

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT



# Stellungnahme

zum Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

eines

Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes -  
Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende  
und weitere Änderungen



Diskutieren, entscheiden, handeln.

## Allgemeine Bewertung

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes - Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weiterer Änderungen wird das Ziel verfolgt, die Situation von Patientinnen und Patienten, die eine Nierentransplantation benötigen, zu verbessern. Die Krankenhäuser unterstützen dieses Vorhaben und begrüßen die grundlegenden Vorschläge des Referentenentwurfes.

### Verbesserung der Situation der Patientinnen und Patienten

Die Situation von Patientinnen und Patienten, die auf eine Nierentransplantation in Deutschland warten, ist seit vielen Jahren problematisch. Auf Grund der geringen Zahl zur Verfügung stehender postmortaler Nierenspenden übersteigt die Anzahl der auf der Warteliste stehenden Patientinnen und Patienten die Anzahl der zur Verfügung stehenden Organe bei weitem, so dass Patientinnen und Patienten meist mehrere Jahre auf ein passendes Organangebot warten müssen. Die Lebendspende, die bereits seit mehr als 25 Jahren in Deutschland möglich ist, war für viele Betroffene ein Weg, eine Nierentransplantation zu erhalten und so ihre Gesundheit und Lebensqualität deutlich zu verbessern. Eine Grundvoraussetzung der Lebendspende ist der bestmögliche Spenderschutz, da bisher gesunden Personen ein Organ entnommen wird. Die Lebendspende ist innerhalb der Transplantationsmedizin in Deutschland ein etabliertes Verfahren, das jedoch infolge der bisherigen gesetzlichen Vorgaben nur in sehr eingeschränkten Fällen möglich ist. Grund hierfür sind insbesondere das Subsidiaritätsprinzip nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG und die Beschränkung der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder anderen Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen (§ 8 Absatz 1 Satz 2 TPG).

Durch den vorliegenden Referentenentwurf werden der Kreis der Organspenderinnen und -spender sowie der Kreis der Organempfängerinnen und -empfänger erweitert. Sowohl die Aufgabe des Subsidiaritätsprinzips als auch die Ermöglichung einer Überkreuzlebendnierenspende können schwerkranken Menschen helfen. Der Aufbau eines deutschlandweiten Programmes für Überkreuzlebendnierenspenden ist daher sinnvoll und kann zur Gesundheit und Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen.

### Spenderschutz hat höchste Priorität

Gleichzeitig ist ein umfassender Spenderschutz in gesundheitlicher und psychosozialer Hinsicht unabdingbar. Gesundheitliche Risiken bestehen nach einer Lebendspende auch bei bisher völlig gesunden Spendern. Daher begrüßen die Krankenhäuser die Erweiterung der Aufklärungspflichten sowie die verpflichtende psychosoziale Beratung und sorgfältige Evaluation der Lebendspenderinnen und -spender. Die Möglichkeit der Zurverfügungstellung einer Vertrauensperson im Sinne eines „donor advocate“ zur Unterstützung und Beratung der Spenderinnen und Spender stellt eine sinnvolle

Maßnahme dar. An dieser Stelle muss zwingend eine kostendeckende Finanzierung der Maßnahmen zum Spenderschutz durch eine entsprechende Vergütung erfolgen.

Da den Lebendspendekommissionen im Prozess der Überkreuzlebendnierenspende für den Spenderschutz und damit für den Erfolg des deutschlandweiten Programmes für Überkreuzlebendnierenspenden besondere Bedeutung zukommt, sollten die Zusammensetzung der Lebendspendekommissionen sowie die Verfahrensweisen noch weiter ausdifferenziert und konkreter bundeseinheitlich geregelt werden. Die bundeseinheitliche Festlegung zentraler Verfahrenselemente der Lebendspendekommissionen bedeutet für alle Verfahrensbeteiligte mehr Sicherheit.

