



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

Vorläufige STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf des BMG
„Entwurf eines Gesetzes für bessere
Zusammenarbeit und bessere Struktu-
ren bei der Organspende (GZSO)“

September 2018

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2018

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)

Ralf Heyder

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Tel. +49 (0)30 3940517-0

Inhalt

I.	Vorbemerkung	4
II.	Zu den Regelungen im Einzelnen	4
III.	Weiterer Handlungsbedarf	7

I. Vorbemerkung

Der VUD begrüßt den Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO) vom 31.08.2018.

Durch den Referentenentwurf werden wichtige Impulse gesetzt, um die Rahmenbedingungen und Strukturen bei der Organspende zu verbessern.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen:

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Gesetzentwurfs kommentiert.

1) Verpflichtungen der Entnahmekrankenhäuser - § 9a Absatz 2:

Mit der Streichung von „§ 3 oder § 4“ in § 9a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 soll gemäß Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass die Entnahmekrankenhäuser verpflichtet sind, den Hirntod von Patienten festzustellen. Dies gilt nun für alle Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als postmortale Organspender in Betracht kommen. Gleichzeitig müssen die Krankenhäuser unverzüglich der Koordinierungsstelle diese Patientendaten mitteilen.

Allerdings würde die nunmehr vorgesehene Formulierung dazu führen, dass das Entnahmekrankenhaus selbst bei vorliegender schriftlicher Ablehnung einer Organspende (z.B. durch eine Patientenverfügung) verpflichtet wäre, dennoch den Hirntod festzustellen und die Daten unverzüglich an die Koordinierungsstelle zu übermitteln.

Aus Sicht des VUD wird dies auf großes Unverständnis bei den Angehörigen und den Krankenhausmitarbeitern stoßen, da damit der vorliegende schriftliche Wille des Patienten/Verstorbenen ignoriert werden würde. Es sollte folglich daher klargestellt werden, dass bei bekannter Ablehnung einer Organspende keine Hirntodfeststellung erfolgt.

Änderungsvorschlag in § 9a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1:

Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet,

- 1. den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen **und bei denen keine eine Organspende ausschließende Gründe bekannt sind**, nach § 5 festzustellen und der Koordinierungsstelle nach § 11 unverzüglich mitzuteilen; kommen diese Patienten zugleich als Gewebespender in Betracht, ist dies gleichzeitig mitzuteilen,*

2) Organisation des neurologischer konsiliarärztlicher Bereitschaftsdienstes (§ 9a Abs. 3)

Zur Organisation eines neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienstes sollen die TPG-Auftraggeber eine geeignete Einrichtung bestellen. Diese muss organisatorisch gewährleisten, dass regional jederzeit Ärzte, die für die Hirntodfeststellung qualifiziert sind, auf Anfrage eines Entnahmekrankenhauses zur Verfügung stehen.

Die Bestellung einer neuen, unabhängigen Einrichtung ist positiv zu bewerten. Die unterschiedlichen Aufgaben im Rahmen eines Organspendeprozesses werden durch nun eigenständige organisatorische Strukturen abgebildet. Somit werden Interessenkonflikte vermieden.

Der VUD geht davon aus, dass die neu zu beauftragende Einrichtung zur Organisation des neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienstes insbesondere auch auf Ärzte der Krankenhäuser der Maximalversorgung zurückgreifen wird. Dadurch stehen diese Krankenhäuser vor großen Herausforderungen. Die Beteiligung von Krankenhausärzten am neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienst geht für die Krankenhäuser mit zusätzlichen Aufwendungen einher. Wenn Fachärzte kurzfristig für ein neurologisches Konsil abberufen werden, kann dieser kurzfristige Ausfall von den Krankenhäusern nicht immer kompensiert werden. So müssen beispielsweise geplante Untersuchungen und Eingriffe verschoben werden. Hierdurch entstehen dem Krankenhaus Folgekosten (z. B. Verlängerung von Krankenhausaufenthalten), für die es keine Gegenfinanzierung gibt.

