

**64. Kongress der  
Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.  
26. – 29.09.2012  
Congress Center Leipzig**

Das NTX Gesetz – Veränderung oder Anpassung

**P. Fornara**



Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie  
Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

 **UKH**  
Universitätsklinikum  
Halle (Saale)  
Halle (Saale)

# Neues Transplantationsgesetz 2012

## Transplantationsbeauftragte (§ 9b)

Die Entnahmekrankenhäuser bestellen mindestens einen Transplantationsbeauftragten, **der für die Erfüllung seiner Aufgaben fachlich qualifiziert ist.** Der Transplantationsbeauftragte ist in Erfüllung seiner Aufgabe unmittelbar der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses unterstellt. Er ist bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhängig und unterliegt keinen Weisungen.



# Transplantationsbeauftragte ( § 9b)

(3) Das Nähere, insbesondere zu der erforderlichen Qualifikation und organisationsrechtliche Stellung der Transplantationsbeauftragten sowie deren Freistellung von ihren sonstigen Tätigkeiten im Entnahmekrankenhaus, wird durch Landesrecht bestimmt.

Durch Landesrecht können die Voraussetzungen festgelegt werden... (z. B. mehrere Entnahmekrankenhäuser bestellen einen gemeinsamen Transplantationsbeauftragten).



# Organ- und Spendercharakterisierung, Transport von Organen, Verordnungsermächtigung zur Organ- und Spendercharakterisierung und zum Transport

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger haben gemeinsam darauf zu achten, dass die Koordinierungsstelle die Voraussetzungen des Satzes 3 erfüllt und dabei nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit arbeitet. Die Koordinierungsstelle hat die grundsätzlichen finanziellen und organisatorischen Entscheidungen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam unverzüglich vorzulegen.



# Organ- und Spendercharakterisierung, Transport von Organen, Verordnungsermächtigung zur Organ- und Spendercharakterisierung und zum Transport

Die Koordinierungsstelle hat jährlich einen Geschäftsbericht zu veröffentlichen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam haben sicherzustellen, dass die Koordinierungsstelle die Veröffentlichungspflicht erfüllt.



# Ein Schlichtungsverfahren bei einer fehlenden Einigung über den Ersatz angemessener Aufwendungen nach Nummer 4



## § 16

Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die folgenden Sätze werden vorangestellt:

„Die Bundesärztekammer legt das Verfahren für die Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 und für die Beschlussfassung fest. Bei der Erarbeitung der Richtlinien ist die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise, einschließlich des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Transplantationsgesellschaft, der Koordinierungsstelle nach § 11, der Vermittlungsstelle nach § 12 und der zuständigen Behörden der Länder vorzusehen.“



## § 3 a

Gilt auch für:

Landwirte  
Privatversicherte  
Heimarbeiter/ Meister  
Beihilfeberechtigte

u.s.w.



# Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende von Organen oder Geweben



Ist ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende von Organen oder Geweben, die nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgt, an seiner Arbeitsleistung verhindert, hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. § 3 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.



Dem Arbeitgeber sind von der gesetzlichen Krankenkasse des Empfängers von Organen oder Geweben das an den Arbeitnehmer nach Absatz 1 fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die hierauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung auf Antrag zu erstatten. Ist der Empfänger von Organen oder Geweben gemäß § 193 Absatz 3 des Versicherungs-vertragsgesetzes bei einem privaten Krankenversicherungs-unternehmen versichert, erstattet dieses dem Arbeitgeber auf Antrag die Kosten nach Satz 1 in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes.



Ist der Empfänger von Organen oder Geweben bei eine Beihilfeträger des Bundes beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger, erstattet der zuständige Beihilfeträger dem Arbeitgeber auf Antrag die Kosten.

Unterliegt der Empfänger von Organen oder Geweben der Heilfürsorge im Bereich des Bundes oder der truppenärztlichen Versorgung, erstatten die zuständigen Träger auf Antrag die Kosten nach Satz 1.



# Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch  
– Gesetzliche Krankenversicherung –  
(Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988

(BGBI. I S. 2477), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBI. I S. 579) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:



# Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

(1a) Spender von Organen oder Geweben (Spender) haben bei einer nach § 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenhausbehandlung. Dazu gehören ambulante und stationäre Behandlungen der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a und erforderlicher Fahrtkosten.