Kritisch ist zudem, insbesondere im Hinblick auf den Spenderschutz, die Möglichkeit von Ärztinnen und Ärzten zu bewerten, sich sowohl über die Empfehlungen der verpflichtenden psychosozialen Beratung als auch über die Empfehlungen bzw. Entscheidungen der Lebendspendekommission hinwegzusetzen. Allein die Forderung der Dokumentation einer nachvollziehbaren Begründung ist unzureichend, da hiermit die zu Recht aufgestellten hohen Schutzmaßnahmen für die Spenderinnen und Spender in höchst problematischer Weise abgeschwächt werden. In diesem Bereich tätige Ärztinnen und Ärzte haben potentielle Interessenkonflikte. Diese Ausnahmeregelung lehnen die Krankenhäuser daher ab. Stattdessen ist eine Regelung zur Verbindlichkeit der Empfehlungen der psychosozialen Beratung und Evaluation sowie der Lebendspendekommissionen zwingend erforderlich. Grundprinzip muss sein, dass signifikante Zweifel in Bezug auf die Geeignetheit einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders handlungsleitend sind.

### Aufgaben der Transplantationszentren

Im Referentenentwurf werden den Transplantationszentren im Bereich der Überkreuzlebendnierenspende neue Aufgaben zugeordnet. Hierzu gehört die Zusammenarbeit mit anderen Transplantationszentren in der Organisation der Lebendnierenspenden, um eine zeitgleiche Organentnahme zu gewährleisten. Der Transport der gespendeten Organe wird dem Referentenentwurf zufolge ebenfalls von den Transplantationszentren zu organisieren sein. Hier kann die Koordinierungsstelle auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit den Zentren unterstützen. Diese Regelung ist unzureichend. Eine Zusammenarbeit der beteiligten Transplantationszentren ist zwar wichtig, gleichwohl ist eine externe, verantwortliche Koordination durch die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG für den Erfolg des Programmes von entscheidender Bedeutung. Diese Koordination muss die zentrale Organisation der Terminierung und Durchführung der Organentnahmen sowie des Transportes umfassen. Dies bedeutet eine Erweiterung des bestehenden Vertrages nach § 11 TPG. Eine zentrale Aufgabe der Koordinierungsstelle wird die Gewährleistung der Zeitgleichheit der Prozesse der Organentnahme sein.

## Gewebeeinrichtungen unmittelbar an das Organ- und Gewebespender-Register anbinden

Die Krankenhäuser begrüßen, dass die für die Gewebespender maßgeblichen Gewebeeinrichtungen unmittelbar und unabhängig von Krankenhäusern an das Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespender angebunden werden sollen. Positiv zu bewerten ist in diesem Zusammenhang, dass auch benannte Ärztinnen und Ärzte außerhalb von Krankenhäusern Zugriff erhalten können. Damit wird den Unterschieden in den Voraussetzungen, den Rahmenbedingungen und der geübten Praxis von Organ- und Gewebespender sowie neben der klinischen Gewebespender auch der außerklinischen Gewebespender Rechnung getragen. Für Krankenhäuser und Gewebeeinrichtungen ist dabei die Handlungssicherheit im Spenderprozess und damit auch der sichere Zugriff auf das Register im Akutprozess von zentraler Bedeutung. Insofern ist beim Betrieb des Registers und der Verwaltung der Zugriffsberechtigungen auch sicherzustellen, dass Anbindung und Zugriffsberechtigung bestehen bleiben, solange das Krankenhaus bzw. die Gewebeeinrichtung als Entnahmekrankenhaus oder bestimmte Gewebeeinrichtung eine der notwendigen Voraussetzungen dafür erfüllt.

