudia Siepmann  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

E-Mail: [312@bmg.bund.de](mailto:312@bmg.bund.de)

Gereonshaus  
Gereonstraße 18 - 32  
50670 Köln

19.09.2018/rem

Telefon 0221 3771-0  
Durchwahl 3771-305  
Telefax 0221 3771-409

E-Mail

[lutz.decker@staedtetag.de](mailto:lutz.decker@staedtetag.de)

Bearbeitet von

Lutz Decker

Aktenzeichen

54.05.16 D

## **Entwurf eines Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organ- spende (GZSO)**

Ihr Schreiben vom 31.08.2018 - Az: 312-4090-13/4

Sehr geehrte Frau Siepmann, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des o. g. Referentenentwurfs eines Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO), mit der Sie uns die Gelegenheit für eine Stellungnahme geben. Wir positionieren uns hierzu wie folgt:

### **I Grundsätzliches**

Der neue Gesetzentwurf zielt nicht direkt auf eine Erhöhung der Spendenbereitschaft in der Bevölkerung, sondern auf eine Verbesserung der Strukturen im Kontext. Dem zur Seite muss jedoch noch mehr öffentliche Aufklärung gestellt werden. Nur beide Maßnahmen zusammen werden nachhaltig für eine Erhöhung des Spenderaufkommens sorgen können.

Der Anspruch, die Rolle, Wertschätzung und auch Finanzierung der Transplantationsbeauftragten in den Kliniken zu stärken, ist zu begrüßen. Positiv erscheint zudem, dass die organisatorischen und finanziellen Verbesserungen der Tätigkeit der Transplantationsbeauftragten und die verbesserte Finanzierung der Krankenhausleistungen dabei nicht an Spenderquoten o. ä. gebunden werden.

Die Prozesse der Organspende werden noch weiter von den üblichen Erlösstrukturen der Krankenhäuser entkoppelt.

Insgesamt begrüßen wir geplante strukturelle Verbesserungen, haben zu einigen Regelungen aber auch kritische Anmerkungen.

## **II Zu einzelnen Regelungsbereichen**

### **Zum Rubrum**

Hier werden „strukturelle Defizite“ als verantwortlich für die anhaltend niedrigen Organspenderzahlen genannt. Dies ist sicher teilweise richtig; bemerkt werden sollte aber, dass die dieser Schlussfolgerung oft zugrunde gelegte Studienlage durchaus auch kritisch gesehen werden kann. Dies betrifft etwa die Definition des möglichen Organspenders und durch Datengrundlagen generierte Verzerrungseffekte. Ein weiterer nicht genug diskutierter Grund für die Abnahme der Organspende ergibt sich aus der heutigen veränderten intensivmedizinischen Behandlungssituation. Die Charakteristika der (potenziellen) Organspender mit schweren akuten Hirnerkrankungen hat sich in den letzten 30 Jahren gravierend geändert. Waren es früher eher jüngere Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma, handelt es sich heutzutage vorwiegend, wie uns aus der Praxis berichtet wird, um Patienten mit Gefäßerkrankungen des Gehirns wie Hirnblutungen, ischämischen Schlaganfällen und Subarachnoidalblutungen. Dies hat zur Folge, dass sich bei den gegenwärtig behandelten Patienten mit schwerer Hirnschädigung oft eine Phase einer sehr schlechten oder infausten Prognose entwickelt, ohne dass bereits ein irreversibler Hirnfunktionsausfall (IHA; früher „Hirntod“ genannt) erreicht wird. Bei solchen Patienten wird die lebenserhaltende Therapie oft vor dem Erreichen des Hirntodes aus Indikationsgründen und/oder wegen therapielimitierender Patientenverfügungen eingestellt.

### **Zur verbindlichen Freistellung der Transplantationsbeauftragten und deren Finanzierung**

Die klar definierte Freistellungsregelung für den Transplantations-Beauftragten wird dessen Position voraussichtlich verbessern und die für die Transplantationsorganisation benötigten zeitlichen Ressourcen stärken. Essentiell ist, dass die Stellenbemessung und Freistellungsregelung in jedem Fall wirklich vollständig refinanziert werden. Die in der Vorlage niedergelegte verbindliche Freistellungsregelung für Transplantationsbeauftragte sowie eine höhere Vergütung der Organentnahme ist grundsätzlich und wenn eine vollständige Refinanzierung erfolgt zu begrüßen.

Die Kosten für eine fachspezifische Fort- und Weiterbildung dürfen zur Unterstützung der Stellung des Transplantationsbeauftragten nicht den Kliniken angelastet werden.

### **Zur höheren Vergütung der Entnahmekrankenhäuser**

Darüber hinaus ist es positiv zu bewerten, dass die finanziellen Vergütungen für die Entnahmekrankenhäuser verbessert werden sollen. Berücksichtigt werden müssen dabei alle Kosten/Mehrkosten, die durch die Entnahme entstehen. Hilfreich wäre es, wenn die unter Artikel 1 Nr. 2, b (4) aufgelisteten Pauschalen und Ausgleichsbeträge baldigst klar beziffert würden.

