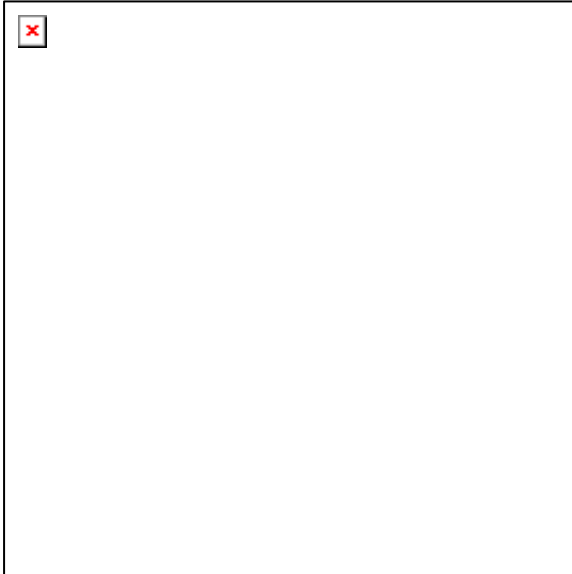
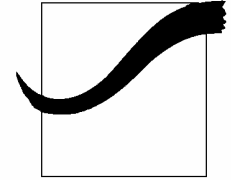




UNIVERSITÄT
REGENSBURG

KLINIKUM



Klinik für Anästhesiologie
Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93042 Regensburg

Klinik für Anästhesiologie
Prof. Dr. Thomas Bein

Telefon: (0941) 944-7801

Telefax: (0941) 944-7802

Zur Person:

Funktion: Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Regensburg.

Leiter der Operativen Intensivstation (30 Betten), welche alle verletzten und/oder operierten Patienten am Klinikum versorgt.

Transplantationsbeauftragter des Universitätsklinikums.

Forschungsschwerpunkte: Behandlung des akuten Lungenversagens – Entwicklung eines pumpenfreien, extrakorporalen Lungenersatzsystems – Einstellung und psychische Belastung des Personals von Intensivstationen bezüglich Hirntodfeststellung und Organspende.

Antwort auf den Fragenkatalog zur Sitzung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ am 14.03.2005

Punkt 1 Grundlagen

1.1 Gibt es Defizite im aktuellen Transplantationsgesetz und Mängel beim Gesetzesvollzug? Welches sind diese und was ist nachbesserungsbedürftig?

Aus dem Blickwinkel eines (Intensiv-)mediziners möchte ich zu den praktischen Auswirkungen im Arbeitsalltag Stellung nehmen und weniger auf mögliche rechtliche Defizite des Gesetzes abzielen. Bei zahllosen Gesprächen mit Patienten und Angehörigen fällt auf:

- a) das Verständnis um den Nutzen der Organspende in der Bevölkerung ist groß, die Transformation in Handeln ist zu gering, z. B. Abfassen einer klaren Willenserklärung oder Ausfüllen eines Organspendeausweises. Trotz einer hohen passiven Zustimmung von über 80 % besitzen nur ca. 10 % einen Organspendeausweis.
- b) Die erweiterte Zustimmungslösung erfordert von den Angehörigen in einer psychisch äußerst belastenden Situation, eine Entscheidung zu treffen, die der Verstorbene nicht einmal zu Lebzeiten getroffen hat. Dies überfordert die Angehörigen, so dass eine Bekundung des bekannten oder mutmaßlichen Willens des Verstorbenen in der Regel nicht möglich ist und im Zweifelsfall zu Ablehnungen führt. Diese Situation fordert und (gelegentlich) überfordert das Personal von Intensivstationen, welches einfühlsam und gleichzeitig „fordernd“ (Entscheidung bzgl. Organspende) mit den Angehörigen kommunizieren soll.
- c) Die unterschiedliche Beteiligung der Krankenhäuser auch innerhalb einer Versorgungsstufe zeigt, dass der Meldepflicht nicht adäquat nachgekommen wird. Im Gesetz ist jedoch keine „Belohnung“ der engagierten Krankenhäuser oder eine „Sanktionierung“ der nicht teilnehmenden Krankenhäuser vorgesehen.

1.2 Sind die bestehenden Ausführungsgesetze der Bundesländer überarbeitungsbedürftig, bzw. optimierbar? In welchen Bundesländern? Wie beurteilen Sie die Praxis der Länder, die keine Ausführungsgesetze haben?