## Detailbewertung einzelner Maßnahmen

### Begriff „Überkreuzlebendniere spende“

Im vorliegenden Referentenentwurf wird unter Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a mit der neu einzuführenden Nummer 10 des § 1a TPG die Begrifflichkeit der Überkreuzlebendniere spende eingeführt. Dies soll eine begriffliche Abgrenzung zur Lebendniere spende im Näheverhältnis darstellen. Implizit sind, den Erläuterungen zufolge, auch Kombinationen mehrerer Paare im Sinne einer Ring- oder Kettenspende zu verstehen. Dies entspricht jedoch nicht der intuitiven Auffassung des Begriffes „Überkreuzlebendniere spende“, der die Beteiligung nur zweier Paare („über Kreuz“) nahelegt. Eine Anpassung der Definition dieses Begriffes, die Lebendniere spenden unter Beteiligung von zwei oder mehr inkompatiblen Organspendepaaren umfasst, sollte zwingend erfolgen, so dass ein explizites und umfassendes Verständnis ermöglicht wird.

### Aufhebung des Subsidiaritätsprinzips und Erweiterung des Spenderkreises

Durch Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b) Unterbuchstabe ddd) des Referentenentwurfes ist eine Aufhebung des § 8 Abs 1 Nr. 3 TPG vorgesehen. Hierdurch entfällt das Subsidiaritätsprinzip. Demnach muss vor einer Lebendspende nicht mehr geprüft werden, ob ein postmortales Organ zur Verfügung steht. Das bedeutet, dass Betroffene nicht mehr auf der Warteliste für Organtransplantationen aufgenommen werden müssen. Da den Richtlinien der Bundesärztekammer zufolge eine Aufnahme in die Warteliste für Nierenspenden erst bei drohender oder bereits bestehender Dialysepflichtigkeit statthaft ist, bedeutet dies bisher, dass eine die Dialyse vorbeugende, sogenannte präemptive Nierentransplantation durch eine Lebendspende, nicht möglich war. Aus medizinischer Sicht ist eine präemptive Transplantation einer Dialyse mit den dadurch bestehenden Komplikationen und Gefahren von Langzeitschäden vorzuziehen. Gesundheitliche Spätschäden können so vermieden werden. Die Krankenhäuser begrüßen daher ausdrücklich die Aufhebung des Subsidiaritätsprinzips für alle Lebendspenden.

Der vorliegende Referentenentwurf erweitert den Kreis möglicher Lebendniere spenden durch Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe c). Ausgangspunkt, auch bei Überkreuzlebendniere spenden, bleibt weiterhin ein Organspendepaar, das sich nach § 8 Abs. 1 Satz 2 in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen muss. Die Beibehaltung der persönlichen Verbundenheit erachten die Krankenhäuser aus Gründen des Spenderschutzes und des Schutzes vor Missbrauch als sehr wichtig. Dem Referentenentwurf zufolge nehmen nur Paare, bei denen auf Grund medizinischer Bedingungen keine Lebendspende zwischen dem Paar möglich ist, an Überkreuzlebendniere spenden teil.

### Aufklärung der Lebendspenderinnen und -spender

Die Voraussetzung einer Lebendspende ist eine umfassende und vollständige Aufklärung der Spenderin oder des Spenders. Nur durch eine adäquate Aufklärung sowohl über medizinische und

psychosoziale Risiken, die Notwendigkeit der Nachbehandlung als auch über versicherungsrechtliche Fragestellung kann der einzelne in die Lage versetzt werden, eine Entscheidung zu treffen. Die Verankerung der Ausgestaltung und der Inhalte des Aufklärungsgespräches im TPG (nach Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe d) werden daher begrüßt.

In Artikel 1 Nummer 6 wird in der Aufzählung der verpflichtenden Aufklärungsinhalte unter Nummer 7 die Aufklärung über sonstige Umstände, denen die Spenderin oder der Spender erkennbar eine Bedeutung für die Spende beimisst, aufgeführt. Hierbei bleibt unklar, wann genau von einer „Erkennbarkeit“ auszugehen ist. Auch die Gesetzesbegründung führt dies nicht näher aus, so dass Raum für Interpretationen bleibt. Es ist sinnvoll, festzulegen, dass alle Belange, die die Spenderin oder der Spender anspricht oder denen sie oder er deutlich erkennbar Bedeutung beimisst, Gegenstand der ärztlichen Aufklärung sind. Aus diesem Grund hat eine Konkretisierung zu erfolgen.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe d): § 8 Abs. 2 Nr. 7 TPG

