

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO)

Sehr geehrte Frau Siepmann,

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ziel des Gesetzentwurfs ist es, die Strukturen in den Entnahmekrankenhäusern zu verbessern, diese angemessen zu vergüten sowie die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls durch konsiliarärztliche Bereitschaftsdienste flächendeckend sicherzustellen.

Ebenso gibt es aktuell sehr vielgestaltige Landesausführungsgesetze (z.B. HmbAGTPG), die bundeseinheitliche Harmonisierung ist hier ebenso sehr zu begrüßen.

Bitte erlauben Sie mir zum GZSO dennoch folgende Ausführungen:

Besonders positiv möchte ich folgende Punkte u.a. hervorheben:

- die verbindliche Freistellung der Transplantationsbeauftragten mit 0,1 VK pro 10 Intensiv- oder Beatmungsbetten
- die vollständige Refinanzierung der Transplantationsbeauftragten sowie Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung
- die Vertretungsregelung
- die Stärkung der allgemeinen Stellung des Transplantationsbeauftragten im Entnahmekrankenhaus
- eine höhere Vergütung der Entnahmekrankenhäuser durch einen Ausgleichszuschlag und Grundpauschale
- allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung des Organspendeprozesses in den Entnahmekrankenhäusern (z.B. SOP)
- Die angestrebte flächendeckende Bereitstellung neurologischer Konsiliardienste gerade für sog. C-Krankenhäuser (allerdings ist mir die vorgesehene prakt. Ausgestaltung durch eine „geeignete Einrichtung“ nicht erkennbar)
- Die Streichung der Wörter nach „§3 oder 4“ im §9a Abs. 2 S.1 TPG ist sehr zu begrüßen

Eine Präzisierung folgende Punkte könnte u.a. erwogen werden:

- Der Transplantationsbeauftragte ist vom behandelnden Arzt „bei jeder Organspende bereits vor der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls“ hinzuzuziehen“. Ebenso muss der TxB vom behandelnden Arzt „rechtzeitig hinzugezogen“ werden, wann immer ein Patient nach ärztlicher Beurteilung als potentieller Organspender in Betracht kommt. Obiges ist sicher sinnvoll, das „Ausmaß“ und die „Art“ des notwendigen „Hinzuziehens“ ist aus meiner Sicht fallbezogen im Allgemeinen aber sehr variabel sowie über 24h an 365 Tagen auch nicht in jedem Entnahmekrankenhaus immer sofort möglich. Daher würde ich in §9b Abs. 1 S. 5 Nr. 1 TPG eine Abschwächung wie z.B. „möglichst zeitnah hinzugezogen“ für sinnvoll erachteten.
- Zur zeitlichen Präzisierung der „verpflichtenden“ Meldung an die Koordinierungsstelle könnte in §9a Abs. 2 S.1 TPG folgender Wortlaut erwogen werden: „nach § 5 festzustellen und der Koordinierungsstelle danach nach § 11 unverzüglich mitzuteilen“

Kritisch möchte ich u.a. folgende Punkte anmerken:

- Die Qualifikation des TxB bleibt im TPG nicht geregelt. Nach den meisten Landesausführungsgesetzen sind dieses Intensivmediziner oder mind. Fachärzte mit mehrjähriger intensivmedizinischer Erfahrung (de facto in der Regel Intensivoberärzte). Der Arztvorbehalt wird hierbei auch aus meiner Sicht für sinnvoll erachtet.
- “§9B Abs. 1 S. 1: Hat ein Entnahmekrankenhaus mehr als nur eine Intensivstation, soll für jede dieser Stationen ein Transplantationsbeauftragter bestellt werden“. In fast allen Krankenhäusern mit neurologischer- oder neurochirurgischer Intensivstation dürfte es weitere Fach-Intensivstationen geben (demnach mindestens alle A und B Krankenhäuser). Zum Teil sind die Intensivstationen in Organisationseinheiten (Kliniken/Zentren) zusammengefasst. Es erscheint wenig notwendig auf allen Intensivstationen einen Transplantationsbeauftragten mit der Qualifikation wie der hauptverantwortliche TxB zu haben und zudem die Freistellung dann noch „anteilig“ (je 10 ICU-Betten ?) aufteilen zu sollen (§9b Abs. 3 TPG), denn:
 - es schwächt ggf. den hauptverantwortlichen TxB
 - das notwendige Zeitkontingent für den hauptverantwortlichen TxB könnte zu gering sein
 - Kompetenzüberlappungen können den Prozessablauf und Aufgabenverteilung negativ beeinflussen
 - die Doppelfunktion Stationsoberarzt und Stations-TxB könnte Interessenskonflikte noch in der Behandlung bedingen bzw. diese könnten z.B. von Angehörigen unterstellt werden
 - Ärzte/Fachärzte in der (intensivmed.) Weiterbildung wären z.B. in vielen Bundesländern anhand der Qualifikationsvoraussetzung von der Funktion ausgeschlossen.