Die Ausführungsgesetze der einzelnen Bundesländer sind mir im Detail nicht bekannt. Die Schaffung der Funktion eines Transplantationsbeauftragten pro Krankenhaus, der sich in „seiner“ Klinik um die Umsetzung der Organspende und die Durchführung der Hirntoddiagnostik kümmert, ist in Bayern vollzogen und legt eine Initialzuständigkeit fest. Diese Arbeit ist mit erheblicher – über die klinische Arbeit hinausgehender - Mehrarbeit verbunden. Die Unterstützung dieser Funktion durch Dritte (Verwaltung, Kollegen) ist in den einzelnen Krankenhäusern meiner Einschätzung nach sehr unterschiedlich. Eine effektive Arbeit des Beauftragten erfordert aber eine Berücksichtigung im Stellenschlüssel und die Anbindung als Stabsstelle bei der ärztlichen Direktion, damit auch interdisziplinäre Maßnahmen zur Förderung der Organspende ergriffen werden können. Ohne Zweifel ist es aus meiner Sicht sinnvoll und erforderlich, dass die Bundesländer über eine gemeinsame Institution, z.B. über die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister (GMK) zu einer einheitlichen, harmonisierten Ausführungsregelung gerade in einem derart sensiblen Gebiet, wie es die Organspende darstellt, kommen. Mit anderen Worten: Unterschiedliche Ausführungen in unterschiedlichen Bundesländern dürften nicht geeignet sein, um Irritationen in der Bevölkerung zu reduzieren.

1.3. Woran liegt es, dass Deutschland im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern ein geringeres Organspendeaufkommen pro 1 Million Einwohner hat?

1. Deutschland hat keine Widerspruchslösung.
2. Die in Deutschland für die Organspende bereitgestellten Mittel sind im internationalen Vergleich (USA, Spanien) zu gering.
3. Die Krankenhausstruktur in Deutschland ist „zergliedert“ (1400 Krankenhäuser mit Intensivstationen, in Spanien ca. 250.) Die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung entsprechender organisatorischer Maßnahmen in allen 1400 Krankenhäusern ist deutlich schwieriger, als in Schwerpunktkrankenhäusern.

1.4 Was sind die Gründe, dass das Spendeaufkommen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägt ist? Gibt es Erkenntnisse, dass dies mit einer unterschiedlichen (dokumentierten/ nur geäußerten) Organspendebereitschaft zusammenhängt?

- a) Über die Epidemiologie des Hirntodes in Deutschland ist nichts bekannt. So gibt es auch unterschiedliche Mortalitäten bei anderen Krankheitsbildern in einzelnen Bundesländern.
- b) Die Erfassung der reellen Ablehnungsquote ist schwierig und bisher nicht ausreichend erforscht, da wahrscheinlich nicht alle Gespräche die zur Ablehnung führen, auch der Deutschen Stiftung Organtransplantation gemeldet werden und dort dokumentiert werden können.
- c) Es ist zu vermuten, dass die Bereitschaft der zuständigen Landesbehörden, sich für die Organspende zu engagieren, unterschiedlich sein könnte.
- d) Die strukturellen Voraussetzungen (Größe des Bundeslandes, Entfernungen, Anzahl der Schwerpunktkrankenhäuser) dürfte sich auch auf das unterschiedliche Spendeaufkommen auswirken.
- e) Ob religiöse Schwerpunkte (Norddeutschland: evangelisch orientiert, Bayern/Baden-Württemberg: katholisch orientiert) einen Einfluss auf die Ablehnungsquote haben, wird vom Sachverständigen vermutet, da er bei Angehörigen aus der Oberpfalz gelegentlich mit religiösen Ressentiments (katholisches Dogma: „Auferstehung des Leibes“) konfrontiert wird

2. Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit

2.1 Welche Vorbehalte gegen die Organspende (Todeskriterium, Integrität des Körpers etc.) sind in der Bevölkerung vorhanden und wie kann man diese berücksichtigen bzw. entkräften? Gibt es dazu Erhebungen und Forschungen? Sind zusätzliche Erhebungen und Forschungen sinnvoll?