„7. die Alternativen zur Lebendspende und die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organ- oder Gewebeübertragung, das Risiko des Transplantatverlusts und die kurz- und langfristigen Folgen der Organ- oder Gewebeübertragung für den Empfänger sowie über sonstige Umstände, die der Spender anspricht oder denen er auf andere Weise für den Arzt erkennbar eine Bedeutung für die Spende beimisst ~~denen der Spender erkennbar eine Bedeutung für die Spende beimisst,~~ und über“

## Spenderschutz und psychosoziale Beratung/Evaluation

Die Lebendspende bewegt sich im Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Spenderinnen und Spender auf der einen Seite und der Möglichkeit einer deutlichen Verbesserung der Gesundheit, in einigen Fällen sogar Heilung, Schwerkranker auf der anderen Seite. Die Lebendspende ist zwar für die Empfängerin oder den Empfänger ein potenzieller Heileingriff, jedoch nicht für Spenderin oder Spender. Für diese Personen ist sie vielmehr mit Risiken verbunden, die dem ethischen Grundsatz *primum non nocere* entgegenstehen. Eine Grundvoraussetzung ist daher der bestmögliche Spenderschutz in gesundheitlicher und psychosozialer Hinsicht. Es ist das Risiko einer nicht selbstbestimmten Entscheidungsfindung zur Lebendspende und das Risiko des Missbrauches zu minimieren. Gesundheitliche Risiken bestehen nach einer Lebendspende auch bei bisher völlig gesunden Spenderinnen und Spendern. Die Krankenhäuser messen daher dem Spenderschutz eine herausragende Bedeutung zu.

Ein wichtiger Baustein des Spenderschutzes ist die neu eingeführte, verpflichtende psychosoziale Evaluation, die zum einen die psychosoziale Gesundheit der Spenderinnen und Spender beurteilen, zum anderen aber auch individuelle Risiken in diesem Bereich identifizieren soll. Die im Referentenentwurf genannte Unabhängigkeit und Professionalität begrüßen die Krankenhäuser, da ohne diese nicht nur etwaige psychische Erkrankungen, sondern auch Selbstbestimmtheit und

Freiwilligkeit, Informiertheit, Motivation und mögliche bestehende Abhängigkeitsverhältnisse jedweder Art nur schwer beurteilt werden können. Der Referentenentwurf betont zu Recht die Notwendigkeit der psychosozialen Evaluation und Beratung, der Schutzcharakter beigemessen wird. Diesem widerspricht jedoch, dass das Ergebnis dieser Evaluation weder entscheidend für die Eignung als Lebendspenderin oder Lebendspender (Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b) Unterbuchstabe aa) bbb) noch bindend ist (Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe bb). In der Begründung zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b) Unterbuchstabe aa) bbb) wird als ein Ziel der psychosozialen Beratung und Evaluation die Identifikation von vorliegenden Beeinträchtigungen in diesem Bereich, die einen Ausschluss von der Spende erfordern, benannt. Dieses Ziel, das den Schutzcharakter dieser Bestimmung verdeutlicht, wird mit der nach Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe bb) gegebenen Möglichkeit der Ärztinnen und Ärzte, auch entgegen den Empfehlungen dieser Evaluation eine Nierenentnahme bei nachvollziehbar dokumentierten Gründen vorzunehmen, entgegengewirkt. Ärztinnen und Ärzte, die in diesem Bereich tätig sind, können stark einwirkende Interessenkonflikte haben, die dieser Regelung eindeutig entgegenstehen. Diese Regelung ist zwingend zu streichen.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b) Unterbuchstabe bb): § 8 Abs.1 TPG

„Der verantwortliche Arzt ist verpflichtet, eine Spenderakte zu führen und das Vorliegen der Voraussetzungen nach den Sätzen 1 und 2 oder nach Absatz 1a in der Spenderakte zu dokumentieren. ~~Beabsichtigt der verantwortliche Arzt die Entnahme eines Organs, obwohl die in Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d) genannte psychosoziale Evaluation ergeben hat, dass der Spender psychosozial nicht als Spender eines Organs geeignet ist, ist dies von dem verantwortlichen Arzt vor der Entnahme des Organs schriftlich oder elektronisch durch Eintrag in der Spenderakte zu begründen.“~~