## § 44 a Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben

Spender von Organen oder Geweben nach § 27 Absatz 1a haben Anspruch auf Krankengeld, wenn eine im Rahmen des Transplantationsgesetzes erfolgende Spende von Organen oder Geweben an Versicherte sie arbeitsunfähig macht.



# Änderungen des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

(1) Als Versicherungsfall im Sinne des § 7 Absatz 1 gilt bei Versicherten nach § 1 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b auch der Gesundheitsschaden, der über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und in ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht. Werden dadurch Nachbehandlungen erforderlich oder treten Spätschäden auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird vermutet, dass diese hierdurch verursacht worden sind.



# Änderungen des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Dies gilt nicht, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht; eine Obduktion zum Zwecke einer solchen Feststellung darf nicht gefordert werden.



# Lebendspendekommissionen (LSK)

Deutschland weltweit einziges Land mit gesetzlich

Vorgeschriebenen LSK (§ 8 Abs. 3 S. 2 TPG)

Freiwilligkeit und Ausschluss Organhandel)





## Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

### § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

(1) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen:

1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei
  - a) onkologischen Erkrankungen,
  - b) HIV/AIDS,
  - c) rheumatologischen Erkrankungen,
  - d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
  - e) Multipler Sklerose,
  - f) zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie),
  - g) komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
  - h) der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
  - i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
  - a) Tuberkulose,
  - b) Mukoviszidose,
  - c) Hämophilie,
  - d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
  - e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen,
  - f) biliäre Zirrhose,
  - g) primär sklerosierende Cholangitis,
  - h) Morbus Wilson,
  - i) Transsexualismus,
  - j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
  - k) Marfan-Syndrom,
  - l) pulmonale Hypertonie,
  - m) Kurzdarmsyndrom oder
  - n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation sowie
3. hochspezialisierte Leistungen wie
  - a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder
  - b) Brachytherapie.

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 bestimmt hat, zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten





**Stefanie Vogelsang**  
Mitglied des Deutschen Bundestages

Stefanie Vogelsang MdB · Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

An die  
Teilnehmer des Round-Table-Gesprächs  
zur Nachsorgepraxis von Organtransplantierten,

Berlin, 25. Mai 2012

**Die strukturierte Nachsorge Organtransplantiertener findet Eingang in das  
Transplantationsgesetz**

Sehr geehrte Damen und Herren,

knapp einen Monat nach unserem für mich überaus informativen und produktiven Treffen zur Nachsorgepraxis von Organtransplantierten darf ich Ihnen heute mitteilen, dass der Bundestag die von uns diskutierten Verbesserungsmöglichkeiten in das Transplantationsgesetz mit aufgenommen und verabschiedet hat.

Die Bundesärztekammer wird im §16 TPG mit der Erstellung von medizinischen Leitlinien für eine strukturierte Nachsorge nach Organtransplantationen beauftragt. Außerdem wird der Komplexität der Nachsorge Organtransplantiertener durch die Aufnahme in §116b SGB V Rechnung getragen und somit eine solide finanzierte wie auch qualitätsgesicherte medizinische Nachbehandlung Organtransplantiertener ermöglicht. Das heute Morgen vom Bundestag beschlossene Gesetz finden Sie im Anhang.

Ich möchte Ihnen hiermit nochmals ganz herzlich für Ihren Beitrag danken, der Grundlage für unsere fachlich fundierten und gut begründeten Änderungsanträge war. Auch wenn es im Vorfeld Einiges an Überzeugungsarbeit bedurfte, sind die Änderungen zur strukturierten Nachsorge im Gesundheitsausschuss schließlich mit großer Mehrheit gemeinsam von CDU/CSU, FDP, SPD und den Grünen beschlossen worden und in die Beschlussempfehlung an das Plenum eingegangen.

Deutscher Bundestag · Platz der Republik 1 · 11011 Berlin  
Telefon 030 / 227 - 72403 · Fax 030 / 227 - 76679 · E-Mail [stefanie.vogelsang@bundestag.de](mailto:stefanie.vogelsang@bundestag.de)



Charité  
Klinikum  
(ale)



**Stefanie Vogelsang**  
Mitglied des Deutschen Bundestages

Insofern möchte ich Sie ermutigen, der Politik auch in Zukunft engagiert mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, damit wir die regulatorischen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von Organtransplantierten – wie auch in anderen Gesundheitsbereichen – stetig verbessern können.