Zu dieser Fragestellung liegen wenige systematische Studien vor. In einer großen Befragung von über 7000 Rekruten in der Schweiz (Gross 2001) bezüglich ihrer Einstellung und ihres Wissens zur Organspende gaben 61 % der jungen Männer an, der Organspende positiv gegenüber zu stehen, 13 % lehnten ab und 26 % hatten keine

Meinung. 80 % der Befragten fühlten sich über das Thema Organspende zu wenig informiert. Bei denen, welche die Organspende ablehnten, war der Anteil der „Uninformierten“ signifikant höher im Vergleich zu denen, die zustimmten.

Aus meiner täglichen Arbeit und Umgang mit Angehörigen kann ich die Ergebnisse dieser Umfrage bestätigen und berichten:

- a) das Verstehen des Hirntodes ist für den medizinischen Laien ohne ständige „mediengerechte“ Information sehr schwer,
- b) die Angst ist vorhanden, dass nicht alles getan wird, wenn man einen Organspendeausweis bei sich trägt.

Es ist sinnvoll, die Ablehnungsgründe weiter zu erforschen. Dieses bereiten wir gerade vor.

2.2 Wie hoch ist in etwa die Ablehnungsrate der Angehörigen? Welche Gründe für Zustimmung oder Ablehnung der Organspende werden von Angehörigen genannt? Welche Möglichkeiten gibt es, um Ängste und Bedenken von Angehörigen zu berücksichtigen bzw. ihnen diese Ängste zu nehmen?

Die Ablehnungsrate der Angehörigen dürfte reell über 50 % liegen. Gründe sind nicht immer erkennbar, jedoch wird zunehmend der mutmaßliche Wille zu Lebzeiten von den Angehörigen angeführt. Man gewinnt allerdings auch den Eindruck, dass eine Ablehnung Ausdruck von Überforderung und Unsicherheit durch fehlende Information ist. Eine empathische Gesprächsführung hilft den Angehörigen, in einer angstfreien, geschützten Atmosphäre zu entscheiden. Aufklärungsmaßnahmen sollten jedoch bereits im Vorfeld zu einer Entscheidung geführt haben, weil dann die Angehörigen den bekannten Willen kundgeben können.

2.3 Welche Erfahrungen wurden mit den Aufklärungs- und Betreuungsprogrammen für Angehörige gemacht?

Aufklärungs- und Betreuungsprogramme für Angehörige werden in Bayern derzeit entwickelt (1. Treffen im April).

2.4 Sind die Maßnahmen und Projekte, welche die Organspendebereitschaft der Bevölkerung erhöhen sollen, geeignet? Bestehen Defizite bei Information und Aufklärung? Welche Altersgruppen werden angesprochen? Welche zusätzlichen Maßnahmen oder Projekte sind erforderlich? Ist damit zu rechnen, dass die Aufnahme der Thematik „Organspende und Organtransplantation“ in den Schulunterricht, etwa im Rahmen von Fächern wie Ethik, Religion, Philosophie und Biologie, mehr Menschen die Entscheidung über eine Organspende ermöglichen würde?

Maßnahmen und Projekte zur Steigerung der Organspendebereitschaft sind in unserer medienorientierten Gesellschaft zu wenig wahrnehmbar. Hier ist ein größerer Einsatz in populären Medien und eine „Enttabuisierung“ durch Thematisierung in Talkshows, gut gemachten Dokumentationen und Zeitschriftenartikeln notwendig.

Die Aufnahme der Thematik in den Schulunterricht wird in Bayern durchgeführt, sowohl mit Schülerunterricht in Transplantationszentren, als auch im Rahmen von Lehrerfortbildungen in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sozialministerium, Kultusministerium und der DSO. Die erforderliche Anzahl der Schulungen durchzuführen ist personell nicht durchführbar. (Werbekampagnen der Unternehmen bedienen sich daher auch der Massenmedien und nicht der Einzelaufklärung).

2.5 Welche Erkenntnisse liegen Ihnen über die Qualität der Beratung Spendewilliger vor Unterzeichnung des Spendeausweises vor?

Eine Beratung vor Unterzeichnung des Spenderausweises ist mir nicht bekannt. Spendeausweise liegen in Apotheken, Arztpraxen, Krankenkassen aus und werden nicht gezielt im Zusammenhang mit einer Aktivität (Ansprechen, Anschreiben) verteilt.

2.6 Nach dem Transplantationsgesetz sind die Bundesländer, die Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) für die Aufklärung der Bevölkerung über die Organspende und die Organtransplantation verantwortlich. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit, Abstimmung und Erfüllung der Aufgabe? Wenn ja, welchen?