Durch die Einführung einer verpflichtenden psychosozialen Beratung und Evaluation, die von den Transplantationszentren zu verantworten ist, entstehen den Transplantationszentren weitere Kosten. Die bisherige Praxis einer entsprechenden Beratung in den Transplantationszentren, die durch den Referentenentwurf erweitert und verpflichtend wird, erfolgte bisher ohne eine ausreichende Gegenfinanzierung. Diese Kosten müssen vollständig durch eine ausreichende, für die Transplantationszentren kostendeckende Erhöhung der anzuwendenden Fallpauschalen abgeglichen werden. Gegebenenfalls ist, zumindest übergangsweise, auch eine Finanzierung über Zuschläge denkbar, insbesondere bevor die Erhöhung der Fallpauschalen für die Transplantationszentren wirksam wird.

### Lebendspendekommissionen

Die von den Ländern einzurichtenden Lebendspendekommissionen nehmen eine entscheidende Funktion im Prozess der Überkreuzlebendniere spende wahr. Durch ihre gutachterliche Aufgabe, das Vorliegen von Anhaltspunkten für eine fehlende Freiwilligkeit oder Selbstbestimmtheit bei der

Einwilligung in die Lebendspende oder für einen verbotenen Organhandel zu beurteilen, stellen die Lebendspendekommissionen einen grundlegenden Schutzmechanismus für die Spenderinnen und Spender dar. Die Krankenhäuser begrüßen daher die Aufnahme grundsätzlicher Regelungen hierzu in das TPG und halten eine weitere, bundeseinheitliche Ausgestaltung für wichtig.

Auf Grund der Bedeutung ihrer Aufgaben müssen Lebendspendekommissionen ausreichend in Menge und Qualifikation besetzt sein. Der Referentenentwurf sieht bereits die Angehörigkeit einer Ärztin oder eines Arztes, die bzw. der nicht an Organentnahmen oder Transplantationen beteiligt ist, einer Person mit Befähigung zum Richteramt sowie einer psychologisch oder psychotherapeutisch qualifizierten Person vor. Dies umfasst die wichtigsten zu beteiligenden Gruppen. Dennoch sollte die Besetzung der Lebendspendekommissionen darüber hinaus noch weitere Mitglieder haben, die nicht zwingend über die oben genannten Qualifikationen verfügen müssen. Um ein sorgfältiges Abwägen aller Belange sowie eine fundierte Beschlussfassung der Lebendspendekommission zu ermöglichen, erscheint eine Mitgliederzahl von sieben oder mehr erforderlich.

Die Beschlussfassung der Lebendspendekommission soll nach § 8a Abs 3 TPG (neu) einstimmig gefasst werden. Sollte dies nicht erzielt werden können, erfolgt die Stellungnahme mit Stimmenmehrheit, Abweichungen sind in der Stellungnahme darzulegen. Auf Grund der Wichtigkeit der Lebendspendekommissionen im Spenderschutz erscheint im Zweifelsfall eine einfache Stimmenmehrheit zu gering, um dem gesetzgeberischen Ziel des Schutzes vulnerabler Personen genüge zu leisten. Grundprinzip muss sein, dass signifikante Zweifel in Bezug auf die Geeignetheit einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders handlungsleitend sind.

Um das in der Begründung des Referentenentwurfes genannte Ziel eines bundeseinheitlichen Verfahrensstandard zu erreichen, sollte der Gesetzgeber darüber hinaus weitere Regelungen bezüglich des Verfahrens der Lebendspendekommissionen treffen oder aber diese ermächtigen, sich eine entsprechende Satzung zu geben.

