

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT



# Stellungnahme

zum Entwurf der Bundesregierung

eines

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



Diskutieren, entscheiden, handeln.

## Allgemeine Bewertung

Mit dem vorliegenden Regierungsentwurf 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 Gesetzentwurfes.

### 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. Gründe hierfür sind insbesondere das Subsidiaritätsprinzip nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG, nach dem die Entnahme von Organen bei einer lebenden Person nur zulässig ist, wenn ein geeignetes Organ einer verstorbenen Spenderin oder eines verstorbenen Spenders zum Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht, 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 Gesetzentwurf werden der Kreis möglicher Organspenderinnen und -spender sowie der Kreis der Organempfängerinnen und -empfänger erweitert. Sowohl die Aufgabe des Subsidiaritätsprinzipes als auch die Ermöglichung einer Überkreuzlebendnierenspende unter Einbeziehung der nicht gerichteten anonymen Nierenspende 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 Spenderinnen und 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 Lebendspendebegleitperson 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 Überkreuzlebendniere spende für den Spenderschutz und damit für den Erfolg des deutschlandweiten Programmes für Überkreuzlebendniere spenden 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.

Es ist sehr zu begrüßen, dass gegenüber ursprünglichen Planungen nun keine Möglichkeit von Ärztinnen und Ärzten mehr besteht, sich sowohl über die Empfehlungen der verpflichtenden psychosozialen Beratung als auch über die Empfehlungen bzw. Entscheidungen der Lebendspendekommission hinweg zu setzen. Im Sinne des Schutzes der Lebendspenderinnen und Lebendspender sind die Regelungen zur Verbindlichkeit der Empfehlungen der psychosozialen Beratung und Evaluation sowie der Lebendspendekommissionen positiv zu bewerten. Grundprinzip muss sein, dass signifikante Zweifel in Bezug auf die Geeignetheit einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders handlungsleitend sind.

### Aufgaben der Transplantationszentren und der Koordinierungsstelle nach § 11 TPG

Im vorliegenden Gesetzentwurf werden den Transplantationszentren im Bereich der Überkreuzlebendniere spende neue Aufgaben zugeordnet. Hierzu gehört das gemeinschaftliche Organisieren der Entnahme und Transplantation der Nieren durch die Transplantationszentren, um eine möglichst zeitgleiche Organentnahme zu gewährleisten. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass der Transport der gespendeten Organe durch die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG zu organisieren ist.

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 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 „Überkreuzlebendnierenspende“

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird unter Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a mit der neu einzuführenden Nummer 10 des § 1a TPG die Begrifflichkeit der Überkreuzlebendnierenspende eingeführt. Dies soll eine begriffliche Abgrenzung zur Lebendnierenspende im Näheverhältnis darstellen. Hierunter 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 „Überkreuzlebendnierenspende“, der die Beteiligung nur zweier Paare („über Kreuz“) nahelegt. Eine Anpassung der Definition dieses Begriffes, die Lebendnierenspenden unter Beteiligung von zwei oder mehr inkompatiblen Organspendepaaren umfasst, sollte zwingend erfolgen, so dass ein explizites und umfassendes Verständnis ermöglicht wird.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a: § 1a ) Nummer 10 TPG

„10. ist Überkreuzlebendnierenspende die Entnahme von Nieren und ihre Übertragung unter Beteiligung von zwei oder mehr inkompatiblen Organspendepaaren, bei der

- a) jedem Spender eines beteiligten inkompatiblen Organspendepaares eine Niere entnommen wird, um sie auf einen Empfänger eines jeweils anderen beteiligten inkompatiblen Organspendepaars oder auf einen in die Warteliste aufgenommenen Patienten zu übertragen, und
- b) jedem Empfänger eines beteiligten inkompatiblen Organspendepaares eine Niere eines Spenders eines jeweils anderen beteiligten inkompatiblen Organspendepaares oder eine Niere aus einer nicht gerichteten anonymen Nierenspende übertragen wird;“

### Aufhebung des Subsidiaritätsprinzipes und Erweiterung des Spenderkreises

Mit Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe ddd) ist eine Aufhebung des § 8 Absatz 1 Nummer 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 Subsidiaritätsprinzipes für alle Lebendspenden.

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung erweitert den Kreis möglicher Lebendnierenspenden durch Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe c). Ausgangspunkt, auch bei Überkreuzlebendnierenspenden, soll auch weiterhin ein Organspenderpaar, das sich nach § 8 Absatz 1 Satz 2 in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen muss, bleiben. Die Beibehaltung der persönlichen Verbundenheit erachten die Krankenhäuser aus Gründen des Spenderschutzes und des Schutzes vor Missbrauch als sehr wichtig. Dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zufolge nehmen nur Paare, bei denen auf Grund medizinischer Bedingungen keine Lebendspende zwischen dem Paar möglich ist, an Überkreuzlebendnierenspenden 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 und die Notwendigkeit einer Nachbehandlung als auch über versicherungsrechtliche Fragestellungen kann der einzelne in die Lage versetzt werden, eine Entscheidung zu treffen. Die Verankerung der Ausgestaltung und der Inhalte des Aufklärungsgesprächs 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 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 Absatz 2 Nummer 7 TPG