Mir ist nicht bekannt, dass Krankenkassen und BZgA bedeutsame Aktionen durchführen. Das Bayerische Sozialministerium hat zur Aufklärung eine Broschüre herausgegeben. Auffällig ist, dass Prominente (Verein Sportler für Organspende) sowie einzelne Engagierte (Junge Helden) mit Kampagnen auf sich aufmerksam machen, dass aber eine Verzahnung dieser Öffentlichkeitsarbeit mit einem erkennbaren Logo nicht stattfindet. Insgesamt vermisse ich eine durchdachte Strategie, durch die sich staatliche Institutionen, private Initiativen und Krankenkassen gleichzeitig und abgestimmt medienwirksam äußern.

2.7 Halten Sie Modellprojekte wie „Streetwork Organspende“ für Erfolg versprechend? Welche Projekte sollten gefördert werden?

Soweit mir bekannt ist, wurde „Streetwork Organspende“ in München durchgeführt, jedoch sind wohl mit solchen „Einzelgesprächen“ keine qualitativen und quantitativen Effekte zu erwarten.

2.8 Wie schätzen Sie die Arbeit der Selbsthilfegruppen ein, die auf dem Gebiet der Organspende tätig sind, um die Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende zu fördern?

Die Selbsthilfegruppen können einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung der Bevölkerung leisten. Wichtig ist hier die Einbindung der Aktivitäten in eine Gesamtstrategie und Zurückstellung der gruppenspezifischen Interessen. In Bayern betreuen Selbsthilfegruppen eine mit der DSO und dem Landesministerium hergestellte Aufklärungswand, die als Wanderausstellung in Krankenhäusern und öffentlichen Einrichtungen eingesetzt wird.

2.9 Sollten die Aktivitäten dieser Selbsthilfegruppen bundesweit besser koordiniert werden?

Nach meiner Einschätzung ist das Konzept „Selbsthilfegruppe“ sinnvoll im regionalen Wirkungskreis. Eine Koordination der Selbsthilfegruppen ist äußerst schwierig und sollte allenfalls auf regionaler Ebene erfolgen.

2.10 Kommen die Krankenkassen ihrer Aufgabe, ihre Versicherten regelmäßig über das Thema Organspende und Transplantation zu informieren, genügend nach? Wie geschieht das? Wo gibt es Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten?

Nach meiner Einschätzung als Mitglied einer Krankenkasse und aus Gesprächen mit Angehörigen entfalten die Krankenkassen keine systematischen, regelmäßigen Informationen ihrer Mitglieder. Die Frage sollte von den Krankenkassen selbst beantwortet werden.

2.11 Wie sehen die technischen und rechtlichen Möglichkeiten aus, die Zustimmung oder Ablehnung einer potenziellen Organspende in Zukunft auf der Versicherungskarte zu registrieren?

Die Registrierung auf einer Versicherungskarte würde dann zu einer Verbesserung beitragen, wenn diese verpflichtend wäre. Ansonsten werden sich wahrscheinlich genau so wenig entscheiden, wie beim Organspendeausweis. Darüber hinaus wird - ähnlich wie bei „Patientenverfügungen“ - von Juristen bei solchen Registrierungen von Willensbekundungen mit dem Zeitfaktor argumentiert: Ist diese Registrierung mehrere Jahre alt, kann sich die Einstellung des Verstorbenen zwischenzeitlich geändert haben. Bezüglich datenschutzrechtlicher Einwände müssten Experten Stellung beziehen.

3. Zur Arbeit der DSO

3.1 In welchen Bereichen arbeitet die DSO als bundeszentrale Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammen? Besteht hier Verbesserungsbedarf?

Zur Zusammenarbeit mit der BZgA sollten Vertreter der DSO Stellung nehmen. Hier gilt es ebenfalls, Synergieeffekte im Aufklärungsbereich anzustreben.

3.2 Wie unterstützt die DSO die Arbeit der einzelnen Krankenhäuser und Transplantationszentren bei der Gemeinschaftsaufgabe? Besteht hier Verbesserungsbedarf?