Im Widerspruch zum Schutzcharakter dieser Bestimmung steht weiterhin die nach Artikel 1 Nummer 7 statthafte Möglichkeit der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes des Transplantationszentrums, trotz des gegenteiligen Votums der Lebendspendekommission eine Organentnahme vorzunehmen. Diese Regelung konterkariert die vom Gesetzgeber intendierte Funktion der Lebendspendekommissionen als Schutz der Spenderinnen und Spender vor verbotenen Handel nach § 17 TPG sowie einer bei fehlender Selbstbestimmtheit bzw. Freiwilligkeit erfolgten Organspende. Die Regelung ist daher zwingend zu streichen.

#### Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 7: § 8a – neu -TPG

„(3) Die Lebendspendekommission soll bei der Beschlussfassung über die gutachtliche Stellungnahme eine einstimmige Entscheidung anstreben. Wird keine einstimmige Entscheidung erzielt, beschließt die Lebendspendekommission die Empfehlung für eine Lebendspende mit einer Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen. ~~die gutachtliche Stellungnahme mit Stimmenmehrheit.~~ Abweichende Voten sind in der gutachtlichen Stellungnahme darzulegen. Die gutachtliche

~~Stellungnahme ist schriftlich abzugeben und zu begründen und dem antragstellenden Arzt sowie dem Spender bekannt zu geben. Beabsichtigt der verantwortliche Arzt des Transplantationszentrums, in dem das Organ entnommen werden soll, die Entnahme des Organs, obwohl die Lebendspendekommission in ihrer gutachtlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen ist, dass in Absatz 1 Satz 1 genannte begründete tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen, ist dies von dem Arzt vor der Entnahme des Organs durch Eintrag in die Spenderakte schriftlich oder elektronisch nachvollziehbar zu begründen.~~

(4) Der Lebendspendekommission müssen mindestens sieben Personen, davon mindestens ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, mindestens eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und mindestens eine psychologisch oder psychotherapeutisch qualifizierte Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung und Finanzierung der Lebendspendekommission sowie zum weiteren Verfahren zur Erstellung der gutachtlichen Stellungnahme wird durch Landesrecht bestimmt“

### Aufgaben der Transplantationszentren und der Koordinierungsstelle

Der Referentenentwurf regelt unter Artikel 1 Nummer 14 die Aufgaben der Transplantationszentren in Bezug auf die Überkreuzlebendniere spende. Diese unterscheiden sich in wichtigen Punkten vom Verfahren bei Lebendspenden im Näheverhältnis.

Die Krankenhäuser begrüßen die Einführung einer Vertrauensperson entsprechend Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe g) im Sinne eines „donor advocate“, der den Spenderinnen und Spendern in vielerlei Hinsicht zur Seite stehen soll. Eine Vertrauensperson als begleitende Ansprechpartnerin oder begleitender Ansprechpartner kann für diese vulnerable Gruppe eine wichtige Hilfestellung in der Entscheidungsfindung und in den anschließenden Prozessen sein. Sie kann daher auch bezogen auf den Spenderschutz eine wichtige Funktion einnehmen. Hierfür sind die Transplantationszentren verpflichtet, entsprechend qualifiziertes und erfahrenes Personal zu bestellen. Dies führt für die Transplantationszentren zu einem deutlichen Mehraufwand, der vollständig finanziell vergütet werden muss. Der auf S. 40 des Referentenentwurfes angegebene, durchschnittliche zeitliche Aufwand von 480 Minuten erscheint deutlich zu niedrig, ebenso die daraus resultierende Gesamtsumme von ca. 331.000 Euro. Es ist unerlässlich, dass eine Anpassung der entsprechenden Fallpauschalen erfolgt, die den Transplantationszentren ein kostendeckendes Arbeiten ermöglicht.

Nach Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a) kann auch im Falle einer Lebendorganspende, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen, eine Aufnahme der Betroffenen in die Warteliste für die Vermittlung postmortalen Organe erfolgen. Dies ist sinnvoll, da hiermit für die Betroffenen gegebenenfalls die bestmögliche Versorgung erzielt werden kann.