Wie ich Ihnen bereits zum Abschluss unseres Treffens im April mitteilte, beabsichtige ich, die beim Round-Table diskutierten Aspekte und die zugesandten Stellungnahmen in einem Papier zusammenzuführen, welches die wesentlichen Elemente sowie Ihre Erfahrungen mit der Nachsorge von Organtransplantierten zusammenfasst und somit wichtige Ansatzpunkte für eine strukturierte Nachsorgepraxis liefern könnte. Ich freue mich, wenn ich diesbezüglich auf Sie zurückkommen darf.

Mit freundlichen Grüßen

Stefanie Vogelsang





Universitätsklinikum Halle (Saale) | Postfach | 06097 Halle (Saale)

per Email

Ihre Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen  
Prof.For/BaDatum  
14.05.2012

Sehr geehrte Frau Abgeordnete Vogelsang,

in Beantwortung der mir gestern von Herrn Dudeck gesandten Mail kann ich gerne hier noch einmal kurz die Situation und Daten der Nachsorge nach Nierentransplantation darlegen.

- 1) Die Nachsorge in der Transplantationsmedizin muss organspezifisch erfolgen. Dies betrifft insbesondere die Niere, da herz- und lungentransplantierte Patienten in aller Regel von den transplantierenden Zentren nachgesorgt werden und die Nachsorge Lebertransplantierter durch § 116 b (2. n) geregelt ist.
- 2) Die Nachsorge nierentransplantierter Patienten erfolgt weitestgehend inhomogen, teilweise durch die transplantierenden Zentren, teilweise durch niedergelassene Nephrologen in der Regel in einer Mischform zwischen diesen Zwei. Diese ist aber regional und individuell extrem unterschiedlich.
- 3) Transplantatüberlebensraten im ersten Jahr von mehr als 90 % in der Nierentransplantation und noch höher in der Nierenlebenspende beschreiben nur die Ausgangssituation. Diese ändert sich in den Folgejahren nicht nur durch die „klassischen“ Komplikationen wie



diabetische Stoffwechsellaage, Hypercholesterolämie usw.).

Die Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren (Hypertonie, Hyperlipidämie und Glukosestoffwechselstörung) nach Nierentransplantation hat also eine duale klinische Bedeutung, einerseits Senkung der kardiovaskulären Erkrankungen und andererseits Verhinderung einer Transplantatvaskulopathie.

Die Prävalenz der kardiovaskulären Risikofaktoren nach Nierentransplantation führt zu einer fünffach gesteigerten Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen nach Nierentransplantation im Vergleich zu einer altergematchten Kontrollpopulation.

Derzeit schätzt man, dass nach einer Nierentransplantation bis zu 40 % der transplantierten noch funktionierenden Organe infolge des kardiovaskulär bedingten Todes des Patienten verloren gehen. Hier ist nicht nur eine gezielte kardiovaskuläre Transplantationsnachsorge von Nöten, sondern auch die Forcierung einer Konsensusebene (Zielblutdruck nach Nierentransplantation ist z. B. derzeit nicht klar definiert, bei der Wahl der antihypertensiven Medikation gibt es ebenfalls keine Übereinstimmung).

Abstoßung, Infektion oder chronische Transplantatnephropathie sondern auch durch andere Faktoren:

- a) Bei durchschnittlich langen bis sehr langen Wartezeiten und hohem Alter der Empfänger weist ein erheblicher Anteil nierentransplantierte Patienten ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko zum Zeitpunkt der Transplantation auf. Leider wird dieses hohe **kardiovaskuläre Risiko** nach der Transplantation nicht geringer, da die immunsuppressive Therapie zusätzliche Risiken hinzufügen kann (Hypertonie, diabetische Stoffwechsellage, Hypercholesterolemie usw.).

Die Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren (Hypertonie, Hyperlipidämie und Glukosestoffwechselstörung) nach Nierentransplantation hat also eine duale klinische Bedeutung, einerseits Senkung der kardiovaskulären Erkrankungen und andererseits Verhinderung einer Transplantatvaskulopathie. Die Prävalenz der kardiovaskulären Risikofaktoren nach Nierentransplantation führt zu einer fünffach gesteigerten Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen nach Nierentransplantation im Vergleich zu einer alterngematchten Kontrollpopulation.