Lösungsvorschlag (zu § 9a Abs. 3 – Einrichtung zur Organisation des neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienstes):

Wenn die neu zu bestellende Einrichtung für den jederzeit regional einsetzbaren neurologischen Konsiliardienst Ärzte aus Krankenhäusern einsetzt, sind dem Krankenhaus alle dadurch entstehenden Kosten (einschließlich Opportunitätskosten) zu erstatten. Hierzu treffen die neue Einrichtung und das Krankenhaus eine entsprechende Vereinbarung.

3) Entnahmekrankenhäuser (§ 9a Abs. 4) i.V.m. der Finanzierungsregelung über die Koordinierungsstelle (§ 11 Abs. 2):

Der Referentenentwurf sieht eine differenzierte Vergütungsregelung für die einzelnen Prozessschritte in § 9a Abs. 4 vor. Diese umfasst folgende Vergütungskomponenten:

1. Grundpauschale für Leistungen im Zusammenhang mit der Hirntodfeststellung einschließlich der diagnostischen Leistungen,
2. Pauschale für Leistungen der intensivmedizinischen Versorgung und
3. Pauschale für die Leistungen bei der Organentnahme,
4. Ersatz der Aufwendungen für die Freistellung der Transplantationsbeauftragten (gemäß Freistellungsquote und mit Nachweis)
5. Ausgleichszuschlag: das zweifache der Summe der im jeweiligen Fall berechnungsfähigen Pauschalen (z.B. für die Bindung von Intensivbetten, Operationssälen und entsprechendem Fachpersonal).

Diese Form von ausreichend differenzierten Pauschalen, deren Höhe sich nach dem jeweiligen sächlichen und personellen Gesamtaufwand bemisst, ist als positiv zu werten, weil damit Transparenz zwischen Leistung und Aufwand geschaffen wird. Für die Vergütungen nach Nr. 1 – 4 sieht der Referentenentwurf eine Finanzierung über das über das „DSO-Budget“ (§ 11 Abs. 2 S. 2 Nr. 4) vor. Für die Ausgleichszahlung (Nr. 5) fehlt dagegen eine Klarstellung zur Finanzierung. Der VUD schlägt eine gesetzliche Klarstellung vor, wonach auch die Ausgleichszahlungen über das „DSO-Budget“ zu finanzieren sind.

Änderungsvorschlag in § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4:

Der Vertrag regelt insbesondere

...

4. *den Ersatz angemessener Aufwendungen der Koordinierungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz einschließlich*
 - a) *der pauschalen Abgeltung von Leistungen nach § 9a Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und des Ausgleichszuschlags nach § 9a Absatz 4 Satz 3 und*
 - b) ...

4) Transplantationsbeauftragter (TX-B) - § 9b

Im Referentenentwurf werden in Absatz 1 Vorgaben zur Bestellung der Transplantationsbeauftragten (TX-B), zu den Aufgaben und deren Sicherstellung durch die Entnahmekrankenhäuser getroffen. Der Absatz 3 (neu) enthält Regelungen zur Freistellung der TX-B, Berechnungsvorgaben für die Freistellung und Sonderregelung für Entnahmekrankenhäuser, die gleichzeitig ein

Transplantationszentrum sind. Die Regelung in Abs. 3 Satz 3 kann so verstanden werden, dass eine bestimmte Person vollständig freizustellen ist.

Die Erfahrungen zeigen, dass eine vollständige Freistellung als Transplantationsbeauftragter für Ärzte in der Regel unattraktiv ist. Es ist daher davon auszugehen, dass viele Krankenhäuser Probleme bei der Stellenbesetzung bekommen werden. Um möglichst hochqualifizierte und motivierte Mitarbeiter für die Funktion „Transplantationsbeauftragte(r)“ gewinnen zu können, ist es essenziell, diese Funktion auf mehrere Personen anteilig zu verteilen. Damit würden auch die notwendigen Vertretungsmöglichkeiten geschaffen werden. Die Vorgaben in § 9b sollten daher verdeutlichen, dass eine Aufteilung der Funktion des Transplantationsbeauftragten auf mehrere Ärzte möglich ist.