„7. die Alternativen zur Lebendspende und die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organ- oder Gewebeübertragung, das Risiko des Transplantatverlustes 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. Folglich 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 Beratung und Evaluation, die zum einen die psychosoziale Gesundheit der Spenderinnen und Spender beurteilen, zum anderen aber auch individuelle Risiken in diesem Bereich identifizieren soll. Diese psychosoziale Beratung und Evaluation setzt sowohl eine hohe fachliche Berufsqualifikation als auch eine Unabhängigkeit der vornehmenden Person voraus. Daher ist die psychosoziale Beratung und Evaluation durch ärztliche und psychologische Fachkräfte mit einer spezifischen Aus- und Weiterbildung (Mental Health Professionals) durchzuführen, die nicht von den transplantationsmedizinischen Verantwortlichen beeinflusst werden oder aber zu diesem in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen dürfen. Sie sollen allein den Interessen der Spenderinnen und Spender verpflichtet sein. Die Krankenhäuser begrüßen diese im Gesetzentwurf genannte Unabhängigkeit und Professionalität, da ohne sie nicht nur etwaige psychische Erkrankungen, sondern auch Selbstbestimmtheit und Freiwilligkeit, Informiertheit, Motivation und mögliche bestehende Abhängigkeitsverhältnisse jedweder Art nur schwer beurteilt werden können.

Der Gesetzentwurf betont zu Recht die Notwendigkeit der psychosozialen Evaluation und Beratung, der Schutzcharakter beigemessen wird. In der Begründung zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe 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. Der zugehörigen Begründung ist zu entnehmen, dass eine Organentnahme entgegen dem Ergebnis der psychosozialen Evaluation unzulässig ist. Da die Eignung als Lebendspenderin oder Lebendspender sowie das Fehlen individueller Faktoren, die einer Spende entgegenstehen würden, das zentrale Ergebnis der psychosozialen Evaluation ist, ist es erforderlich, den bindenden Charakter des Beratungsergebnisses auch im Gesetzestext zu verankern. Zwar wäre bereits durch die in der Begründung festgehaltene Unzulässigkeit einer Organentnahme entgegen eines ablehnenden Ergebnisses der psychosozialen Evaluation diese nicht statthaft, dennoch verdeutlicht eine Formulierung dieses Umstandes im Gesetzestext noch einmal dessen Bedeutung. Dies hätte zudem eine präventive Bedeutung.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) bbb):  
§ 8 Absatz 1 TPG

„1. die Person

a) volljährig und einwilligungsfähig ist

- b) nach Absatz 2 Satz 1,2,3 und 6 aufgeklärt und nach Absatz 3 Satz 1 informiert worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat,
- c) nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das mit der Entnahme des Organs oder des Gewebes verbundene Operationsrisiko hinaus gefährdet und voraussichtlich nicht über die zu erwartenden unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird und
- d) im Fall der Entnahme eines Organes durch eine unabhängige sachverständige Person, die über eine psychosoziale oder psychotherapeutische Berufsqualifikation verfügt, umfassend psychosozial beraten und evaluiert worden ist und diese Evaluation keine einer Spende entgegenstehende Ergebnisse erbracht hat“

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 Gesetzentwurf der Bundesregierung 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 hinsichtlich der Anzahl an Personen und ihrer Qualifikation besetzt sein. Der Gesetzentwurf 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.

Um ihrer Aufgabe, dazu Stellung zu nehmen, ob Anhaltspunkte bestehen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder aber Hinweise auf verbotenes Handelstreiben vorliegen, gerecht zu werden, ist es wichtig, dass sich die Lebendspendekommission einen umfangreichen Eindruck von den Spenderinnen und Spendern, aber auch von den Empfängerinnen und Empfängern verschaffen kann. Die in § 8 Absatz 2 TPG (neu) geschaffene persönliche Anhörung der Spenderinnen und Spender und in der Regel auch der Empfängerinnen und Empfänger ist hierfür sinnvoll und daher ausdrücklich zu begrüßen.

Die Beschlussfassung der Lebendspendekommission soll nach § 8a Absatz 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 gerecht zu werden. Grundprinzip muss sein, dass signifikante Zweifel in Bezug auf die Geeignetheit einer Lebendspenderin oder eines Lebendspenders handlungsleitend sind.

Um das in der Begründung genannte Ziel eines bundeseinheitlichen Verfahrensstandards 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. Es muss verhindert werden, dass signifikant unterschiedliche Zusammensetzungen oder Abstimmungsregelungen der Lebendspendekommissionen zu unterschiedlichen Entscheidungen je nach Bundesland führen.

#### 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 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. Kommt mindestens ein Drittel der Mitglieder der die Lebendspendekommission in ihrer gutachterlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass in Absatz 1 Satz 1 genannte begründete tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen, darf das Organ nicht entnommen werden.