Derzeit schätzt man, dass nach einer Nierentransplantation bis zu 40 % der transplantierten noch funktionierenden Organe infolge des kardiovaskulär bedingten Todes des Patienten verloren gehen. Hier ist nicht nur eine gezielte kardiovaskuläre Transplantationsnachsorge von Nöten, sondern auch die Forcierung einer Konsensebene (Zielblutdruck nach Nierentransplantation ist z. B. derzeit nicht klar definiert, bei der Wahl der antihypertensiven Medikation gibt es ebenfalls keine Übereinstimmung).

- b) Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor im Langzeitverlauf nach Nierentransplantation ist die erhöhte Inzidenz von **Malignomen** und lymphoproliferativen Erkrankungen, die im Vergleich zum altersentsprechenden Bevölkerungsquerschnitt höher ist sowie auch höher im Vergleich zu Dialysepatienten. In der Literatur findet man Angaben über die Inzidenz maligner Erkrankungen zwischen 1 % und 16 %, (im Mittel 6 %), wobei die Tumorzinzidenz mit der Beobachtungszeit erheblich zunimmt (bis 55 % nach 17 Jahren). Die häufigsten Malignome nach Nierentransplantation sind Karzinome der Haut, Lymphome, Kaposi-Sarkome und hellzellige Nierenkarzinome.



Im Rahmen einer erfolgreichen Langzeitbetreuung nierentransplantierter Patienten ist daher eine konzertierte Strategie zur Prävention bzw. Früherkennung von malignen Erkrankungen von Nöten.

- c) Als weiterer Risikofaktor hat sich die sogenannte **Patienten-Non-Compliance** herausgestellt, sie wird als dritthäufigste Ursache eines Transplantatversagens angesehen. Die Non-Compliance bei Patienten bezüglich der regelmäßigen Medikamenteneinnahme kommt bei unterschiedlichen Patientenbefragungen zwischen 4,5 % und 45 % aller Fälle vor.

Die Compliance-Wahrnehmung der Ärzte und das Compliance-Verhalten der Patienten sind oft sehr unterschiedlich. Hier besteht erheblicher Nachholbedarf, z. B. im Sinne einer zeitlich strukturierten Patientenaufklärung bzw. einer strukturierten Patientenschulung. Strukturierte Patientenschulungen haben sich in verschiedenen Fachgebieten als für sehr erfolgreich erwiesen, multidisziplinäre Schulungen bei denen unterschiedliche Berufsgruppen involviert sind, haben hohe Erfolgsquoten, z. B. in der Diabetologie, Kardiologie usw.

#### **FAZIT:**

Derzeit gehen schätzungsweise durch suboptimale Nachsorge 10 % Transplantate verloren.

Vor diesem Hintergrund ist die Verbesserung der Nachsorge nierentransplantierter Patienten dringend geboten.

Daten zur allgemeinen Information:

Die Fünf-Jahres-Transplantatüberlebensrate nach Nierentransplantation liegt in Deutschland bei 73,9 %, international bei 79,3 % (CTS-Studie).

Die Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsrate nach Herztransplantation liegt in Deutschland bei 65,5 %, im internationalen Vergleich bei 72,6 % (CTS-Studie).

Die Fünf-Jahres-Funktionsrate nach einer Lebertransplantation beträgt deutschlandweit 52,6 %, international 66,2 % (CTS-Studie).



Bei Lungentransplantation liegt die 5-Jahres-Überlebensrate bei 51,1 % um 3 % niedriger als die internationale Funktionsrate mit 54,3 % (CTS-Studie).

Die Collaborative Transplant Study (CTS-Studie) erfasst Daten, die den Verlauf nach Transplantationen in Deutschland schildern. Die Studie ist 1982 begonnen worden und verfolgt das Ziel, durch kontinuierliche wissenschaftliche Auswertung multizentrischer Daten alle Einflussfaktoren auf das Ergebnis von Organtransplantationen zu identifizieren.



Univ.-Prof. Dr. P. Fornara  
Direktor der Klinik



TRANSPLANTATIONSMEDIZIN  
IM FOKUS



Band I

C.-D. Middel / W. Pühler / H. Lilie / K. Vilmar (Hrsg.)

# Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts

Bestandsaufnahme und Bewertung



**UKH**

Universitätsklinikum  
Halle (Saale)

<b>III</b>	<b>Spezielle Problemfelder</b>	
	<b>Spezielle Fragen der Organspende</b> .....	<b>103</b>
	<b>Einführung</b> .....	<b>105</b>
	<i>Claus-Dieter Middel und Wiebke Pühler</i>	
	<b>Transplantationsbeauftragte stärken</b> .....	<b>109</b>
	<i>Sebastian Rosenberg</i>	
	<b>Anreize in der postmortalen Organspende: Belohnte Spendebereitschaft</b> .....	<b>117</b>
	<i>Alena Buyx</i>	
	<b>Lebendspende, insbesondere Cross-over – die ärztliche Perspektive</b> .....	<b>135</b>
	<i>Paolo Fornara</i>	
	<b>Lebendspende, insbesondere Cross-over – die juristische Perspektive</b> .....	<b>141</b>
	<i>Ulrich Schroth</i>	
	<b>Spezielle Fragen der Organallokation</b> .....	<b>157</b>
	<b>Einführung</b> .....	<b>159</b>
	<i>Claus-Dieter Middel und Wiebke Pühler</i>	
	<b>HU-Allokation – vom Ausnahme- zum Regelfall?</b> .....	<b>163</b>
	<i>Steffen Augsberg</i>	
	<b>Ist die Leberallokation mit dem MELD-Score der richtige Weg?</b> .....	<b>179</b>
	<i>Peter Neuhaus</i>	
	<b>Regelungen für Non-Residents</b> .....	<b>187</b>
	<i>Dunja Lautenschläger</i>	
	<b>Was tun bei Allokationsauffälligkeiten?</b> .....	<b>199</b>
	<i>Torsten Verrel</i>	
	<b>Implikationen und Optionen des europäischen Rechts</b> .....	<b>209</b>
	<b>Einführung</b> .....	<b>211</b>
	<i>Claus-Dieter Middel und Wiebke Pühler</i>	
	<b>Zum Einfluss des europäischen Rechts auf das TPG: Rechtliche Grundlagen und Grenzen einer europäischen „Organrichtlinie“</b> .....	<b>215</b>
	<i>Arnd Pannenbecker</i>	
	<b>Die ärztliche Perspektive</b> .....	<b>227</b>
	<i>Eckhard Nagel und Kathrin Alber</i>	



TRANSPLANTATIONSMEDIZIN  
IM FOKUS



Band II

C.-D. Middel / W. Pühler / H. Lilie / K. Vilmar (Hrsg.)

# Organspende und Organtransplantation in Deutschland

Bestandsaufnahme und Bewertung



 **Deutscher  
Ärzte-Verlag**

 **UKH**

Universitätsklinikum  
Halle (Saale)

<b>Ist die Organallokation nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht noch zeitgemäß?</b> ..	<b>127</b>
<i>Axel Rahmel</i>	
<b>Brauchen wir mehr Transparenz bei der Darstellung von Transplantationsergebnissen?</b> .....	<b>149</b>
<i>Gerd Otto</i>	
<b>Wie viele Transplantationszentren brauchen wir?</b> .....	<b>161</b>
<i>Peter Neuhaus</i>	
<b>Sind die Kriterien der Nierenallokation hinreichend?</b> .....	<b>167</b>
<i>Paolo Fornara</i>	
<b>Wem gehört das Organ? – Zur Leberteiltransplantation</b> .....	<b>175</b>
<i>Thomas Becker und Axel Rahmel</i>	
<b>Zur HU-Allokation in der Herztransplantation</b> .....	<b>183</b>
<i>Lenard Conradi, Tobias Deuse und Hermann Reichenspurner</i>	
<b>Entwicklung eines neuen Allokationssystems für die Lungentransplantation</b> .....	<b>191</b>
<i>Martin Strüber</i>	
<b>Zur Lage der Pankreas- und Inseltransplantation</b> .....	<b>201</b>
<i>Helmut Arbogast</i>	
<b>Zur Lage der Darmtransplantation</b> .....	<b>219</b>
<i>Silvio Nadalin</i>	
<b>III Fazit und Ausblick</b> .....	<b>227</b>
<b>Fazit und Ausblick</b> .....	<b>229</b>
<i>Karsten Vilmar</i>	
<b>Anhang</b> .....	<b>231</b>
<b>Verzeichnis der Referenten und Moderatoren des Symposiums vom 26. und 27. Januar 2010</b> .....	<b>233</b>
<b>Herausgeber- und Autorenverzeichnis</b> .....	<b>237</b>