Die DSO führt in Bayern Fortbildungen in Krankenhäusern durch und berät Krankenhäuser bei der Prozessorganisation im Rahmen der Organspende. Während der Organspende unterstützen ärztliche Koordinatoren vor Ort den gesamten Organisationsablauf vom Hirntod bis zur Versorgung des Leichnams. Bei 240 Krankenhäusern mit Intensivstationen erscheint die Ausstattung mit 7 Koordinatoren nicht ausreichend.

Nach persönlicher Erfahrung stehen Mitarbeiter der DSO engagiert und kompetent „rund um die Uhr“ mit Rat und Tat zur Seite und erleichtern dem Intensivmediziner die Arbeit erheblich.

3.3 Besteht in Zukunft die Notwendigkeit und Möglichkeit, die Zahl der Regionalvertretungen der DSO zu erhöhen, um eine intensivere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern in den einzelnen Bundesländern zu erreichen?

Nach meiner Einschätzung würde die Schaffung von weiteren regionalen DSO-Organisationsbüros eine noch intensivere Abstimmung der lokalen und regionalen Aktivitäten ermöglichen und eine intensivere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern fördern.

3.4 Welche Weiterbildungsprogramme hat die DSO entwickelt, um die Klinikmitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal) sowie Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen regelmäßig und umfassend fortzubilden?

Nach meinem Kenntnisstand bietet die DSO in Bayern neben Fortbildungen zu den medizinischen, organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen der Organspende Kommunikationsseminare zum Umgang mit trauernden Angehörigen an. In Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sozialministerium werden ebenfalls interaktive Abendveranstaltungen gefördert, in denen Mitarbeiter von Krankenhäusern über ihre organisatorischen, medizinischen und emotionalen Schwierigkeiten berichten können. Für Selbsthilfegruppen werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen (1 x pro Monat)

in München durchgeführt, Vorträge zur Verfügung gestellt und Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen in Medientraining und Vortragstechniken geschult.

4. Mitwirkung der Krankenhäuser

4.1 Woran liegt es, dass bundesweit im Jahr 2004 nur etwa 40 % der Krankenhäuser mit Intensivstationen an der Gemeinschaftsaufgabe Organspende beteiligt waren?

Dies dürfte zum einen in der Tatsache begründet sein, dass viele Schwerverletzte oder Patienten mit akuter Bewusstlosigkeit von vornherein durch die Primärrettungsmittel in Kliniken höchster Versorgungsstufe geliefert werden und somit die kleineren Krankenhäuser gar nicht erreichen. Dennoch gibt es auch Schwerpunktkrankenhäuser, welche sich nicht an der Organspende beteiligen. Hier gilt es nachzuforschen, welche organisatorischen oder emotionalen Gründe für die Nicht-Beteiligung vorliegen.

4.2 Was sind die Ursachen für nicht erfolgte Meldungen potenzieller Organspender in Krankenhäusern?

Falls potenzielle Organspender in Krankenhäuser vorhanden sind, sind folgende Problemfelder zu benennen:

- a) Spender werden nicht erkannt (Kriterien nicht bekannt)
- b) Das Angehörigengespräch wird nicht, oder nur mit Widerwillen geführt
- c) Die intensivmedizinischen Kenntnisse zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen sind nicht ausreichend.
- d) Ein erhöhter Organisationsaufwand, da Organentnahmen in der Regel nachts mit hohem personellen Einsatz durchgeführt werden.

4.3 Welche Einflussmöglichkeiten (ggf. Sanktionen) gibt es, um eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und Ärzte zu erreichen?

Sanktionen sind vermutlich kein erfolgversprechender Weg, um Mitarbeiter von Krankenhäusern zu einem stärkeren Engagement zu bewegen. Dreh- und Angelpunkt der Organspende sind die Intensivstationen (Th Bein, 2005). Durch die zunehmende

Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren (kürzere Liegezeiten, erhöhte Fallzahlen, Einführung der DRG's) steht das Personal von Intensivstationen unter zusätzlichem Druck. Von Seiten der Krankenhausverwaltung ist darauf zu achten, dass eine ausreichende Ausstattung mit Personal vorhanden ist und Fortbildungsmöglichkeiten eingeräumt werden. Zusatzarbeit wie Überstunden müssen auch entsprechend vergütet werden.

