

Mecklenburg-Vorpommern: Durch optimale personelle Unterstützung des Intensivpersonals lässt sich das Organspende-Aufkommen verdoppeln

Kliniken, die gesetzwidrig keine Organspender melden, sollten nicht juristisch in Anspruch genommen werden. Auch die Einführung einer gesetzlichen Widerspruchslösung lässt keine signifikante Steigerung des Organspende-Aufkommens erwarten, teilte die Bundesregierung in der Antwort auf eine große Anfrage aus der CDU mit:

„Darüber, wie die rechtlichen Rahmenbedingungen und die einzelnen tatsächlichen Umstände sich quantitativ auf die Zahl der postmortalen Organspenden je Million Einwohner auswirken, liegen der Bundesregierung keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse vor. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Zustimmungs- oder der Widerspruchsregelung als rechtliche Rahmenbedingungen insoweit letztlich keine entscheidende Bedeutung zukommt, sondern vielmehr der Organisation der Zusammenarbeit zwischen den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern sowie dem Engagement der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Wahrnehmung der gegebenen Möglichkeiten zur postmortalen Organspende. Dies zeigt das Beispiel Mecklenburg-Vorpommern, wo es in den vergangenen drei Jahren je Million Einwohner mehr postmortale Organspender (2001: 26,0; 2002: 22,9; 2003: 25,9) gab als in Belgien (2001:21,6; 2002: 21,7; 2003: 24,8). Nach Angaben der DSO haben sich im Jahr 2003 die Krankenhäuser mit Intensivbetten je nach Versorgungsstufe wie folgt an der Mitteilung nach § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG beteiligt:

Region Südwest (Baden-Württemberg)

mitteilende Krankenhäuser	Anteil
Grundversorgung	8,3 %
Regelversorgung	48,9 %
Zentralversorgung	73,1 %
Maximalversorgung	90,0 %
Gesamt	39,2 %

Region Südost (Bayern)

mitteilende Krankenhäuser	Anteil
Grundversorgung	19,2 %
Regelversorgung	28,7 %
Zentralversorgung	86,2 %
Maximalversorgung	81,3 %
Gesamt	38,5 %

Region Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland)

mitteilende Krankenhäuser	Anteil
Grundversorgung	25,7 %
Regelversorgung	50,7 %
Zentralversorgung	70,0 %
Maximalversorgung	92,9 %
Gesamt	43,1 %

Region Nord (Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)

mitteilende Krankenhäuser	Anteil
Grundversorgung	16,7 %
Regelversorgung	53,6 %
Zentralversorgung	74,2 %
Maximalversorgung	90,0 %
Gesamt	42,8 %

Region Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern)

mitteilende Krankenhäuser	Anteil
Grundversorgung	18,8 %
Regelversorgung	41,3 %
Zentralversorgung	50,0 %
Maximalversorgung	94,7 %
Gesamt	45,4 %

Region West (Nordrhein-Westfalen)

mitteilende Krankenhäuser	Anteil
Grundversorgung	21,9 %
Regelversorgung	34,9 %
Zentralversorgung	56,6 %
Maximalversorgung	87,5 %
Gesamt	36,7 %

Region Ost (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)

mitteilende Krankenhäuser	Anteil
Grundversorgung	6,5 %
Regelversorgung	26,8 %
Zentralversorgung	65,6 %
Maximalversorgung	93,8 %
Gesamt	38,0 %

Die Unterschiede zwischen den Regionen bei der Mitteilung potenzieller Organspender lässt den Schluss zu, dass nicht in allen Regionen die Wahrnehmung der Mitteilungspflicht als Bestandteil des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser mit der gleichen Intensität umgesetzt wird.“

Als Hauptgrund für die insuffiziente Zahl von Spendermeldungen wird meist die Überlastung des ärztlichen und pflegerischen Intensivpersonals angeführt.

„Dem steht nach Auskunft der DSO die Erfahrung aus der Region Nordost (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin) gegenüber, dass dort, wo die DSO nach der Mitteilung eines auf der Intensivstation verstorbenen Patienten, der als möglicher Organspender in Betracht kommt, in dem betreffenden Krankenhaus bei den weiteren intensivmedizinischen Maßnahmen und ihrer Überwachung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte hilft und damit das Krankenhauspersonal von diesen Aufgaben entlastet, die Krankenhäuser auch zur Mitteilung sämtlicher potenzieller postmortaler Organspender bereit sind und damit zur vollständigen Wahrnehmung der vorhandenen Möglichkeiten zur postmortalen Organspende beitragen. In dem Teil der Region Nordost, wo diese personelle Hilfe für alle Krankenhäuser mit Intensivstationen bereits gewährt wird, in Mecklenburg-Vorpommern, wird die höchste Zahl postmortaler Organspender je Million Einwohner in Deutschland erreicht. 2003 waren dies 25,9 Organ-

spender je Million Einwohner, also fast doppelt so viel wie im Bundesdurchschnitt (13,8).“

Sind die Arbeitsmöglichkeiten eines Transplantationszentrums zeitweise eingeschränkt, dürfen die PatientInnen nicht benachteiligt werden.