## § 9 TPG

### Stärkung der Aufgaben eines TPX-Beauftragten

- fachliche Qualifikation
- Weisungsfreiheit
- organisatorische Rahmenbedingungen
- Anbindung direkt an Krankenhausleitung  
(Entnahmekrankenhaus)

➔ Landesrecht



## § 11

Überprüfung der Voraussetzungen nach § 11 Abs. 1  
Satz

3 TPG durch die Koordinierungsstelle

- Regelung auch der personellen und finanziellen Voraussetzungen sowie Vorlagepflicht

# § 11 Abs. 6

## Schlichtungsverfahren

- Opportunitätskosten (Ausfall der OP-Säle, Aufwandserstattung in besonderen Fällen usw.)



## § 16 Abs. 6

- Regelung des Verfahrens zur Erstellung von Richtlinien  
und zur Beschlussfassung der StäKo
- Geschäftsordnung für die StäKo



# Art. 1 a

## Entgeltfortzahlung (Änderung)

- Absicherung der Lebendspender

N.B: Regelungen des EntgFG gelten bisher nicht für Spender, da diese nicht infolge einer Krankheit an ihrer Arbeitsleistung gehindert sind.



# EntgFG (neu)

→ Neuregelung der Entgeltfortzahlung unabhängig vom Versicherungsstatus

Fazit: Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und AU infolge

Spende (Organe und Gewebe) gleichwertig.



# EntgFG (neu)

Rückerstattung des Arbeitsentgeltes und Sozialbeiträge  
an den Arbeitgeber.

Erstattung an den Arbeitgeber durch den Kostenträger  
aller Kosten (Entgelt-, Sozial-, Kranken-, Pflege-,  
Rentenversicherung)



# EntgFG (neu)

gilt identisch für PKV

(bis auf individuelle tarifliche Vereinbarungen  
wie Selbstbehalte usw.)

auch für Beihilfeberechtigte,  
Heilfürsorgeempfänger

(z. B. Bund) Landwirte



# Nachsorge

Versorgung vor und nach TPX  
wird in die spezialfachärztliche  
Versorgung aufgenommen.

(§ 116 b)

insbesondere Lebendspender



# Versicherungsschutz (SGB VII)

Erstreckt sich auf  
vor = und Nachuntersuchungen  
bei Lebendspende



# Nachsorge nach NTX

1. ↑↑ (5x) Inzidenz kardiovaskuläre Ereignisse (30 – 40 %)

aller Nierentransplantierter sterben daran mit funktionierendem Transplantat)

2. Malignome (Inzidenz 1 – 16 %)  
(Haut, Lymphome, Kaposi-Sarkom, Nieren-Ca.)
3. Non-Compliance (10 %)
4. Schulung



# Nachsorge nach NTX

≈ 10 % aller Transplantate  
gehen durch schlechte  
Nachsorge verloren



# TPG-Novellierung

## Verpasse Chancen

Priorisierung / Gleichstellung der Lebendspende  
Lebendspendekommissionen



# Richtlinien

## Allokation

- Blutgruppenidentität
- Priorisierung dialysepflichtiger Lebendspende
- HU (Shunt / Suizid)
- Altersmatch bei Allokation