(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 Gesetzentwurf 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 Lebendspendebegleitperson 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 Lebendspendebegleitperson als begleitende Ansprechpartnerin oder begleitenden 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 im Gesetzentwurf unter der Nummer 4.2.1.3 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 Lebendorgan spende, bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen, eine Aufnahme der Betroffenen in die Warteliste für die Vermittlung postmortaler 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 Überkreuzlebendniere spende vergleichbar der Allokation der postmortalen Spenden geplant ist, müssen die Transplantationszentren die dafür notwendigen Daten erheben, übermitteln sowie gegebenenfalls über eine Annahme eines Organangebotes entscheiden.

Dem Gesetzentwurf zufolge ist auf Grund des immanenten Risikos eines Transplantatverlustes oder weiterer nicht vorhersehbarer Umstände, die eine erfolgreiche Transplantation verhindern, eine „quasi zeitgleiche Entnahme“ der Nierenspenden aller einbezogenen Lebendspendenderinnen und Lebendspender notwendig. Wie in der Begründung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung zu Recht vermerkt, besteht bei Überkreuzlebendniere spenden 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 unbedingt 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 Lebendspenders vor Einleitung der Narkose einer anderen beteiligten Lebendspenderin oder eines anderen beteiligten Lebendspenders ist zu verhindern, um das der Überkreuzlebensnierenpende zu Grunde liegende Prinzip der Gegenseitigkeit zu gewährleisten. Der Begriff „möglichst zeitgleich“ ist hierfür zu ungenau und sollte auf „zeitgleich“ geändert werden.

Bei einer Überkreuzlebenspende soll die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG den Organtransport übernehmen. Dieser Transport soll durch die Transplantationszentren veranlasst werden, die Details hierzu sollen nach Artikel 1 Nummer 15 durch den Vertrag nach § 11 Absatz 2 Satz 1 TPG geregelt werden. Diese Regelung erscheint auf Grund der anspruchsvollen Logistik dieser Aufgabe und der entsprechenden Expertise der Koordinierungsstelle nach § 11 TPG sinnvoll.

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 Überkreuzlebensnierenpende die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG zur „quasi zeitgleichen“ Organisation der Organentnahmen sowie gemeinsam mit den Transplantationszentren der Transplantationen verpflichtet werden. Hierzu ist eine Anpassung des Vertrages nach § 11 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 – neu TPG

„soweit sie Überkreuzlebensnierenpenden oder nicht gerichtete anonyme Nierenpenden durchführen, bei diesen

a) mit den anderen Transplantationszentren zusammenzuarbeiten, die Überkreuzlebensnierenpenden oder nicht gerichtete anonyme Nierenpenden durchführen,

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

c) im Fall einer Vermittlung einer Niere an einen in die Warteliste aufgenommenen Patienten nach § 12 Absatz 3a Satz 3 Nummer 2 oder Satz 4 die für die Organvermittlung nach § 12 Absatz 3 erforderlichen Angaben zu erheben,

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

e) nach einer Vermittlungsentscheidung die Durchführung des Transportes der Niere durch die Koordinierungsstelle zu veranlassen ~~die Entnahme und die Übertragung der Nieren gemeinschaftlich zu organisieren und durchzuführen und, bei Organisation der Entnahme und Übertragung der Nieren zusammen zu arbeiten und die Koordinierungsstelle nach § 11 TPG bei Organisation der Entnahme, des Transportes und der Übertragung der Nieren zu unterstützen. Die Entnahme und Übertragung der Nieren ist vom jeweiligen Transplantationszentrum durchzuführen. Dabei dabei ist~~

sicherzustellen, dass die Entnahme der Nieren ~~möglichst~~ 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

„(4a) Die Koordinierungsstelle führt bei einer Überkreuzlebendnierenspende oder einer nicht gerichteten anonymen Nierenspende den Transport der entnommenen Nieren durch. Sie unterstützt ~~kann~~ die Transplantationszentren auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit den jeweiligen Transplantationszentren darüber hinaus bei der Vorbereitung und zeitgleichen Durchführung der Lebendorganspende ~~unterstützen~~. Das Nähere ist durch den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertrag zu regeln.“

In Verbindung mit Änderungsvorschlag § 11 Absatz 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 Überkreuzlebendnierenspenden bedarf es, wie in Artikel 1 Nr. 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.

Durch Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe c) wird die Option eines perspektivischen internationalen Programmes für Überkreuzlebendnierenspenden in Anlehnung an den Austausch von postmortalen Organen im Eurotransplantverbund geschaffen. Dies ist zu begrüßen, da so die Wahrscheinlichkeit zueinander passende Organspenderpaare zu finden, vergrößert wird. Hierbei dürfen jedoch beim Spenderschutz keine Abstriche gemacht werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass auch bei der internationalen Vermittlung hohe Ansprüche hieran gestellt werden. Dies muss zwingend im Vertrag nach Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe f) festgehalten werden.

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)



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