4.4 Bestehen Informationsdefizite z. B. hinsichtlich der Hirntodbestimmung und Organspende beim Klinikpersonal?

Im Rahmen einer Umfrage beim Personal von Intensivstationen am Universitätsklinikum Regensburg konnte gezeigt werden, dass ein hoher Prozentsatz des ärztlichen und pflegerischen Personals sich durch Hirntodbestimmung und Organspende psychisch belastet und nicht ausreichend informiert fühlt (Th Bein 2003). Ca. 70 % der Befragten fordern mehr Schulung.

4.5 Finden regelmäßig fundierte Schulungen und Fortbildungen für das mit einer möglichen Organspende in Kontakt kommende Klinikpersonal statt? Sind diese verpflichtend? Gibt es Hindernisse für die Teilnahme? Gibt es Defizite bei der Schulung und Fortbildung? Sind die Klinikmitarbeiter ausreichend für den Umgang mit den Angehörigen geschult?

Regelmäßige Schulungen für das Klinikpersonal sind nicht vorgeschrieben. Sie hängen vom individuellen Engagement des jeweiligen Transplantationsbeauftragten in Zusammenarbeit mit den Oberärzten der Intensivstationen und der Klinikleitung ab.

Nach eigener Erfahrung sind regelmäßige Schulungen in allen Bereichen der Organspende (Hirntodkriterien und –bestimmung, Versorgung der Angehörigen, psychische Belastung, Vorbereitung des Organspenders) in kleinen, stationsbezogenen Fortbildungen ein wichtiger Hebel, um die Organspende auf Intensivstationen effizienter durchzusetzen: Zum einen wechselt das Intensivpersonal regelmäßig, so dass immer erneut ein Informationsbedarf besteht. Zum anderen sehen sich im kleineren, „vertrauten“ Rahmen viele Mitarbeiter - vor allem aus der Pflege - in der Lage, fachliche Fragen zu stellen und emotionale Probleme anzusprechen.

Aus unserer Untersuchung ist eindeutig abzuleiten, dass es sowohl massive fachliche Defizite als auch einen erheblichen Unterstützungs- und Schulungsbedarf für emotionale Umgangsstrategien mit trauernden Angehörigen gibt.

4.6 Wie schätzen Sie die Arbeit der Transplantationsbeauftragten ein? Kann die verbindliche Einführung von Transplantationsbeauftragten die Organspende und die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser erhöhen?

Diese Frage ist mit einem eindeutigen „Ja“ zu beantworten. Nach meiner Erfahrung ist das „Instrument“ eines Transplantationsbeauftragten effektiv geeignet, die Organspende mit allen Teilbereichen im Krankenhaus voranzutreiben. Allerdings sind hierfür meiner Ansicht nach folgende Dinge zu berücksichtigen:

1. Transplantationsbeauftragte können die Organspende erhöhen, wenn ihnen entsprechende Kompetenzen und Freiräume bereitgestellt werden und die Klinikleitung ihre Unterstützung bekannt gibt. Transplantationsbeauftragte ohne Umsetzungskompetenzen bleiben wirkungslos.
2. Transplantationsbeauftragte sollten für ihr Engagement, das häufig über die normale Arbeitszeit hinausgeht (z. B. Anrufe in der Nacht) entsprechend vergütet werden.
3. Transplantationsbeauftragte sollten selbst auf der Intensivstation tätig sein (idealerweise als Oberarzt), da die Intensivstation „Dreh- und Angelpunkt“ der Organspende ist.

4.7. Gibt es Anhaltspunkte, dass in bestimmten Fällen hinter der Ablehnung von Spenderorganen durch ein Krankenhaus interne Auseinandersetzungen um Personal und Betten stehen, in denen die Transplantationsabteilungen den Verzicht auf Transplantationen als Druckmittel gegenüber der Klinikleitung einsetzen? Wenn ja, welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um diese Situation zu ändern?

Solche Anhaltspunkte sind mir für meinen Bereich nicht bekannt. Allgemein lässt sich aber feststellen:

Die Umstellung auf die Fallpauschalen durch die Gesundheitsreform führt zu einer intensiveren Bettenauslastung. Darüber hinaus ist es sicher nicht in allen

Krankenhäusern möglich, die Personal- und Sachkostenrefinanzierung auf die entsprechenden Kostenstellen zu leiten, so dass diejenigen, welche die mit einer Organspende verbundenen (Mehr-)Arbeit machen, auch durch ihr Abteilungsbudget Entlastung erfahren. In Transplantationszentren sollte die Transplantation nicht lediglich als die Einpflanzung eines Organs gesehen werden, sondern als Prozesskette, die mit der Hirntodfeststellung beginnt, bei der aber auch Anästhesisten, Pathologen, Chirurgen und Urologen beteiligt sind. Die Einnahmen aus der Transplantationspauschale müssten entsprechend allen Abteilungen anteilmäßig zur Verfügung gestellt werden.