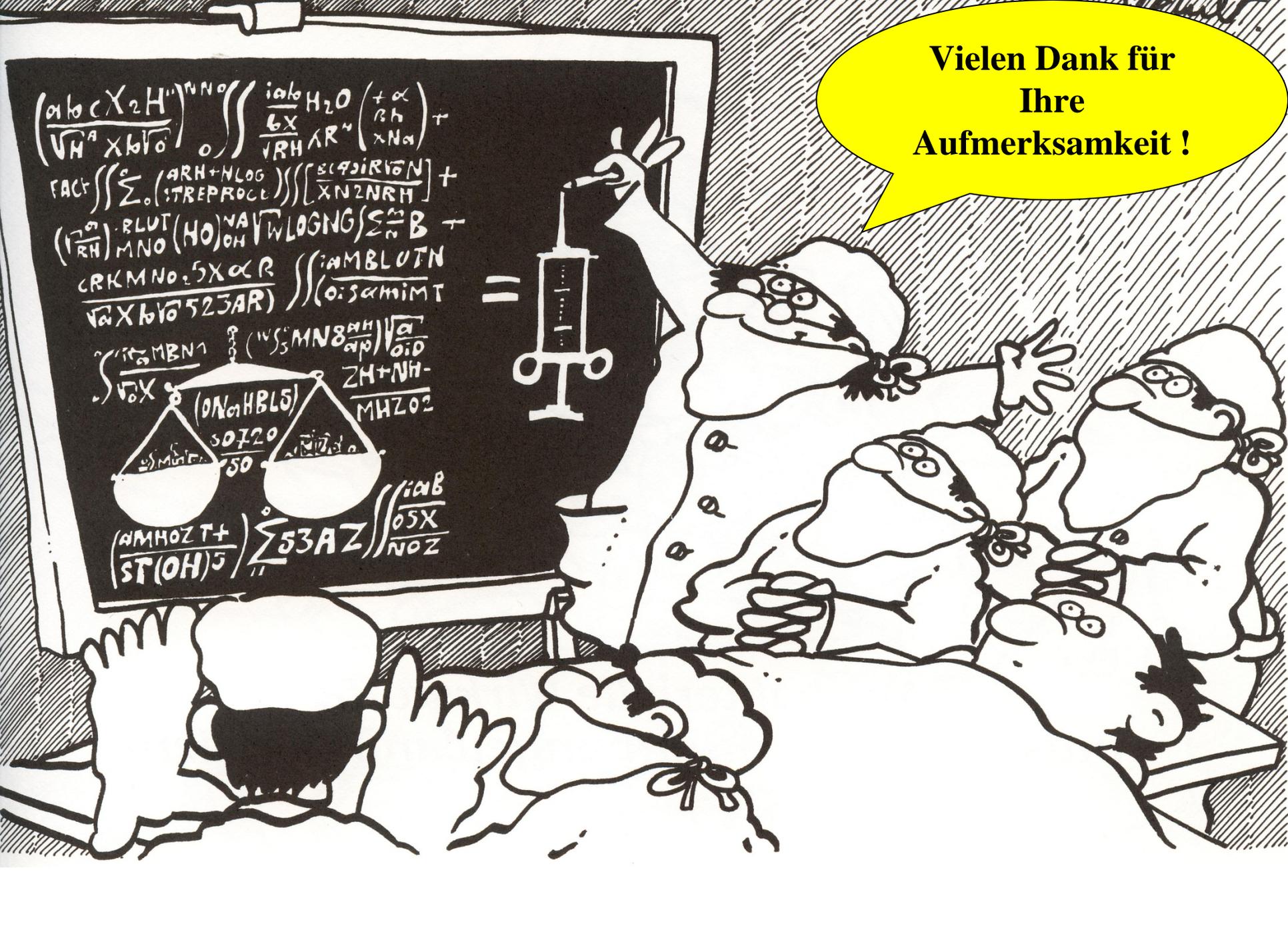
# Richtlinien

## Lebendspendekommissionen

Votum muss bindend bzw.  
öffentlich zugänglich sein

Votum muss entlastenden  
Charakter haben





**Vielen Dank für  
Ihre  
Aufmerksamkeit !**

$$\left(\frac{\alpha b c X_2 H}{\sqrt{H^A X b V_0}}\right)^{NNO} \int \frac{i a b H_2 O}{\sqrt{R H} \sqrt{R}} \left(\frac{+ \alpha}{R h}\right) +$$
  
$$\text{FACT} \left( \sum_0 (\text{ARH} + \text{NLOG}) \right) \left( \sum_0 \left[ \frac{\text{SL9JIRVN}}{\text{XN2NRH}} \right] + \right)$$
  
$$\left( \frac{1}{R H} \right) \cdot \text{RLUT} (H O) \sqrt{V W \text{LOGNG}} \sum_n^m B +$$
  
$$\frac{\text{CRKMNO} \cdot 5 X \alpha R}{\sqrt{a X b V_0} 523AR} \int \left( \frac{i a m B L U T N}{0.5 a m i m T} \right)$$
  
$$\int \frac{i a m B N 1}{\sqrt{0} X} \cdot \left( \frac{1}{5} \frac{M N 8}{a p} \right) \sqrt{\frac{a}{0.0}} \frac{Z H + N H}{M H Z O 2}$$
  
$$\frac{(A M H O Z T +)}{S T (O H) 5} \sum 53 A Z \int \frac{i a B}{05 X} \frac{N O Z}{N O Z}$$