Das künftig angedachte Verfahren, für alle mit einer Organentnahme im Zusammenhang stehenden Leistungen besser zu bezahlen, wird derzeit im vorgelegten Entwurf in drei Maßnahmen gegliedert:

1. Eine Grundpauschale für die Leistungen, die Entnahmekliniken vor der Spendermeldung erbringen – einschließlich der Leistungen im Zusammenhang mit der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls.
2. Eine Pauschale für die intensivmedizinische Versorgung und die Leistungen bei der Organentnahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, die durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer festgelegt werden.
3. Einen Ausgleichszuschlag, mit dem nicht messbare Faktoren im Zusammenhang mit dem Prozess einer Organspende gedeckt werden können, beispielsweise die Inanspruchnahme der notwendigen Infrastruktur.

Insgesamt sollen die Entnahmekrankenhäuser mit einem signifikant höheren Betrag als der in den geltenden DRG-Pauschalen kalkulierten Kosten ausgestattet werden. Diese Maßnahme ist im Sinne

der Kostendeckung richtig gerichtet. Anspruch hierbei ist, dass dies zweckbezogen nachvollziehbar und auskömmlich ist. Dies erscheint als eine Voraussetzung, um flächendeckende Effekte zu erzielen.

## **Zu weiteren Maßnahmen zur Verbesserung des Prozessablaufs in der Organspende**

### **Zu Maßnahmen zur Verbesserung des Organspendeprozesses in den Kliniken**

Die Formulierung „rechtzeitig hinzuziehen“ hinterlässt einen großen Interpretationsspielraum. Bislang ist es gängige Praxis, dass die Transplantationsbeauftragten für den „Transplantationsprozess“ im Allgemeinen und bei konkreten Abläufen verantwortlich sind, zudem prozedural in die Voraussetzungsfeststellung zur Organspende eingebunden sind, aber nicht zwingend physisch zu „jeder Zeit“ - also 24h/7d bei jeder Organspende inkl. des Vorfeldes außerhalb der Dienstzeiten verfügbar sein müssen. Von einer Art „Dauerbereitschaftsdienst“ der TPL-Beauftragten ist offenbar nicht auszugehen. Diese hätte ansonsten auch Konsequenzen für die Höhe der Refinanzierung. Da bei dem 24h/7d „Hirntoddiagnostik“ (s. 3.3) von „jederzeit“ gesprochen wird, ist anzunehmen, dass an eine „jederzeit“-Verfügbarkeit des Transplantationsbeauftragten nicht gedacht ist. Auch wären dann 3 Parallelstrukturen (DSO, Neuro-Konsiliardienst, TPL-Beauftragte) vorzuhalten, was ineffektiv erscheint. Dies sollte aber zweifelsfrei geklärt werden. Eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit würde den Personalbedarf massiv erhöhen. Sollte dies gemeint sein, muss es im Gesetz benannt und die Finanzierung geklärt werden. Eine Finanzierungsregelung für einen potentiellen Bereitschaftsdienst für das Hinzuziehen des Transplantationsbeauftragten fehlt jedenfalls.

In der Begründung für den Gesetzesentwurf wird wiederholt das Ziel formuliert, dass eine Meldung eines potentiellen Organspenders zu erfolgen hat, ohne dass vorher geklärt wird, ob einer potentiellen Organentnahme überhaupt zugestimmt werden würde. Hierzu erhielten wir aber aus der Praxis wichtige Hinweise:

Um einen Spender zu identifizieren, ist die Durchführung der Hirntodfeststellung zwingend erforderlich. Im klinischen Alltag wird national und international in den meisten Kliniken eine Hirntoddiagnostik ganz überwiegend dann durchgeführt, wenn eine potentielle Zustimmung zur Organspende vorliegt. Die Durchführung einer Hirntoddiagnostik ist fast immer verbunden mit dem Ziel, eine Organspende zu realisieren, die Hirntoddefinition erfolgt im Zuge der Entwicklung der Transplantationsmedizin. Beim allergrößten Teil schwer hirngeschädigter Patienten wird die Therapie ohne Hirntoddiagnostik beendet, sobald schwerste irreversible Hirnschäden diagnostiziert sind und kein weiterer Behandlungswunsch des schwerstgeschädigten Patienten entweder anhand von Patientenverfügung oder im Gespräch mit den Angehörigen detektiert werden kann. Keineswegs wird beim überwiegenden Teil der Patienten mit schwerer Hirnschädigung die Todesfeststellung/Indikation zur Therapieeinstellung in Form einer Hirntoddiagnostik durchgeführt. Das übliche Vorgehen (Klärung, ob potentiell eine Zustimmung zur Organspende gegeben ist, danach Durchführung der Hirntoddiagnostik) begründet sich wie folgt:

Zur Durchführung der klinischen Hirntodfeststellung ist es unbedingt erforderlich, dass der Patient frei von sedierenden Medikamenten ist. Da schwer hirnverletzte Patienten aus therapeutischen Gründen in tiefer Sedierung gehalten werden, sind bis Beginn einer Hirntoddiagnostik bei diesen Patienten meist tagelange „Abklingphasen“ ohne Sedierung und ohne Schmerzmedikation erforderlich. Falls der Patient nicht hirntot ist, erleidet er in dieser Phase potentiell Schmerzen. Es ist aus Sicht vieler Ärzte unethisch einen Menschen dem Risiko von Schmerzen auszusetzen (Nämlich dann, wenn er schwerste Hirnschäden hat, aber nicht hirntot ist. Dies stellt erst die Hirntoddiagnostik fest. Diese ist aber erst möglich, wenn jegliche Analgosedierung abgeklungen ist), von dem nicht bekannt ist, dass er sich positiv zu einer potentiellen Organspende nach Feststellung seines Hirntods positioniert hat. Falls eine Zustimmung zur Organspende vor Absetzen der sedierenden Medikation

vorliegt/anzunehmen ist, postulieren viele Ärzte, dass der potentielle Spender damit auch dem Risiko zugestimmt hat, dass bei ihm ohne Vorliegen des Hirntods sedierende und schmerzbekämpfende Medikamente abgesetzt werden, ausschließlich um eine Hirntoddiagnostik durchzuführen.

Sollte mit dem Gesetzentwurf die regelhafte Durchführung von Hirntoddiagnostik bei allen schwerst hirngeschädigten Patienten initiiert werden, so müsste dies offen im Gesetzestext formuliert werden. Die ethische und finanzielle Dimension (verlängerte Behandlungszeiten bei allen Patienten, Hirntoddiagnostik bei vielen Nicht-Organ-Spendern) dieses Paradigmenwechsels muss offen diskutiert werden.

### **Zur flächendeckenden Bereitstellung neurologischer Konsiliardienste**

Die sehr unkonkrete Formulierung der „geeigneten Einrichtung“, die zur „Organisation“ des konsiliarärztlichen Dienstes beauftragt wird, erscheint problematisch. Hier ist auch die Refinanzierung unklar. Die Formulierung ist offenbar auch nicht im Einklang mit den Richtlinien zur Feststellung des IHA. Dort sind zwei „neurowissenschaftliche“ Facharztqualifikationen genannt, die zwingend eingebunden sein müssen, nämlich die Neurologie und Neurochirurgie. Hier wäre die Formulierung anzupassen. Dies wird später (S. 33 der Begründung) korrekt beschrieben.

Die Einrichtung eines bundesweit agierenden neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienstes betrachten wir auch als organisatorisch und finanziell äußerst schwierig umzusetzen. Die Einrichtung derartiger Dienstmodelle auf regionaler Ebene (z.B. in Anbindung an die neurologischen Abteilungen großer Kliniken) hat demgegenüber eine Reihe von Vorteilen; etwa wenn in einer Region ein hohes Spenderaufkommen anfallen sollte.

Der Ansatz, so einen „nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ jederzeit und überall lege artis festzustellen, und so die Voraussetzung für eine Organentnahme zu schaffen, ist essentiell und muss klar formuliert werden.

### **Zur Einrichtung einer Qualitätssicherung in den Entnahmekrankenhäusern**

Eine mögliche Verpflichtung aller Kliniken, anonymisierte Daten über mögliche und durchgeführte Spenden an eine Koordinierungsstelle zu übermitteln, um die Analyse aller Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung zu ermöglichen, erscheint zwar wissenschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvoll, aber auch ein erheblicher Verwaltungsaufwand. Dieser ist, wenn er durchgeführt werden soll, klar zu definieren und zusätzlich zu den vermehrten Zuwendungen für die Vorhaltung einer für die Organspende geeigneten Infrastruktur und Personalausstattung zu finanzieren.

Hinsichtlich des konkret für das Berichtswesen genannten DSO-Systems (TransplantCheck) erhielten wir aus der Praxis auch kritische Hinweise, etwa was die EDV-Kompatibilität angeht. Unklar ist, ob ein Sanktionssystem bestehen soll. Der Entwurf lässt durchblicken, dass dies Sache der zuständigen Landesbehörden ist. Grundsätzlich ist hier darauf zu achten, dass sich der durch diese QS-Maßnahme entstehende administrative Mehraufwand für die Transplantationsbeauftragten in Grenzen hält.

Die Berechtigung zur uneingeschränkten Einsicht in die Patientenakten halten wir aus datenschutzrechtlichen Aspekten ohne nachgewiesene Notwendigkeit für problematisch.

### **Zu rechtlichen Grundlagen für die Angehörigenbetreuung**

Die Einrichtung einer Angehörigenbetreuung erscheint grundsätzlich sinnvoll. Hierzu müsste jedoch das Organisationsmodell geklärt werden. Für die zu erwartenden Kosten muss eine entsprechende Refinanzierung vorgesehen werden.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Stefan Hahn'. The signature is written in a cursive style with a large 'S' and a long horizontal stroke at the end.

Stefan Hahn