4.8 Gibt es strukturelle und organisatorische Hinderungsgründe, um die Möglichkeiten postmortalen Organspende effektiv von Seiten der Krankenhäuser wahrnehmen zu können?

Die Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen hat zu einer „Ausdünnung“ von Personal im Krankenhaus geführt. Darüber hinaus leiden viele Krankenhäuser unter ärztlichem Personal-mangel, da immer weniger Kollegen das Krankenhaus als attraktiven Arbeitsplatz ansehen. Ein Arzt, der neben Intensivstation noch Hausdienste und die Notaufnahme betreuen muss, wird sich kaum um die Meldung von Organspendern kümmern können. Darüber hinaus ist die Implementierung von verbindlichen Handlungsabläufen und medizinischen Zuständigkeiten im Rahmen einer Organspende unabdingbare Voraussetzung, die vorhandenen Möglichkeiten wahrzunehmen. Hier ist – vor allem in kleineren Krankenhäusern – noch ein erheblicher Strukturierungsbedarf von Handlungsabläufen und Prioritäten.

4.9 Wie hoch liegt schätzungsweise der Verlust potenzieller Organspenden durch organisatorische Defizite oder aufgrund von Kapazitätsmangel?

Nach einer rückblickenden Analyse im eigenen Klinikum war in den Jahren 2002/2003 ein solcher Verlust mit ca. 20 – 30 % (= 3 – 4 Spender/Jahr) zu beziffern. Als Konsequenz dieser Analyse wurden regelmäßige Fortbildungen auf den Intensivstationen und bessere Informationen für alle Beteiligten, inkl. Verwaltung, durch den Transplantationsbeauftragten eingeleitet.

4.10 Wie erfolgt nach den neuesten Regelungen die Finanzierung des gesamten Verfahrens der Organentnahme? Wird der Aufwand angemessen vergütet?

Nach meinem Kenntnisstand wurden im Rahmen einer Regelung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen Sätze für die Personal- und Sachkostenerstattung festgelegt. Diese sind modular aufgebaut und berücksichtigen auch bei Abbrüchen den bisher betriebenen Aufwand. Die Kalkulationsgrundlage ist mir nicht bekannt, insbesondere ob auch Opportunitätskosten (entstehende Kosten durch Ausfall von Operationen am nächsten Tag, weil ein OP geschlossen werden muss) berücksichtigt sind.

4.11 Welche Vergütungsmodelle könnten für den Mehraufwand bei der (auch erfolglosen) Organentnahme in Betracht gezogen werden, um die Motivation der mitwirkenden Krankenhäuser und Ärzte zu fördern?

Die Frage impliziert, dass lediglich durch andere Vergütungsmodelle die Motivation der mitwirkenden Ärzte zu fördern ist. Reell wird die Personal- und Sachkostenerstattung an die Verwaltung, aber meist noch nicht einmal auf die beteiligten Abteilungen verteilt. Der individuell mitwirkende Arzt ist bei den bisherigen Vergütungsmodellen in keiner Weise berücksichtigt. Ein Ausweg wäre die anfallende Mehrarbeit aus der Personalkostenerstattung den direkt Beteiligten zukommen zu lassen.

Literatur:

Bein Th, Schlitt HJ, Bösebeck D, Bele S, Krämer B, Taeger K:

Hirntodbestimmung und Betreuung des Organspenders – Eine Herausforderung für die Intensivmedizin.

Deutsches Ärzteblatt (2005) 102: A278 – A283

Bein Th, Kuhr LP, Krämer B, von Kramolin M, Anthuber M:

Hirntod und Organspende: Einstellung und psychische Belastung des Personals von Intensivstationen.

Anästhesiologie & Intensivmedizin (2003) 44: 429 – 434

Gross Th, Martinoli S, Spagnoli G, Badia F, Malacrida R:

Attitudes and behaviour of young european adults towards the donation of organs – a call for better information.

American Journal of Transplantation (2001) 1: 74 - 81