„Deshalb muss jedes Transplantationszentrum dafür sorgen, dass über ein Organangebot jederzeit entschieden werden kann und ein akzeptiertes Organ unverzüglich transplantiert wird, um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten. Jeder Patient auf der Warteliste muss darüber informiert sein, dass ausnahmsweise Organe aus zentrumsinternen organisatorischen oder personellen Gründen nicht rechtzeitig transplantiert werden können, und für diese Situation vorsorglich entscheiden, ob er die Transplantation in einem anderen Zentrum wünscht oder auf das angebotene Organ verzichten will. Diese Entscheidung des Patienten ist zu dokumentieren. Gegebenenfalls empfiehlt sich eine vorherige Vorstellung des Patienten mit seinen Unterlagen im vertretenden Zentrum. Wenn ein Transplantationsprogramm ausfällt, muss das verantwortliche Zentrum unverzüglich die Vermittlungsstelle unter Angabe der Gründe, des vertretenden Zentrums sowie aller Patientinnen und Patienten der betroffenen Warteliste, die sich nicht für eine bedarfsweise Transplantation in einem anderen Zentrum entschieden haben, und das vertretende Zentrum informieren. Ist der Ausfall nicht nur kurzfristig, hat das verantwortliche Zentrum alle Patientinnen und Patienten der betroffenen Warteliste, die sich nicht für eine bedarfsweise Transplantation in einem anderen Zentrum entschieden haben, zu informieren.“

In diesem Zusammenhang ist auch die Qualitätssicherung zu sehen:

„Nach § 10 Abs. 2 Nr. 6 TPG sind die Transplantationszentren verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, im Rahmen ihrer Tätigkeit nach dem TPG nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchzuführen; dies gilt für die Nachbetreuung von Lebendorgan Spendern entsprechend. Seit dem 1. Januar 2004 besteht im Rahmen der externen

Qualitätssicherung nach § 137 SGB V in Verbindung mit § 10 Abs. 2 Nr. 6 TPG eine Dokumentationspflicht für alle durchgeführten Herztransplantationen in Deutschland. Ab dem Jahr 2006 wird diese Dokumentationspflicht auf die Leistungsbereiche Nieren- und Lebertransplantationen sowie Lebendspende bei der Nieren- und Lebertransplantation erweitert. Für alle Leistungsbereiche in der Transplantationsmedizin besteht bzw. wird zusätzlich eine Follow-up-Dokumentation durchgeführt, mit der die Qualität der Behandlung auch über die akutstationäre Behandlung hinaus nachverfolgt wird.“

Die Eintragung der potentiellen Organspende-Bereitschaft in den Personalausweis wird seit mehr als 20 Jahren diskutiert. Jetzt zeichnet sich nach Regierungsauskunft eine geeignete Ersatzlösung ab:

„Die Möglichkeit, auf der Gesundheitskarte die Bereitschaft des bzw. der Versicherten zur Organspende aufzunehmen, wird in der Konzeption zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte berücksichtigt.“

Für die Aufnahme eines rechtswirksamen Organspendeausweises auf der Gesundheitskarte wäre es erforderlich, dass die Patientinnen und Patienten die Organspendeerklärung elektronisch signieren. Ebenso wie der Organspendeausweis in Papierform die gültige Unterschrift des Erklärenden vorsieht, müsste bei einer elektronischen Speicherung der Erklärung diese elektronisch unterschrieben werden können. Sobald Patientinnen und Patienten über elektronische Signaturen verfügen, könnten Organspendeerkklärungen auf der Gesundheitskarte aufgenommen werden.

Zwischenzeitlich wird geprüft, inwieweit auf der Gesundheitskarte Hinweise darauf aufgenommen werden können, dass an einem bestimmten Ort ein Organspendeausweis eines bzw. einer Versicherten in Papierform vorhanden ist.

Insgesamt ist die Prüfung der rechtlichen und technischen Umsetzungsmöglichkeiten noch nicht abgeschlossen.“

<http://dip.bundestag.de/btd/15/045/1504542.pdf>

S. Klaus, L. Bahlmann (Eds.)

Microdialysis – Monitoring Tissue Chemistry in Intensive Care Medicine

*Experimental Results and Clinical
Application of Biochemical Tissue
Monitoring in Critical Illness*

U. Ungerstedt, B.-M. Bellander, C.-H. Nordström: Microdialysis in Neurointensive Care – Principles and Interpretations

C.-H. Nordström: Intracerebral Microdialysis during Routine Neuro Intensive Care

A. S. Sarrafzadeh, D. Haux, A. W. Unterberg: Microdialysis in Patients with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage

M. Smith, T. Belli, J. Sen, S. Russo, A. Petzold, N. Kitchen: Prediction of Secondary Brain Injury during Neurocritical Care: The Role of Cerebral Microdialysis

L. Bahlmann, A. Leptien, S. Klaus: Myocardial Metabolism during Open Heart Surgery Assessed by Microdialysis

K. Jansson: Technique and Results of Intra-peritoneal Microdialysis (IPM)

G. Nowak: Initial Experience in Experimental and Clinical Use of Microdialysis in Liver Transplantation

J. J. Tenhunen: Splanchnic Region in Critical Illness – Intestinal Microdialysis as a Tool for Regional Metabolic Monitoring

F. Islinger, C. Joukhadar: Tissue Pharmacokinetics of Antimicrobial Agents in Septic Patients

S. Klaus, L. Bahlmann: Tissue Metabolism in Different Types of Shock – Does Metabolic Monitoring make Sense?

**140 pages, ISBN 3-89967-124-4,
Price: 18,- Euro**

PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28, D-49525 Lengerich,
Tel. 05484-308, Fax 05484-550,
E-mail: pabst.publishers@t-online.de
Internet: www.pabst-publishers.de