Die Aufgaben der Transplantationszentren werden, wenn sie Überkreuzlebendniere spenden durchführen, entsprechend Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe d) erweitert. Eine enge Zusammenarbeit der Transplantationszentren ist selbstverständlich. Da eine zentrale Allokation auch bei der

Überkreuzlebensnierenspende vergleichbar der Allokation der postmortalen Spenden geplant ist, müssen die Transplantationszentren die dafür notwendigen Daten erheben, übermitteln sowie gegebenenfalls über einer Annahme eines Organangebotes entscheiden.

Dem Referentenentwurf zufolge ist auf Grund des immanenten Risikos eines Transplantatverlustes oder weiterer nicht vorhersehbarer Umstände, die eine erfolgreiche Transplantation verhindern, eine „möglichst zeitgleiche Entnahme“ der Nierenspenden aller einbezogenen Lebendspenderinnen und Lebendspender notwendig. Wie in der Begründung des Referentenentwurfes zu Recht vermerkt, besteht bei Überkreuzlebensnierenspenden ein immanentes Risiko eines Transplantatverlustes, das mit einer größeren Zeitspanne zwischen den jeweiligen Entnahmeeingriffen zunimmt. Darüber hinaus besteht auch das Risiko, dass unvorhersehbare Umstände eine der Lebendspenden verhindern und in diesem Fall die Lebendspenden aller Beteiligten abgebrochen werden müssen. Daher sollte das Ziel sein, jeweils die Einleitung der Narkose bzw. den Beginn des operativen Eingriffes zur Entnahme des Organes tatsächlich gleichzeitig durchzuführen. Die Entnahme des Organes der einen Lebendspenderin oder des einen Lebendspender vor Einleitung der Narkose einer anderen beteiligten Lebendspenderin oder eines anderen beteiligten Lebendspender ist zu verhindern, um das Spendeprinzip abzusichern. Der Begriff „möglichst zeitgleich“ ist hierfür zu ungenau und sollte auf „zeitgleich“ geändert werden.

Die Verantwortung der Organisation der Entnahmen, den Transport der Transplantate in die jeweiligen Zentren sowie die Übertragung liegt dabei nach Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe d) in der gemeinsamen Verantwortung der beteiligten Transplantationszentren. Die Koordination dieser Aufgaben sowie die Logistik für die notwendigen Transporte sind besonders anspruchsvoll. Insbesondere für den Organtransport besitzt die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG bereits entsprechende Expertise. Folgerichtig ermöglicht der Referentenentwurf eine Kooperation der jeweiligen Transplantationszentren mit der Koordinierungsstelle, ohne dies verpflichtend zu regeln. Dadurch besteht die Gefahr eines „Flickenteppiches“ durch unterschiedliche Vertragswerke, die eine geordnete Logistik behindern würde. Weiterhin besitzt die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG auch Erfahrung in der Organisation und Koordination zeitnaher Organentnahmen und anschließender Transplantationen. Daher sollte auch im Bereich der Überkreuzlebensnierenspende die Koordinierungsstelle zur Organisation der Organentnahmen und des Transportes sowie gemeinsam mit den Transplantationszentren der Transplantationen verpflichtet werden. Hierzu ist eine Anpassung des Vertrages nach § 11 Abs 2 TPG zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Koordinierungsstelle notwendig.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe d): § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 – neu TPG

„soweit sie Überkreuzlebensnierenspenden oder nicht gerichtete anonyme Nierenspenden durchführen, bei diesen

a) mit den anderen Transplantationszentren zusammenzuarbeiten, die Überkreuzlebensnierenspenden oder nicht gerichtete anonyme Nierenspenden durchführen,

b) über die Annahme eines inkompatiblen Organspendepaars oder über die Annahme eines Spenders einer nicht gerichteten anonymen Nierenspende zu entscheiden und die für die Organvermittlung nach § 12 Absatz 3 oder Absatz 3a erforderlichen Angaben zu erheben,

c) die auf Grund des § 12 Absatz 3a getroffenen Regelungen zur Organvermittlung einzuhalten,