Vorschlag:

Wichtig in der Praxis erscheint mir, dass auf jeder Intensivstation ein (zumeist) in der intensivmed. Behandlung von Pat. mit schwerer Hirnschädigung erfahrener Arzt (z.B. vom hauptverantwortlichen TxB) geschult und benannt wird. Dieser „stationsverantwortliche für Organspende“ hat nur die Aufgabe potentielle Organspender (z.B. in der Tagesvisite) zu identifizieren und an den hauptverantwortlichen TxB des Entnahmekrankenhauses zur weiteren/gemeinsamen ärztlichen Beurteilung zu melden. Danach erfolgt gemeinsam die fallbezogene Planung des weiteren Vorgehens.

Daher: „ Hat ein Entnahmekrankenhaus mehr als eine Intensivstation, so soll/kann für jede dieser Stationen vom Transplantationsbeauftragten eine Person benannt und in der Erkennung potentieller Organspender nach ärztlicher Beurteilung geschult werden. Diese Person informiert den Transplantationsbeauftragten nach §9b Abs. 1 S. 5 Nr. 1TPG.“

- Die krankenhausinterne Qualitätssicherung ist zu begrüßen und im SGB V bereits verankert. Kontrollfunktionen im Rahmen der Organspende und Transplantationsmedizin unterliegen bereits der PÜK der Bundesärztekammer. Alle Paragraphen mit Bezug zu einer externen Qualitätssicherung mit Meldeverpflichtung von Gründe für die nicht erfolgte Feststellung oder nicht erfolgte Meldung eines „möglichen“ Organspenders sowie insbesondere die externe Qualitätssicherung mittels „unselektiver“, „retrospektiver“ computerbasierter Transplant-Check-ICD10-Analyse, Festlegung der Anforderungen des Erhebungsbogens (aktuell keinesfalls anonym) allein durch die Koordinierungsstelle und dessen „Auswertung“ bzw. Ergebnisveröffentlichung durch die Koordinierungsstelle sowie die Weiterleitung an die nach Landesrecht zuständigen Stellen halte ich für nicht zielführend und evtl. nach dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung für schwierig. Es gibt keine Belege dafür, dass eine derartige retrospektive Analyse die prospektive Erkennung von potentiellen Spendern anhand primärer ärztlicher Beurteilung im Krankenhaus fördert. Zudem erhält die Koordinierungsstelle somit eine „Aufsichtsfunktion“, diese kann einer vertrauensvollen Zusammenarbeit entgegenstehen. Sofern die Koordinierungsstelle keine

Überwachungsfunktion hat, „kann“ auch im Vertrag nach §11Abs. 2 TPG (Koordinierungsstellenvertrag) nichts Näheres zur Übermittlung und Auswertung der Daten vereinbart werden“.

Grundlage für flächendeckende unselektive Überwachung ist immer Misstrauen, die altruistische Organspende lebt aber vom gegenseitigen Vertrauen aller Beteiligten.

Weitere (im GZSO) bisher nicht genannte Punkte mit Relevanz in der TxB-Praxis:

- Der §1a Abs. 5 TPG benennt mit a-e ausdrücklich die Rangfolge der nächsten Angehörigen. Nach §4 Abs. 2 TPG steht dem nächsten Angehörigen eine volljährige Person gleich, die dem möglichen Organ- oder Gewebespende bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat (demnach z.B. auch langjährige nicht verheiratete Lebensgefährtin/-in; „wilde Ehe“); sie tritt „neben“ den nächsten Angehörigen. Hingegen tritt eine benannte dritte Person nach Abs. 3 „ an die Stelle“ des nächsten Angehörigen. Was bedeutet hier tritt neben „welchen“ nächsten Angehörigen und an welche Stelle der Rangfolge (Rangfolge f)?
- Wonach bemisst sich die nach §4 Abs. 2 TPG „angemessene“ Zeit? Gleiches gilt analog z.B. auch für § 1901b Abs. 2 BGB - wonach bemisst sich eine „erhebliche Verzögerung“?
- Nach §5 Abs. 2 TPG ist die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls durch einen Arzt zu treffen, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung beteiligt sein darf. Er darf auch nicht Weisungen eines Arztes unterstehen, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Sollte obiges sich nicht auch auf den TxB oder Intensivmediziner/Anästhesiologen beziehen, so erscheint ggf. folgende Präzisierung sinnvoll: „ist die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls durch Fachärzte zu treffen, dieses darf nicht ein Entnahmemechirurg sein und diese dürfen auch nicht Weisungen eines Arztes unterstehen, der an der Entnahme beteiligt ist“.
- Todesnachweisverfahren (nach §5 TPG) bei nach ärztlicher Erkenntnis vermuteten irreversiblen Hirnfunktionsausfall unterliegen nach meiner Ansicht nicht der Zustimmungspflicht nach §630d BGB. Diese Klarheit fehlt bisher in den einschlägigen Gesetzen.

Ich hoffe, dass obige Ausführungen zur weiteren Diskussion positiv anregen können und verbleibe

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gerold Söffker