Änderungsvorschlag:

Ggf. Ergänzung der Überschrift von „§ 9b Transplantationsbeauftragte“ um „Bestellung, Aufgaben, Freistellung und Landesrecht“

Änderungsvorschlag von § 9b Abs. 3 Satz 3:

In Entnahmekrankenhäusern, die Transplantationszentren nach § 10 Abs. 1 sind, beträgt die Summe aller anteilig freigestellten Transplantationsbeauftragten mindestens 1 Stelle.

Änderungsvorschlag in § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4:

Der Vertrag regelt insbesondere

...

- b) des Ersatzes der Aufwendungen der Entnahmekrankenhäuser für die Freistellung der Transplantationsbeauftragten auf der Grundlage des § 9b Absatz 3 einschließlich der Finanzierung der Kosten für fachspezifische Fort- und Weiterbildungen gemäß § 9b Abs. 1 Satz 6 Nr. 5 und des Nachweises für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel und ..*

III. Weiterer Handlungsbedarf

1) Beteiligung der Krankenhäuser der Maximalversorgung an Unterstützungsleistungen der Koordinierungsstelle (§ 11):

Bereits nach der derzeitigen Gesetzeslage und dem DSO-Vertrag hat die Koordinierungsstelle die Aufgabe, Entnahmekrankenhäuser auf deren Anforderung

bei „organprotektiven Intensivmaßnahmen nach dem festgestellten Hirntod“ zu unterstützen.

Analog zu den Vorschläge zu neurologischen Konsiliardiensten (vgl. unter II.2 oben) regt der VUD an, dass die Koordinierungsstelle zukünftig bei ihrem Unterstützungsangebot „organprotektiven Intensivmaßnahmen nach festgestelltem Hirntod“ nicht nur auf ihre eigenen DSO-Koordinatoren, sondern auch auf Mitarbeiter der Krankenhäuser der Maximalversorgung zurückgreifen können soll.

Empfehlung (zu § 11 Koordinierungsstelle):

Die Koordinierungsstelle ist aufgefordert, bei ihrem Unterstützungsangebot „organprotektive Intensivmaßnahmen nach festgestelltem Hirntod“ die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern der Maximalversorgung modellhaft zu erproben. Hierfür soll die DSO mit den Krankenhäusern der Maximalversorgung Vereinbarungen schließen können, damit diese Krankenhäuser Ärzte für diese Leistungen in kleinere Entnahmekrankenhäuser entsenden können.

2) Begriff „Transplantationsbeauftragter“

Der Begriff „Transplantationsbeauftragte“ ist irreführend und führt in der klinischen Praxis immer wieder zu Missverständnissen. Daher regt der VUD an zu prüfenden Begriff „*Transplantationsbeauftragte/r*“ durch den Begriff „*Organspendebeauftragte/r*“ zu ersetzen. Die Zuständigkeit des „Transplantationsbeauftragten“ endet spätestens mit der Organentnahme und betrifft nie die Organübertragung („Transplantation“). Dies würde verdeutlichen, dass der „Transplantationsbeauftragte“ keine Aufgabe bei der Organtransplantation hat, sondern die Aufgabe, die Organspende zu begleiten bzw. zu fördern.

Änderungsvorschlag:

Das Wort „*Transplantationsbeauftragte/r*“ wird in [*allen Textstellen im TPG*] durch das Wort „*Organspendebeauftragte/r*“ ersetzt.

3) Begriff „Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung“

Der Begriff „*Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung*“ ist aus medizinischer Sicht nicht korrekt. Er sollte durch den Begriff „Todesfälle aufgrund primärer oder sekundärer Hirnschädigung“ ersetzt werden.

Änderungsvorschlag:

Die Worte „*Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung*“ werden in [*allen Gesetzestextstellen im TPG*] durch die Worte „Todesfälle aufgrund primärer oder sekundärer Hirnschädigung“ ersetzt.