d) nach einer Vermittlungsentscheidung bei Organisation der Entnahme, des Transportes und der Übertragung der Nieren zusammen zu arbeiten und die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG bei Organisation der Entnahme, des ~~den~~ Transportes und der Übertragung der Nieren zu unterstützen. ~~und die~~ Die Entnahme und Übertragung der Nieren ist vom jeweiligen Transplantationszentrum durchzuführen. ~~gemeinschaftlich zu organisieren und durchzuführen und dabei~~ Dabei ist sicherzustellen, dass die Entnahme der Nieren ~~möglichst~~ <sup>möglichst</sup> zeitgleich und in der Regel in dem jeweiligen Transplantationszentrum, in dem der Spender für eine Überkreuzlebendnierenspende oder für eine nicht gerichtete anonyme Nierenspende angenommen worden ist, erfolgt und die Übertragung in dem jeweiligen Transplantationszentrum, in dem der Empfänger für eine Überkreuzlebendnierenspende angenommen oder in die Warteliste aufgenommen worden ist, durchgeführt wird,“

In Verbindung mit Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 15 Buchstabe a): § 11 Absatz 4a – neu - TPG

„Die Koordinierungsstelle ~~kann~~ unterstützt die Transplantationszentren auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen nach § 11 Abs 2 ~~mit den jeweiligen Transplantationszentren~~ bei der Vorbereitung und Durchführung der Überkreuzlebendnierenspende ~~Lebendorganspende, insbesondere bei der Durchführung des Transports der entnommenen Organe, unterstützen.~~ Die Koordinierungsstelle organisiert den Transport der Organe unter Beachtung der Vorgaben der nach § 11 Abs 1a zu erstellenden Verfahrensordnung.“

In Verbindung mit Änderungsvorschlag § 11 Abs 2 TPG

Nach § 11 Abs 2 Nr. 4 TPG werden folgende Nr. 5 und 6 neu eingefügt:

„5. die Unterstützung der Transplantationszentren bei Vorbereitung und Durchführung der Überkreuzlebendnierenspende

6. den Transport der Organe bei einer Überkreuzlebendnierenspende“

Die bisherige Nummer 5 wird zur Nummer 7.

## Vermittlungsstelle und Bedingungen für die Vermittlung von Nieren

Zum Aufbau eines Programmes für Überkreuzlebensnierenspenden bedarf es, wie im Referentenentwurf nach Artikel 1 Nummer 16 vorgesehen, einer zentralen Vermittlungsstelle. Die Krankenhäuser bevorzugen hier die Beauftragung der schon für postmortale Spenden bestehenden Vermittlungsstelle, da so bereits auf bestehende Strukturen und Datenmeldewege zurückgegriffen werden kann. Zusätzlich besitzt die aktuell nach § 12 TPG als Vermittlungsstelle tätige Stiftung Eurotransplant ausreichende Expertise und Kompetenz, um diese Aufgabe zu übernehmen.

Nach Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe e) soll die Vermittlung nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, erfolgen. Wenn für die Transplantation einer Niere mehrere Empfängerinnen oder Empfänger in Frage kommen, ist die Niere an diejenige Empfängerin oder denjenigen Empfänger zu vermitteln, der nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit, die beste Übereinstimmung aufweist. Hierbei ist anzumerken, dass Erfolgsaussicht und Dringlichkeit zwei sich oft entgegenstehende Ziele sind. So kann eine Nierentransplantation auf Grund des Zustandes der Patientin oder des Patienten dringlich geboten sein, jedoch beinhaltet dies nicht zwangsläufig eine hohe Erfolgsaussicht. Diese könnte wiederum bei einer anderen Empfängerin oder einem anderen Empfänger bestehen, ohne dass eine entsprechende Dringlichkeit aus medizinischen Gründen vorliegt. An dieser Stelle könnte eine weitere Differenzierung oder aber in den Richtlinien verankerte Priorisierung hilfreich sein.

# Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3  
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail [dkg@mail.dkgev.de](mailto:dkg@mail.dkgev.de)

